

A large flock of flamingos is gathered in a shallow, blue body of water. The birds are mostly white with long, thin necks and long, thin legs. They are standing in the water, some facing the camera and others looking away. The background shows a vast expanse of water and a clear blue sky. The overall scene is peaceful and natural.

MEDICINA DELLE MIGRAZIONI:
la salute del migrante
e i fattori di rischio associati

Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
Sezione Lombardia

MEDICINA DELLE MIGRAZIONI:
la salute del migrante
e i fattori di rischio associati

Progetto a cura della

Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
Sezione Lombardia

Redazione a cura di:

Grazia Orizio
Laura Antonelli

Progetto grafico e impaginazione:

Laura Antonelli

Immagini fotografiche interne:

Foto di Carmelo Scarcella

Realizzazione esecutivi digitali per la stampa:

Officina delle idee di Cherubini Ennio - Cigole (BS)

Finito di stampare:

Gennaio 2012 - Tipolitografia Fantigrafica (CR)

Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
Sezione Lombardia
c/o Direzione Generale ASL di Brescia
Viale Duca degli Abruzzi, 15
25124 Brescia
Tel. 030 38381 – Fax 030 3838233

Ogni utilizzo del materiale contenuto in questo libro, diverso da quello previsto, deve essere preventivamente autorizzato dalla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Sezione Lombardia

MEDICINA DELLE MIGRAZIONI:
la salute del migrante
e i fattori di rischio associati

Hanno collaborato:

Scarcella Carmelo

*Presidente Sezione Lombardia della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
Direttore Generale ASL di Brescia*

Baitelli Guglielmino

Medico, Responsabile U.O. Prevenzione Malattie Infettive, ASL di Brescia

Benedetti Laura

Medico del lavoro, U.O.I. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ASL di Brescia

Biazzi Mario

Educatore Professionale, U.O. NOA, ASL di Brescia

Brianese Nigritella

Medico, Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Brescia

Carrillo Daniela

Antropologa, Ricercatrice Fondazione ISMU, settore salute e welfare, Milano

Castelli Francesco

Medico, Direttore Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Brescia

Comincini Fiorenza

Pedagogista, Responsabile Servizio Educazione alla Salute e attività sperimentali, ASL di Brescia

Elba Enrico

Medico, Ser.T 1 - U.O. Brescia, ASL di Brescia

El Hamad Issa

Medico specialista in Malattie Infettive, con esperienza in Medicina delle Migrazioni

Levaggi Rosella

Professore ordinario di Economia Pubblica, Dipartimento di Scienze Economiche, Università degli Studi di Brescia

Lonati Fulvio

Medico, Direttore Dipartimento Cure Primarie, ASL di Brescia

Massoletti Annalisa

Psicologa Psicoterapeuta, U.O. Assistenza Penitenziaria, Servizio Medicina del disagio, ASL di Brescia

Montefiori Marcello

Ricercatore universitario, Dipartimento di Economia e Metodi Quantitativi (DIEM), Università di Genova

Olivani Pierfranco
Chirurgo Pediatra, past president Naga, Milano

Panizzut Daniela
Infermiera, U.O. Polichirurgico Pediatrico, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano e socia Associazione Naga, Milano

Pasini Daniela
Medico di Medicina Generale, ASL di Brescia

Pezzetta Rosangela
Educatore Professionale, U.O. Assistenza Penitenziaria, Servizio Medicina del disagio, ASL di Brescia

Pezzoli Maria Chiara
Medico specialista in malattie infettive, Seconda Divisione di Malattie Infettive, A.O. Spedali Civili di Brescia

Podavitte Fausta
Psicologa, Direttore Dipartimento ASSI, Responsabile Servizio Cronicità, ASL di Brescia

Premi Stefania
Medico, U.O. Integrata Igiene e Medicina di Comunità, ASL di Brescia

Rizzi Elisabetta
Psicologa Psicoterapeuta, Responsabile U.O. NOA, ASL di Brescia

Roda Fabio
Medico, Direttore Servizio Alcolologia, ASL di Brescia

Rossi Daniela
Psicologa, Criminologa Clinica, U.O. NOA, ASL di Brescia

Rossi Stefania
Medico, Servizio Medicina del Disagio, ASL di Brescia

Sottini Domenica
Medico del lavoro, Responsabile U.O.I. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ASL di Brescia

Sulis Giorgia
Medico, Assegnista di ricerca, Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Brescia

Wuhrer Alessandra
Medico, Responsabile U.O. Assistenza Penitenziaria, Servizio Medicina del disagio, ASL di Brescia

INDICE

Presentazione	09
Mondializzazione della salute e mobilità umana	15
Il fenomeno migratorio in Italia e Lombardia: dimensioni e caratteristiche	27
Il diritto alla salute e la normativa sanitaria nazionale ed europea in tema di assistenza sanitaria al migrante	39
Ruolo del volontariato sociale nell'assistenza socio-sanitaria al migrante	55
Le strategie di integrazione del migrante nel Sistema Sanitario	61
Cenni sul profilo sanitario del migrante e fattori di rischio correlati	71
Tubercolosi nel migrante	77
Malaria e migrazione	87
Epatiti virali nei migranti	103
Infezione da HIV e migrazione	113
Problematiche sanitarie del migrante in ambito di Medicina Generale	121
Approccio vaccinale al migrante	131
Salute nell'ambiente di lavoro	147
Accesso al Ser.T. e tossicodipendenze nel migrante	159
Il servizio di alcologia di fronte al soggetto migrante	169
Carcere e migrazione	183
Le famiglie dei migranti nella rete socio-sanitaria	193
Educazione alla salute in un contesto interculturale	205
Considerazioni economiche nella gestione sanitaria del migrante	217

PRESENTAZIONE

“L’immigrato ha un mondo del passato a cui appartiene e un mondo del presente al quale sempre, più o meno, sarà estraneo; suo figlio invece sta in tutti e due e molte volte in nessuno. Per questo c’è bisogno che il processo di integrazione abbia successo, in modo che la seconda generazione non resti chiusa nel ghetto.”

Antonio Muñoz Molina

L’Italia, da terra di emigranti, si è trasformata a partire dagli anni ’90 a meta di immigrazione, in seguito al tumultuoso sviluppo economico del dopoguerra, che l’ha portata a diventare Paese ad elevato reddito, e alla posizione geografica, che la rende una tra le principali porte di ingresso in Europa per chi proviene dai Paesi dell’Africa e dell’Oriente Europeo ed Asiatico. In questo contesto la Lombardia è stata interessata preferenzialmente dal fenomeno migratorio, in quanto sede di un’economia particolarmente evoluta e dinamica e, quindi, di attività produttive industriali, agricole e dei servizi in cui i migranti hanno potuto trovare una collocazione nel mercato del lavoro.

Come ricordato nel 2010 nel rapporto *“Health of migrants”* del WHO, *“the health of migrants and health matters associated with migration are crucial public health challenges faced by government and society”*. Anche il Sistema Sanitario Nazionale italiano si è trovato ad affrontare la sfida di tutelare la salute dei migranti; in particolare è l’Igienista – medico di Sanità Pubblica dedicato all’organizzazione dei servizi sanitari – che ha il ruolo di prendere in carico l’assistenza sanitaria dei migranti, elaborando le strategie più adeguate per tutelare la loro salute e, contestualmente, quella della popolazione residente.

Da un punto di vista generale, il principio che deve ispirare la creazione dei percorsi finalizzati alla tutela della salute dei migranti è l’integrazione di questi percorsi con i servizi sanitari già esistenti, in modo da evitare la predisposizione di servizi ad hoc; questo permette, infatti, un’importante occasione di integrazione nella società che accoglie il migrante, oltre ad evitare un investimento di risorse difficilmente sostenibile.

A fronte di queste premesse, la SItI Lombardia ha ritenuto opportuno costituire un Gruppo di Lavoro di professionisti socio-sanitari che operano a livello territoriale e ospedaliero sul tema *“Salute e Migranti”*; il primo obiettivo del Gruppo di Lavoro è stato l’elaborazione del presente volume, che si propone come uno strumento aggiornato per conoscere e poter gestire in modo adeguato il fenomeno immigrazione in un’ottica di Sanità Pubblica, che rappresenta un momento fondamentale nel processo di integrazione.

Carmelo Scarcella

*Presidente Sezione Lombardia della Società Italiana
di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*



MIGRANTE

Colui che sceglie di lasciare il proprio Paese per stabilirsi, temporaneamente o permanente, in un altro Paese. Tale decisione, che ha carattere più volontario anche se spesso è indotta da misere condizioni di vita, dipende generalmente da ragioni economiche, avviene cioè quando una persona cerca in un altro Paese un lavoro e migliori condizioni per vivere o sopravvivere. Oggi molti studiosi affermano che la decisione di lasciare volontariamente il proprio Paese dipende da un mix di fattori e di possibilità

PROFUGO

Colui che lascia il proprio Paese a causa di eventi esterni (guerre, invasioni, rivolte, catastrofi naturali...)

RICHIEDENTE ASILO

Colui che è fuori dal proprio Paese e inoltra, in un altro Stato, domanda di asilo per il riconoscimento dello status di rifugiato. Fino al momento della decisione da parte delle autorità di quel Paese in merito alla domanda, egli è un richiedente asilo

A photograph of a woman in a green hat and red shawl carrying a child on her back. The woman is looking to the left with a serious expression. The child is wearing a red beanie and a white shirt. The background is a blurred outdoor setting with some structures.

RIFUGIATO

Colui che “*ha timori fondati di essere perseguitato per questioni di razza, di religione, di nazionalità, d’appartenenza ad un gruppo sociale specifico o per le sue opinioni politiche*” (Convenzione di Ginevra, 1951; Protocollo di New York, 1967)

Dal punto di vista giuridico-amministrativo, un rifugiato è una persona a cui è riconosciuto lo status di rifugiato. A differenza del migrante, egli non ha scelta: non può tornare nel proprio Paese perchè teme di subire persecuzioni o per la sua stessa vita

SFOLLATO

Spesso usato in inglese: “*Internally displaced person (IDP)*”. È colui che abbandona la propria abitazione per gli stessi motivi del rifugiato, ma non oltrepassa un confine internazionale, restando dunque all’interno del proprio Paese.

APOLIDE

Chi è nella condizione di privazione della cittadinanza, ossia chi non appartiene a nessuna polis, a nessuna comunità politica, chi non dichiara la propria cittadinanza e non è possibile risalire al Paese d’origine

A woman with dark hair styled in a bun, wearing a bright pink patterned sweater and a black skirt, stands in profile by a stone railing. She is looking down at her hands. The background shows a calm sea under a clear blue sky.

EXTRACOMUNITARIO

Persona non cittadina di uno dei 27 Paesi che attualmente compongono l'UE

STRANIERO TEMPORANEAMENTE PRESENTE (STP)

Termine introdotto nel 1995 per indicare un immigrato irregolare e clandestino nell'ambito del diritto alla salute ed in particolare alle cure urgenti, essenziali, alla medicina preventiva e riabilitativa

CLANDESTINO

Lo stato di clandestinità si configura per i soggetti entrati e soggiornanti illegalmente in Italia. Per lo Stato, ufficialmente non esistono, anche se attualmente sono loro riconosciuti il diritto alla salute (compresa la tutela sul lavoro seppur irregolare) ed il diritto all'istruzione obbligatoria

IMMIGRATO ILLEGALE

Straniero che non possiede un titolo valido per il soggiorno nel Paese ospite. Sono gli irregolari ed i clandestini (compresi gli "stranieri temporaneamente presenti")

IMMIGRATO REGOLARE

Colui che si trova in uno Stato con un titolo di soggiorno (permesso, carta di soggiorno) rilasciato dalle autorità competenti, che va rinnovato periodicamente. È regolare anche una persona che per un breve periodo di tempo si ferma in Italia con un visto fino alla durata di questo. Un immigrato regolare in possesso di un permesso di soggiorno può acquisire la residenza nel luogo dove ha deciso di vivere

IMMIGRATO IRREGOLARE

È colui che non possiede un permesso di soggiorno per alcune cause che non dipendono dalla sua volontà o dai diritti garantiti nel Paese ospite. È colui soffermato ulteriormente alla durata del visto senza regolare la propria posizione; perché sono venuti meno i criteri di rinnovo del soggiorno (p.e. momentaneamente disoccupati) e si è perso il diritto (p.e. non accettazione domanda d'asilo) o perché il permesso di soggiorno è scaduto e non si è chiesto il rinnovo. Ed ancora è persona "ricongiunta di fatto" al proprio partner regolarmente presente in Italia in attesa che si perfezionino le pratiche per un riconoscimento formale

Alcuni studiosi definiscono irregolari coloro che, pur avendo un permesso di soggiorno, svolgono un'attività non prevista dallo stesso o dalle normative vigenti (p.e. gli studenti o i lavoratori dipendenti che svolgono di fatto altre attività)



Emigrante, Hans Baluschek, 1870-1935

MONDIALIZZAZIONE DELLA SALUTE E MOBILITÀ UMANA

Francesco Castelli, Nigritella Brianese

Evoluzione del concetto di salute nel XX secolo

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità” recita il preambolo della Costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), formulata nel 1946 ed entrata in vigore nel 1948. La stessa Costituzione inoltre enuncia che *“il possesso del migliore stato di salute possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, d’opinioni politiche, di condizione economica o sociale”* (WHO Constitution, 1946).

15

Tale definizione, punto di arrivo di una evoluzione di pensiero che dalla precedente concezione di *“mera assenza di malattia o infermità”*, ossia da un’accezione limitata del concetto di salute che considerava esclusivamente il benessere fisico, costituisce al contempo un punto di partenza per la promozione della salute in una chiave più completa ed allargata.

L’altra grande rivoluzione dell’idea di salute che scaturisce dalla Costituzione dell’OMS è l’interpretazione della stessa come *“diritto fondamentale”*. Questo concetto è stato ripreso successivamente in altri Documenti fondamentali delle Nazioni Unite quali, ad esempio, la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948) e la Dichiarazione di Alma Ata (1978); in quest’ultima, in particolare, emerge la necessità di guardare alla promozione della salute in chiave globale, sia in senso *territoriale*, per ridurre l’inaccettabile divario tra Paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo (all’Art 2 e 3), sia in senso *integrato*, chiamando in causa lo sviluppo economico e sociale come determinanti di importanza basilare per il pieno raggiungimento della salute per tutti (Art 3) (Declaration of Alma Ata, 1978).

Il concetto di salute ha origini molto antiche nella storia, probabilmente coincidenti con la consapevolezza del sé dell’uomo. Inizialmente la salute coincideva con l’opera della selezione naturale: erano le competizioni

(fossero queste delle sfide con altri esseri umani, animali, oppure con le condizioni naturali, o le condizioni fisiche, di vecchiaia, di malattia) a decretare chi fosse il più sano, a promuovere quindi salute. Si è poi attribuita una responsabilità magica alla tutela della salute con l'introduzione delle divinità protettrici. Nella civiltà greca e in quella romana, la dea *Igea* e la dea *Salus* rispettivamente, tutelavano il benessere e la felicità dello Stato e, di riflesso, proteggevano anche la salute dei cittadini, ma per arrivare ad una concezione più personale della salute bisogna attendere l'introduzione del culto di Esculapio, divinità che gradualmente perse la sua connotazione primitiva di garante del benessere pubblico per interpretare un concezione più individuale del bene salute. Nel Medioevo si recuperò una visione magico-religiosa del fenomeno, per essere poi radicalmente e definitivamente superata alla fine del Settecento con la nascita della medicina scientifica che focalizzava però l'attenzione più sulla malattia che sulla salute. Non a caso questo avveniva in un momento storico coincidente con la nascita della rivoluzione industriale in Europa e con il verificarsi di condizioni di vita e lavorative, determinanti imprescindibili di salute, che non riscuotevano l'attenzione dovuta. Nel XX secolo si accentuò inizialmente la settorializzazione dell'approccio alla salute, per poi avviarsi al concetto moderno di salute con l'avvento del rivoluzionario clima sociale e di cooperazione originato come risposta alle due Guerre Mondiali. Il concetto di salute globale che ne scaturì porta con sé la visione della persona come unità psico-fisica interagente con l'ambiente circostante che deve diventare il presupposto per *“una promozione ed educazione alla salute”* e una *“medicina della persona”* nella sua totalità. La salute viene ad essere un'ambizione per tutti (bambini, donne, uomini, anziani senza distinzioni di genere, razze o ideologie), trasformandosi in un bene che tocca anche la sfera antropologica e che ingloba diverse “voci” al suo interno, tra le quali quella sociale investe un peso di prim'ordine.

Interpretazione del concetto di salute nelle diverse culture

La disciplina che studia *“le definizioni e interpretazioni di salute e malattia, i condizionamenti dell'assetto socio-culturale sugli stati di salute e malattia, le rappresentazioni e i valori associati a tali stati, le concezioni del corpo e le risposte che ne derivano sul piano dei comportamenti individuali e collettivi e le strutture istituzionali in cui tali risposte si esprimono”* è l'antropologia medica (Società Italiana di Antropologia Medica (SIAM), 1996).

L'antropologia medica ha il merito di aver fatto emergere le complesse dinamiche che stanno alla base dell'attribuzione del senso di malattia, su un piano sociale e culturale. Alla luce di questo anche l'approccio per affrontare e curare la malattia segue un codice culturale; l'intervento terapeutico va quindi interpretato all'interno di uno scenario socio-culturale che consideri i contenuti normativi e i valori propri del contesto sociale cui appartiene.

Volendo analizzare il concetto di salute, lo si può scomporre in tre diversi livelli: il primo, più semplice e intuitivo, è quello che riguarda la *medicina*, ossia ciò che la scienza medica studia e codifica; il secondo è il livello *sociale*,

quello che viene tramandato e assimilato nella cultura in cui si è cresciuti; infine il terzo livello è quello *soggettivo*, determinato dalle esperienze e dalla sensibilità personali. Questi tre livelli vanno considerati globalmente come fondamenti di un unico e articolato concetto di salute, proprio di ogni individuo, in un *unicum* olistico.



Alla luce della globalizzazione, e della mobilità umana che la caratterizza, non si può non considerare l'influenza che questo tema ha nel promuovere diversità tra gli individui. In particolare l'aspetto sociale del concetto di salute gioca un ruolo primario in questo processo di diversificazione: l'ascendente che la propria cultura esercita sulle personali credenze in materia di salute e di esercizio di questa, assume un ruolo fondamentale. Di questo il medico occidentale che si confronti con la medicina delle migrazioni deve tenere conto, per non attribuire a patologie organiche i disagi di origine culturale (El Hamad I. et al. 2009) o, al contrario, per non sottovalutare patologie organiche attribuendo semplicisticamente i sintomi riferiti al dominio della etno-psichiatria (El Hamad I. et al, 2009 bis).

Alla componente culturale si sommano spesso, però, reali diversità di base. Le patologie che più affliggono un determinato popolo, dal quale scaturiscono anche diversi concetti di salute e di non-salute ne sono un esempio. È infatti vero che nei Paesi Industrializzati dove regna spesso l'abbondanza, il concetto di non salute è spesso legato a un eccesso (diabete, obesità, patologie cardiovascolari e polmonari croniche sono associate a comportamenti sociali alla cui base si ritrova spesso un abuso). Non altrettanto si può dire per le malattie più tipiche dei Paesi a limitate risorse, in cui la patologia è quasi sempre originata da una

carezza (di igiene, di cibo, di cure). La mondializzazione della salute mira a una salute globale che significa salute senza confini.

I determinanti di malattia non hanno confini

L'inizio della mondializzazione delle malattie, definita come la diffusione delle stesse a livello planetario, si fa normalmente risalire all'epoca di Cristoforo Colombo con la scoperta dell'America (1492) e la diffusione della influenza, del vaiolo, della tubercolosi e della gonorrea nel nuovo continente. Tuttavia, perché si raggiungesse una consapevolezza e si attuassero piani di gestione di questa "unificazione microbica (e non solo) del mondo" ci vollero almeno altri trecento anni. È infatti nell'Ottocento, secolo in cui si colsero i frutti dell'Illuminismo scientifico, che si delinearono le condizioni per una gestione internazionale del tema. Nel 1848 il patologo tedesco Rudolf Virchow scriveva *"se la medicina vuole raggiungere pienamente i propri fini, essa deve entrare nell'ampia vita politica del suo tempo, e deve indicare tutti gli ostacoli che impediscono il normale completamento del ciclo vitale"* (Caritas/Migrantes, 2010).

18

Se è esatto sostenere che i confini territoriali non sono mai stati una barriera per la diffusione delle malattie, va ricordato che questo è vero in senso bilaterale. Si ha spesso il preconcetto che ci sia una unidirezionale diffusione di malattie, prevalentemente infettive, veicolate dagli stranieri che emigrano dai loro Paesi d'origine (per lo più Paesi in via di sviluppo) verso i Paesi con maggior benessere economico. Ma se questo è sì comprovato, non si può ignorare che il contributo alla diffusione delle diverse forme patologiche è fornito anche in un senso opposto: sono spesso le abitudini apprese nei Paesi industrializzati a determinare stili di vita che culminano in patologie croniche quali le malattie cardiovascolari, le neoplasie, l'obesità, ecc. anche in soggetti immigrati che nella loro realtà d'origine non avrebbero avuto gli stessi fattori di rischio.

Il concetto di confine non può quindi essere associato con disinvoltura ai determinanti di malattia ma, per fortuna, nemmeno ai determinanti di salute (Stefanini A., Bodini C., 2011).

I determinanti di salute non hanno confini

Se è vero che i determinanti di malattia non si rassegnano ai confini topografici, ciò è ugualmente valido per i cosiddetti determinanti distali di salute. I determinanti di salute sono quei comportamenti individuali e quelle politiche sociali che influiscono sulla salute e che sono spesso fenomeni a diffusione globale. Tra questi determinanti esistono anche condizioni controproducenti per la salute stessa, quali cattive abitudini alimentari, dannosi stili di vita, povertà, discriminazioni, razzismo, cambiamenti climatici, ma ciò che ci piace mettere in luce è che non c'è confine nemmeno per ciò che "contagia positivamente": politiche sociali, sviluppo, cultura, educazione, miglioramento delle condizioni igieniche, emancipazione e consapevo-

lezza lavorative, sviluppo infantile, e, naturalmente, la diffusione dell'assistenza sanitaria e delle politiche in tema di salute.



19

L'obiettivo è che si operi in senso promuovente per i determinanti di salute che apportano un beneficio per la popolazione e che si attuino campagne di informazione ed educazione per limitare invece quelle influenze negative esercitate dai determinanti controproducenti sopraccitati. Lo sviluppo di sistemi sanitari che mirino alla disseminazione di buone pratiche e politiche per la riduzione del divario che ancora caratterizza Nord e Sud del mondo è, però, una sfida che tuttora rimane irrisolta (Stefanini A., Bodini C., 2011).

I problemi legati alla globalizzazione

Il sociologo francese Edgar Morin sostiene che i processi di globalizzazione e mobilità umana vadano analizzati tenendo conto della triplice strutturazione degli individui: *“l'umano si definisce come trinità individuo - società - specie”* (Morin E., 2002). Partendo dall'analisi della mobilità della specie umana bisogna fare un salto a ritroso nel tempo di 150.000 anni, quando appunto l'*Homo Sapiens Sapiens* iniziò la sue migrazioni dall'ambiente originario (Maddaloni D., in corso di pubblicazione). All'origine di queste migrazioni si ritrova quasi sempre uno squilibrio tra la popolazione migrante e le risorse disponibili nel territorio d'origine. L'aspetto più caratteristico dei movimenti migratori, interpretati dal punto di vista della società, è la tendenza alla costituzione di vere e proprie diaspore, intese come comunità del tutto simili a quella di origine, che mantengono con questa delle relazioni economiche, sociali, culturali, nonostante siano fisicamente separate dalla madrepatria (Maddaloni D., in corso di pubblicazione). La mancanza di integrazione nella comunità di accoglienza può generare quindi uno stato

di segregazione all'interno del Paese ospitante. Allo stesso modo l'individuo stesso si trova di fronte ad una globalizzazione di sé, della sua identità sociale e culturale. Questo può generare uno stato di “*doppia assenza*” nell'immigrato che si sente straniero sia nel Paese d'adozione sia in quello d'origine (Sayad A., 2002), oppure può generare, all'opposto, una “*doppia presenza o bifocalità*” delle prospettive con una ibridazione culturale delle due società, quella di provenienza e quella di destinazione (Zimmermann L. et al., 2007).

Dagli anni '70 ad oggi i fenomeni di globalizzazione e di mobilità umana hanno registrato dimensioni spaziali e una portata precedentemente sconosciute che hanno messo in evidenza grandi disparità tra i popoli (Maddaloni D., in corso di pubblicazione). In che modo la globalizzazione generi disuguaglianza lo si evidenzia nel momento in cui persone con diverse risorse si ritrovino a condividere una stessa realtà. In particolare la globalizzazione economica ha fatto emergere, contribuendone pesantemente, il problema del divario tra Nord e Sud del mondo, ma se questo aspetto è evidente in campo economico, lo è altrettanto anche in tema di salute, di accesso alle cure, di possibilità di assistenza. È in questa situazione che emergono con potente risalto le disuguaglianze che spesso generano ingiustizia e che fanno comprendere quanto sia ancora lontano l'obiettivo della mondializzazione della salute.

20

La salute globale interdisciplinare

Per raggiungere il difficile obiettivo di promuovere uno *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale* in un mondo sempre più globalizzato è dunque necessario utilizzare un approccio che tenga in considerazione le complesse criticità inerenti il tema “salute” cui si è fatto brevemente riferimento nelle pagine precedenti. Molteplici sono le influenze che condizionano la promozione della salute negli ambiti socio-economici, culturali, politici, giuridici, demografici e nel contesto ambientale che ne influenzano la efficacia anche in termini di uguaglianza, di diritti umani e di collaborazioni internazionali. Va da sé che si debba adottare un'ottica transnazionale nell'affrontare tale sfida, partendo da una visione interdisciplinare e multi-metodologica che possa contare sul contributo della scienza medica, delle scienze sociali, delle scienze umane, dell'ingegneria, della geologia. Non si può attendere un miglioramento della salute mondiale se alla base non viene elaborato un programma per lo sviluppo che tenga conto delle politiche agricole e industriali, le attività bancarie, lo sviluppo e la bonifica dell'ambiente, la gestione dei cambiamenti climatici, il tema dell'energia.

Ma oltre il concetto di “salute internazionale”, che sembra quasi trascurare le profonde ingiustizie ed ineguaglianze esistenti anche all'interno di una stessa nazione in rapporto ai determinanti di salute e malattia, è oggi più corretto parlare di “salute globale”. La salute globale abbraccia i temi della ricerca, della medicina, della formazione delle figure professionali competenti, dell'educazione sanitaria, della promozione dell'accesso alle cure, dell'etica sociale e cerca di tradurre tale preparazione teorica nella

pratica (clinica, ma non solo) puntando alla concretizzazione in decisioni operative.

Nel maggio del 2000 il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali ha adottato un Commento Generale sul diritto alla salute che, oltre a sottolineare come questo diritto sia intercorrelato a numerosi altri diritti, ha fissato quattro criteri di valutazione del diritto alla salute: la disponibilità, l'accessibilità, l'accettabilità e la qualità (International Covenant on Economic, 2000). Questo Commento mette quindi in luce la necessità di disporre di sufficienti risorse (umane, economiche, assistenziali e strutturali); la necessità di promuovere l'accessibilità come garanzia di uguaglianza; la compatibilità dei servizi con le diverse culture e nel rispetto dei valori delle popolazioni; infine l'appropriatezza dell'intervento sul piano scientifico.

Due interpretazioni del ruolo del medico

La figura del professionista sanitario ha un ruolo chiave in questo processo, anche se va sempre ricordato quanto questa figura da sola, non supportata dalla collaborazione di altre professionalità, non possa nulla (o quantomeno troppo poco) nel cammino verso la globalizzazione della salute.

Il ruolo del medico riguardo al descritto obiettivo, considerando il panorama mondiale, è duplice. Nella visione più classica del medico che promuove salute globale si configurano figure di dottori provenienti da Paesi a elevate risorse che si spostano in Paesi in via di sviluppo per supportare servizi sanitari spesso in carenza di personale. Ciò che frequentemente non si considera è invece il contributo che viene da quei medici che, pur restando nel loro Paese d'origine (ci riferiamo ai Paesi maggiormente industrializzati), promuovono salute nelle persone provenienti da altre realtà, gli immigrati. Il ruolo delle due categorie di medici è sì identico per quanto riguarda il campo scientifico, la medicina, ma l'approccio globale e l'attenzione alle diverse forme di promozione di salute globale, cambiano.

21

Ruolo del medico nel Paese a elevate risorse

Il medico è una figura chiave per il soggetto immigrato che sovente si ritrova in una situazione di isolamento e di incomunicabilità con lo Stato ospitante, ma che non può prescindere dall'interazione con la figura del dottore per ottenere uno stato di salute nel momento in cui questa venga meno. Il compito di promozione della salute per un medico che eserciti la sua professione in un Paese a elevate risorse ha quindi delle peculiarità. Poiché il medico, come sopra accennato, è una "figura ponte", bisogna sfruttare questo ruolo per veicolare al paziente tutte le informazioni a lui utili per la promozione di pratiche e atteggiamenti che generino salute e prevenzione di stati patologici. In tale veste, al medico spetta anche una funzione di facilitatore all'"accesso" alle cure nel senso più ampio del termine, a comprendere anche l'ambito giuridico, economico, geografico, culturale. Un altro punto focale è la comunicazione. La relazione medico-paziente con soggetti provenienti da altri Paesi è spesso inficiata dalle difficoltà di comu-

nicazione dovute alle barriere linguistiche, non va però trascurato il ruolo della mediazione culturale che è una componente del corretto passaggio di informazioni. La mediazione culturale agisce in senso bidirezionale, sia per apprendere dal paziente quale sia il suo problema, sia per comunicargli come affrontarlo. Si intuisce quanto pesi una adeguata accoglienza del soggetto immigrato: prima attraverso una mediazione linguistica e culturale assistita da figure professionali deputate, poi attraverso la promozione dell'apprendimento della lingua del Paese di destinazione.

Un ulteriore mezzo per promuovere salute è quello della divulgazione di informazioni direzionate alla tutela della sicurezza sul lavoro, molto importante per gli immigrati che in ambito lavorativo rivestono frequentemente i cosiddetti impieghi delle 3D (*dirty, dangerous, difficult*) (Caritas/Migrantes, 2010); l'attenzione alla sfera riproduttiva con l'insegnamento di pratiche di igiene sessuale, di contraccezione, di assistenza alle donne in gravidanza e in puerperio e di assistenza neonatale anche attraverso le campagne vaccinali. L'obiettivo è l'adeguamento del migrante ad uno standard di vita che accorci la distanza con la popolazione residente e che quindi neutralizzi la disuguaglianza tra pazienti di diverse origini.



Ruolo del medico in un Paese a limitate risorse

Il ruolo del medico che opera in un Paese a limitate risorse è un ruolo complesso, che spesso richiede una adeguata formazione, conoscenze e competenze interdisciplinari. Il ruolo del medico di fronte al suo paziente, a livello scientifico e clinico, è prevedibilmente sempre lo stesso. La differenza risiede nelle strategie che si devono attuare per la promozione di salute: queste infatti vanno calibrate in funzione delle esigenze e delle carenze che si manifestano nella determinata realtà in cui ci si trova ad esercitare la professione medica. Il diritto alla salute riconosce complessi collegamenti tra salute stessa ed altri diritti umani fra i quali il diritto all'alimentazione, all'abitazione, al lavoro, all'educazione, alla fruizione dei benefici del progresso scientifico, il diritto alla non discriminazione, all'uguaglianza, all'informazione, alla libertà di associazione, alla libertà di movimento, e il venir meno a questi diritti genera conseguenze molto serie sulla salute (International

Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). Nelle realtà caratterizzate da povertà e svantaggio socio-culturale rimane preponderante l'importanza della educazione all'accesso ai sistemi sanitari e assistenziali. La promozione dell'istruzione, soprattutto nel genere femminile per le evidenti ripercussioni in ambito familiare e dei figli, è un'altra strategia di successo poiché il livello culturale va di pari passo con il miglioramento delle condizioni igieniche e con l'impiego di buone pratiche sanitarie. Particolare attenzione deve essere riposta a determinate categorie di pazienti che sono più vulnerabili: (i) in primo luogo i bambini, sui quali si può intervenire in senso sanitario attraverso le pratiche vaccinali, la promozione dell'allattamento al seno e la tutela dell'infanzia e (ii) le donne, che devono essere assistite durante la gravidanza, il parto e il puerperio, e che sono le principali destinatarie di un'educazione sessuale volta anche alla contraccezione e alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili (Caritas/Migrantes, 2010).

L'obiettivo in questa realtà è, diversamente da quanto visto nel paragrafo precedente, quello di esaurire progressivamente l'intervento di figure professionali provenienti da Paesi più ricchi, per rendere gradualmente autonomo il Paese in via di sviluppo.

Due migrazioni opposte ► si tolgono risorse umane

23

Per il raggiungimento dell'autonomia dei Paesi a limitate risorse, in campo sanitario, è necessario che si intervenga sul "*brain drain*" (fuga dei cervelli), cioè sull'emigrazione del capitale umano rappresentato, nel nostro specifico caso, dai professionisti sanitari (medici ma anche manager ed economisti della sanità) (Caritas/Migrantes, 2010). La circolazione di professionisti, infatti, è bidirezionale: se da una parte i medici dei Paesi industrializzati si spostano nei Paesi con maggior carenza di risorse per contribuire al processo di promozione della salute nei Paesi svantaggiati, dall'altra parte si ritrovano medici formati in Paesi in via di sviluppo che, spinti dalla ricerca di migliori condizioni di vita e lavoro, emigrano all'estero contribuendo però, di fatto, all'impoverimento del proprio Paese in termini di risorse umane. L'esempio del Ghana è esemplificativo: si stima, infatti, che questa Nazione abbia perso ben il 60% dei medici formati nel territorio ghanese negli anni '80 (Caritas/Migrantes, 2010).

In senso più generale la definizione di *health worker* abbraccia "qualsiasi persona impegnata in qualunque attività abbia lo scopo primario di promuovere salute" (WHO, 2006) e comprende medici, ostetrici, infermieri, farmacisti, amministrativi, assistenti sociali e sanitari. Gli *health workers* costituiscono il nucleo di ogni sistema sanitario e il loro ruolo è quello di implementare salute. Gli stati membri dell'ONU si sono prefissi di raggiungere 8 obiettivi, i *Millenium Development Goals* (MDG), entro il 2015. Tra questi ci sono, ad esempio, la riduzione della mortalità infantile, il miglioramento della salute materna, la lotta

all'HIV/AIDS, la lotta alla malaria e alla TB. Condizione necessaria ed indispensabile per raggiungere gli obiettivi prefissati è il rafforzamento delle risorse umane (*health workers*) nei Paesi carenti, senza le quali gli MDG rimangono un elenco di buoni propositi (Castelli F. et al., 2010), mediante la garanzia di una equa retribuzione e di prospettive di carriera e di ricerca nei propri Paesi di origine.

Bibliografia

Caritas/Migrantes Immigrazione, *Dossier Statistico 2010 XX Rapporto*, Idos Edizioni, 2010

Castelli F., Rodari P., De Nardi S. *Salute e Risorse Umane*. Atti del 7° Convegno Internazionale Valorizzazione delle risorse locali nei progetti di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo. Brescia, 17 dicembre 2010

Declaration of Alma Ata, 1978.

Disponibile: www.who.int/publications/almaata_declaration

24

El Hamad I., Scarcella C., Pezzoli M.C., Bergamaschi V., Castelli F. For the Migration Health Committee of the ISTM. *Forty meals for a drop of blood*. Journal of Travel Medicine, 2009; 16: 64-65

El Hamad I., Scarcella C., Pezzoli M.C., Ricci A., Castelli F. For the Migration Health Committee of the ISTM. *Dead blood under my skin*. Journal of Travel Medicine, 2009 bis; 16: 284-285

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), General Comment, UN Doc. E/C 12/2000/4, 14 maggio 2000

Maddaloni D. *Globalizzazione, migrazioni, politica sociale*. In: Welfare e migrazioni. Rapporto Irpps-CNR sullo stato sociale in Italia 2009-2010 (a cura di G. Ponzini), Editore Donzelli, Roma (in corso di pubblicazione)

Morin E. *Il metodo*. Volume 5: l'identità umana, Editore Cortina, Milano, 2002

Sayad A. *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Editore Cortina, Milano, 2002

Società Italiana di Antropologia Medica (SIAM). "Antropologia medica: fondamenti per una strategia" in Antropologia medica. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica, n. 1-2, Argo Ed., Perugia, 1996

Stefanini A., Bodini C. *Salute globale, allargare gli orizzonti professionali in Globalizzazione e salute*, 2011

Disponibile:

www.snop.it/attachments/article/175/Globalizzazione%20e%20salute.pdf

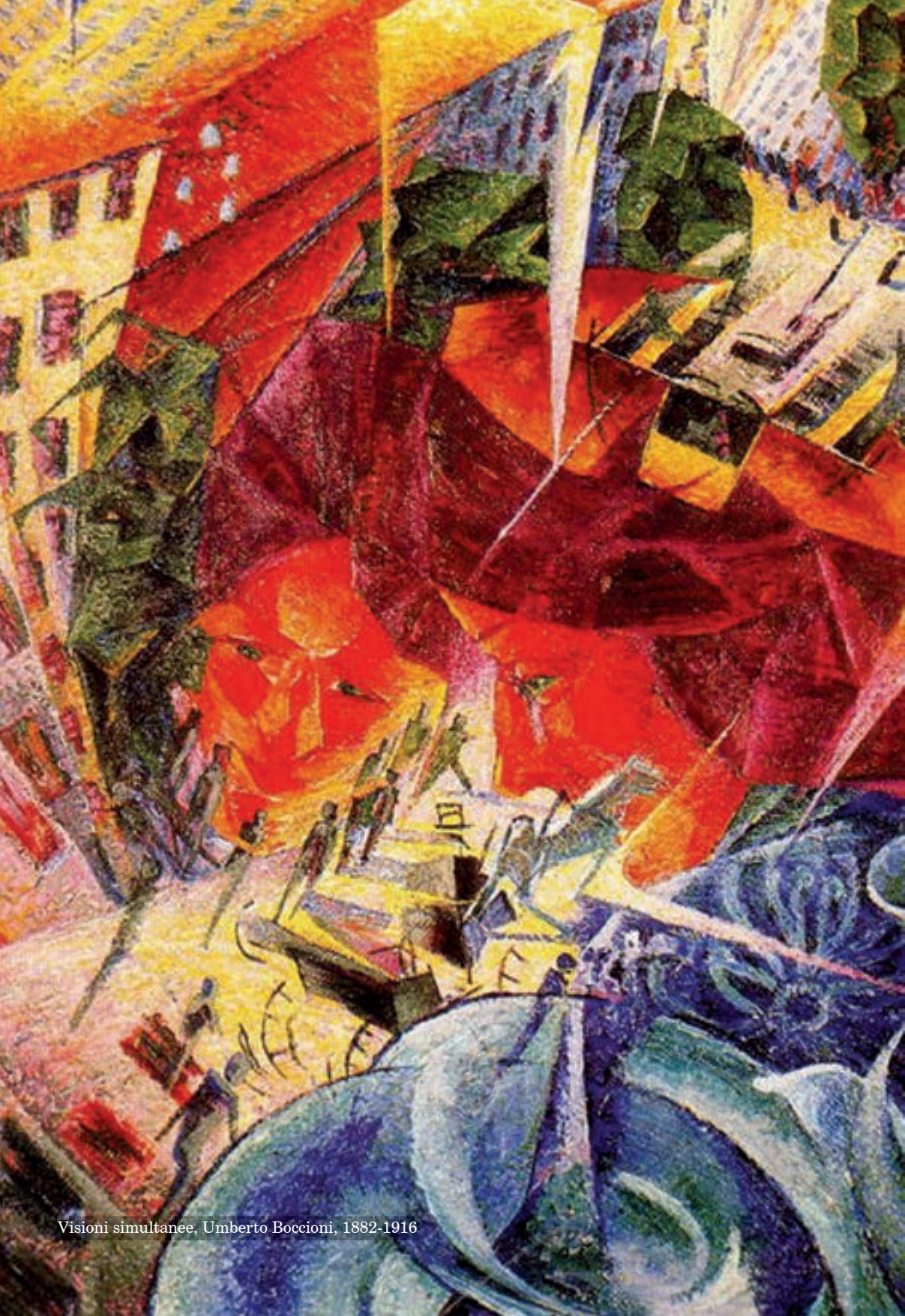
WHO Constitution, 1946.

Disponibile: www.who.int/governance/eb/constitution

WHO. *Working together for health; the World Health Report*, 2006.

Disponibile: www.who.int/whr/2006

Zimmermann L. et al., *Ethnic self-identification of first generation immigrants*.
In *International Migration Review* 2007; 41 (3): 769-781



Visioni simultanee, Umberto Boccioni, 1882-1916

IL FENOMENO MIGRATORIO IN ITALIA E LOMBARDIA: DIMENSIONI E CARATTERISTICHE

Daniela Carrillo

Le stime sulle presenze degli stranieri in Italia restituiscono al 1° gennaio 2011 un valore di 4.570.317 pari al 7,5% della popolazione residente in Italia (Caritas, 2011): si tratta di un contingente importante, che rende la posizione dell'Italia simile a quella di altri Paesi europei.

La differenza nota, anche se ai nostri fini è importante ricordarla, è che l'Italia si è trasformata da Paese di emigrazione in Paese di immigrazione, prima di transito poi di insediamento, in tempi relativamente brevi, soprattutto se si considera la lentezza con cui la società italiana assorbe i cambiamenti. Quindi, sebbene i primi segnali di arrivo di persone da altri Paesi per cercare lavoro risalgano agli anni '70 del secolo scorso, soltanto negli ultimi decenni la presenza immigrata ha mostrato volumi molto importanti con un elevato trend di crescita, rendendone faticoso il percorso di gestione. A ciò si aggiunge che, nonostante negli ultimi anni si sia registrato un netto aumento della componente proveniente dall'Europa dell'Est, vi è ancora una grande varietà delle provenienze: se ne registrano circa 192 e questo, se da un lato rallenta i processi di segregazione etnica, dall'altro rende più faticosa la risposta dei servizi.

27

La situazione lombarda rappresenta uno spaccato molto significativo del panorama italiano, dato che la stima della popolazione straniera (proveniente da Paesi a forte pressione migratoria) al 1° luglio 2010 è di 1.188.500 unità, pari a 1/4 della popolazione presente in Italia.

La distribuzione territoriale segnala che 1 persona straniera su 6 abita nelle province di Pavia, Cremona, Mantova e Lodi, mentre quasi 1 su 4 vive nelle province di Bergamo e Brescia. La posizione maggioritaria è comunque mantenuta dalla provincia di Milano che accoglie 424.000 persone. In generale, l'incidenza nell'intera regione è del 12%, con un picco massimo del 19% nella città di Milano e un minimo a Sondrio, ferma al 5%.

Sul piano delle provenienze, le prime sono quelle est-europee (tra cui la Romania è la più rappresentata), cui seguono le asiatiche (con un aumento di presenze, nell'ultimo anno, dall'India e Pakistan, seguite da Cina e

Filippine); nello stesso periodo le provenienze dai Paesi del Nord Africa e dell'area latino americana sono rimaste piuttosto stazionarie. In termini più dettagliati, in tutta la regione le tre nazionalità più rappresentate (con più di 100.000 presenze) rimangono, in ordine, quella rumena, marocchina e albanese.



28

Un aspetto importante da considerare è la composizione per genere, che in Lombardia nel totale si mantiene abbastanza paritaria con il 52,5% di uomini, sebbene alcune provenienze siano decisamente sbilanciate verso le donne (Ucraina, Perù) e altre verso gli uomini (Egitto, Pakistan).

L'età mediana dello stesso universo, donne e uomini over-quattordicenni, è di 33 anni per le donne e 34 per gli uomini, mentre l'incidenza degli ultraquarantenni è del 30% circa per entrambi i sessi, ed il valore scende a 7-8% per gli ultracinquantenni, a dimostrazione di una popolazione migrante ancora giovane. Inoltre, le persone straniere con età più adulta sono donne provenienti dall'Europa dell'Est e dall'America Latina, probabilmente donne occupate nel settore della cura, mentre tra gli uomini i più anziani provengono dall'Africa.

Sul piano occupazionale, la crisi economica ha investito anche l'universo migratorio: molto più gli uomini che le donne, un dato tra l'altro comune in tutta la penisola; alla fine del 2010 quasi 2 immigrati su 10 vivevano una situazione di sofferenza lavorativa e il fenomeno non accenna a diminuire.

Per quanto riguarda il comparto lavorativo è ancora evidente una netta presenza della popolazione migrante nei settori dell'allevamento, dell'in-

dustria, delle costruzioni, dei servizi e solo il 40,4% delle donne ultraquattordicenni ha un titolo di soggiorno legato al lavoro; tale valore è il doppio tra gli uomini. D'altro canto però, un dato non rilevante dal punto di vista statistico, ma sicuramente interessante per comprendere alcuni cambiamenti, rileva che vi è una crescita di lavori impiegatizi e di tipo intellettuale nelle donne (impiegate, medici, paramedici) che raggiunge il 14,2% del collettivo.

In generale, però, gli stranieri occupano posizioni lavorative poco qualificate e mostrano pochi segnali di mobilità sociale: ciò diventa un problema considerevole che incide fortemente nella disponibilità all'entrata nel mondo del lavoro e, quindi, nell'investimento delle persone appartenenti alla seconda generazione, poco propense a ricoprire le stesse mansioni dei genitori. Il tema delle seconde generazioni rimane, d'altro canto, fondamentale nel comprendere il futuro della popolazione migrante in Italia e, a questo proposito, l'ultima indagine dell'Osservatorio Regionale sulla Multietnicità ha chiaramente evidenziato come i giovani stranieri arrivati a pochi anni di età, o nati in Italia e rimasti sul territorio, se inseriti nel sistema formativo in un ambiente di regolarità, hanno forti inclinazioni verso l'Italia e le opportunità che questa offre. Viceversa, i giovani arrivati in adolescenza e, soprattutto, senza una posizione lavorativa attiva mostrano chiari sentimenti di affermazione delle proprie origini.

Descrivere la situazione migratoria implica l'analisi delle diverse tipologie migratorie che sottendono percorsi molto variegati, tra i quali quello che prevede un unico viaggio dal Paese di origine al Paese di destinazione definitivo è solo una delle modalità. In realtà esistono molte più variazioni che devono essere tenute in conto e che prevedono, tra l'altro, molti passaggi intermedi di diversa durata. In termini squisitamente ufficiali, questi soggiorni non dovrebbero durare più di tre mesi, ma la realtà è ben diversa. L'Italia, in particolare, è stata per molti anni una terra di transito all'interno di viaggi che avevano come Paese di destinazione mete più a nord, quali la Francia, l'Inghilterra o la Germania. Sebbene la situazione sia decisamente cambiata nondimeno esistono ancora dei percorsi che ripercorrono quelle tappe e vedono il Paese come un'area di transito di cui non si può non tener conto, soprattutto quando si concepiscono modelli di risposte sanitarie.

I percorsi migratori presentano numerose sfaccettature di cui non è possibile dare contezza in questa sede, per esempio, sono sempre di più le persone che attivano forme di migrazione circolare che prevedono un'alternanza di periodi trascorsi nel Paese di origine e nel Paese di destinazione. Altro caso a parte, che meriterebbe attenzione costante, riguarda l'universo dei richiedenti protezione internazionale, di quanti hanno avuto accordato il permesso di protezione sussidiaria/umanitaria o addirittura lo *status* di rifugiato. Nel 2010 le domande di asilo presentate in Italia sono state 10.052 e, di queste, 7.016 sono state rigettate in maniera *tout-court*. Ciò nonostante il trend di richieste non diminuirà, vista l'instabile situazione internazionale, e l'Italia dovrà definitivamente fare i conti con le mancanze del suo sistema di accoglienza che si è finora rivelato insufficiente e poco strutturato. Le persone richiedenti

asilo solo in regione Lombardia sono, al 16 novembre 2011, 3.075 e di esse poco più di 1.000 sono ospitate in strutture alberghiere con le ovvie criticità che questa soluzione prevede.

Inoltre, l'ottenimento della protezione internazionale non garantisce l'entrata certa in un sistema integrato che favorisca percorsi di autonomia. I circuiti dei Cara e degli Sprar, pur funzionando bene, non riescono a rispondere a tutte le domande e, nonostante gli sforzi per potenziare il sistema, la situazione tenderà presumibilmente ad aggravarsi nei prossimi anni.

Una situazione analoga si registra nel caso dei minori non accompagnati, il cui contingente è fortemente aumentato nell'ultimo anno e verso il quale le risposte del sistema di protezione sono lacunose e intermittenti.



30

Infine, un'ultima notazione va fatta a proposito del passaggio dalla condizione di irregolarità a quello di regolarità e, di nuovo, a irregolarità, sempre più diffusa dato il legame tra presenza sul territorio e contratto di lavoro. La situazione è ampiamente investigata, in questa sede si sottolinea quanto lo *status* di irregolarità e clandestinità¹ incida fortemente sulla possibilità di avviare percorsi migratori a lungo termine sia che riguardino l'insediamento sul territorio, sia che riguardino la decisione di lasciarlo.

¹ Si preferisce il termine irregolare riferito a chi, entrato in maniera regolare, rimane anche allo scadere del visto, e clandestino riferito a chi è entrato senza aver alcun documento valido per il soggiorno, rispetto alla parola illegale che ha una connotazione negativa. In realtà, come ormai ampiamente dichiarato da diversi studiosi, così come dai migranti stessi: *nessuno è illegale*.

Alcune chiavi di lettura per comprendere il fenomeno migratorio

Secondo Zanfrini lo studio delle migrazioni dovrebbe muovere da tre principi fondamentali:

- 1) l'immigrato/a nella società di approdo è anche un'emigrante nella società di origine (paradosso di Sayad) e il suo agire deve essere guardato non come un mero vivere nella dimensione quotidiana ma come un relazionarsi costante con affetti, aspettative, legami materiali e simbolici con il contesto di partenza al quale rimane, comunque, indissolubilmente legato;
- 2) il mondo della persona migrante si prolunga, in misura più o meno evidente, in micro culture che riproducono aspetti della società di partenza;
- 3) le migrazioni sono fatti sociali totali, ovvero sono il risultato di fattori economici, sociali, culturali e psicologici la cui complessità si riflette poi sull'identità dei soggetti coinvolti.

Per tale ragione è importante, avvicinandosi all'analisi del fenomeno, considerare almeno in parte le teorie che ne spiegano l'avvio e l'instaurarsi delle catene migratorie. Gli approcci sono tanti e diversi, alcuni focalizzati su uno solo di questi aspetti altri invece capaci di legare entrambi, e fortunatamente i numerosi studi sul campo permettono di aggiungere sempre nuovi pezzetti al difficile puzzle rappresentato dalle traiettorie umane. Sicuramente, però, alcune considerazioni di natura più generale possono essere fatte, soprattutto perché è necessario comprendere come cambia costantemente la geografia dei flussi migratori e quale forza e potenzialità hanno le catene migratorie nel disegnare il quadro dei processi di inclusione nei Paesi di arrivo. In questa sede non ci soffermeremo nel dettaglio delle diverse teorie e studi che vi stanno alla base, rimandando a letture più approfondite per comprendere il loro impatto e valore, ma daremo dei brevi accenni su quanto riteniamo fondamentale per comprendere il fenomeno in Italia.

In primis, si sottolinea che il viaggio migratorio non è appannaggio delle persone che risiedono nelle regioni più povere o devastate del pianeta, né tanto meno partono, all'interno di società emigratorie, le persone più deprivate. Partire implica il possesso di un iniziale capitale umano e sociale di cui non tutti dispongono, soprattutto quando si è pionieri di una nuova catena. Naturalmente la costituzione di una salda rete migratoria, come vedremo, implica che questo presupposto possa anche venir meno, ciò nonostante rimane indispensabile, tranne quando si tratti di un percorso di ricongiungimento familiare fatto in totale tranquillità, un bagaglio di salute e di denaro per intraprendere il viaggio.

Un altro aspetto da tenere in forte considerazione, per comprendere alcune traiettorie migratorie, è la scelta della meta definitiva, le cui ragioni vanno ben oltre quelle puramente economiche. Si tratta infatti, in molti casi, di scelte che dipendono dalla forza della rete di accoglienza, dalle opportunità di insediamento, dalle potenzialità percepite più che da quelle reali.

Tra le teorie più interessanti, un filone tiene conto dell'investimento fami-

liare nei confronti della migrazione, che rappresenta una soluzione cruciale per assicurare l'ampliamento e la diversificazione delle risorse in un'ottica di attivazione di forme di paracadute sociale che in molti Stati non sono garantiti. A tal fine, quindi, la migrazione di uno o più membri di una stessa famiglia offre la possibilità di accedere ad una fonte di reddito, in valuta pregiata, che serve ad ampliare o avviare delle nuove attività, nonché al sostentamento del gruppo ma anche al miglioramento dello *status* della famiglia stessa. È questo il caso, per esempio, in cui i soldi delle rimesse vengono utilizzati anche per finanziare gli studi degli elementi più giovani delle famiglie.

Dal punto di vista delle società di approdo, la migrazione di una persona ha lo stesso valore collettivo. A fronte dei primi migranti che compiono il viaggio, fungendo da pionieri, altri prendono l'avvio dando vita a quelle *reti etniche* che ricoprono moltissime funzioni nei processi di insediamento dei nuovi arrivati. Esse, infatti, vanno ben oltre le catene migratorie perché legano migranti, non migranti e potenziali migranti nei Paesi di origine, di transito e di destinazione in una ragnatela fondamentale a garantire la riuscita del viaggio. Al momento dell'arrivo danno supporto materiale, logistico, emozionale, garantiscono aiuti e conoscenza del territorio al momento dell'effettivo insediamento e, quindi, contribuiscono a mantenere i contatti con il Paese di origine. Inoltre, l'avviarsi di una catena migratoria e l'evolversi di essa in una rete implica un aumento del potenziale migrante per un evidente abbassamento dei costi tanto materiali quanto simbolici per chi intraprende il viaggio, come pure la possibile esplorazione di nuovi territori.

32

I rischi di rimanere schiacciati all'interno delle reti sono comunque notevoli, soprattutto in quei casi in cui l'appartenenza ad una collettività è particolarmente sentita e vincolante.

Quindi, se da un lato sarà più facile trovare un alloggio, districarsi nei meandri della burocrazia, trovare un primo impiego (si pensi ad alcuni comparti lavorativi che in determinati territori hanno una forte connotazione etnica), dall'altro sarà più difficile uscirne. Sarà più difficile avviare un percorso lavorativo o esistenziale diverso, emancipatorio in cui manifestare desideri e volontà in aperto contrasto con le aspettative del gruppo. Allo stesso modo, il vincolo dell'appartenenza avrà un forte peso anche per quanto riguarda l'imprenditorialità; molto spesso, infatti, gli obblighi di riconoscenza che ci si aspetta vengano rispettati insieme ad un sentimento di forte appartenenza può imporre una serie di scelte che sono circoscritte a quelle previste e proposte dalla comunità. Questa ambivalenza si ritrova anche da un punto di vista privato e relazionale. La possibilità di contare su una rete cospicua di persone appartenenti alla propria famiglia, seppure allargata, o provenienti dalle stesse aree, può sicuramente essere di aiuto in alcuni momenti importanti e difficili, quali la maternità o la malattia, ma può rivelarsi, al contempo, un controllo eccessivo quando si fanno scelte non condivise dal gruppo.

Rete supportiva, quindi, ma anche rete strangolante in periodi diversi della storia individuale dalla quale però è possibile prendere le distanze o le cose migliori solo quando un effettivo percorso di inclusione sociale è possibile.

L'inclusione sociale dei migranti

L'integrazione consiste in quel processo multidimensionale finalizzato alla pacifica convivenza, entro una determinata realtà storico sociale, tra individui e gruppi culturalmente e/o etnicamente differenti, fondato sul reciproco rispetto delle differenze etno-culturali, a condizione che queste non ledano i diritti umani fondamentali e non mettano a rischio le istituzioni democratiche. L'integrazione consiste sempre in un processo che necessita di tempo: essa è una meta che non si acquisisce una volta per tutte, ma che viene costantemente perseguita. Essa si declina a livello economico, culturale, sociale e politico. Proprio per questa sua natura multidimensionale, se si limita ad un solo ambito essa sarà necessariamente parziale. Ciascuna di queste dimensioni dà vita a gradi diversi di integrazione. [...] l'integrazione è bidirezionale in quanto essa non riguarda solo gli immigrati ma anche, e congiuntamente, i Paesi riceventi.

Come si legge in questa definizione, decisamente accurata nello spiegare quali dimensioni e sfere della società contribuiscono a promuovere percorsi di integrazione, è evidente che si tratta di una partita giocata a due: per questa ragione è importante comprendere come e quanto la società italiana sia pronta a trasformarsi in una vera società di accoglienza.

In primo luogo è bene chiarire la differenza tra politiche migratorie e politiche per l'integrazione. Le prime si riferiscono alle modalità di ingresso e alle norme relative al soggiorno e, a questo proposito, è evidente che l'Italia fa ancora fatica a ridefinirsi come Paese di immigrazione; le norme non sono sempre chiare, a volte si contraddicono, e questo incide sui percorsi integrativi. Le seconde si riferiscono alle politiche atte a favorire l'inclusione delle persone migranti che molto spesso agiscono nella direzione di rimozione degli ostacoli e godimento di effettive pari opportunità.

Una trattazione completa non può dimenticare l'esistenza di alcuni fattori che, all'opposto, possono determinare forme di esclusione sociale che incidono tanto sulla dimensione materiale, *in primis* l'esclusione dal diritto di voto, anche solo di tipo amministrativo, quanto sulla dimensione più simbolica come la mancanza della voce delle persone migranti dai media e dai documenti e rapporti ufficiali.

Allo stesso tempo, alcuni migranti sono visti come più accettabili di altri, sebbene queste classificazioni abbiano poca resistenza nel tempo e mutino in continuazione rispetto agli avvenimenti storici o ai cambi degli ideali politici. Nel caso italiano si pensi alla storia dell'immigrazione albanese, agli inizi molto ben tollerata e quasi accolta, si è tramutata nel corso degli anni '90 dello scorso secolo in un'immigrazione temuta e stigmatizzata (la tratta delle donne, la mafia albanese), per poi tornare ad essere considerata con tranquillità quando il nemico è diventato un altro.

Naturalmente, il sentimento di ostilità, frutto del pregiudizio, è molto sentito tra i migranti e spinge ad un sentimento di reazione opposta e di forte scetticismo nei confronti della società di approdo. Il rischio più grande è la nascita di un'*identità reattiva*, ovvero l'adozione di un sistema di valori e credenze che diventa unico di riferimento, proprio perché non è possibile

una fruttuosa vicinanza con quello del Paese di accoglienza. Il fenomeno è ancora più grave quando riguarda le seconde generazioni, il cui percorso di inclusione è fortemente condizionato sia dallo *status* legale, sia dalle condizioni di accesso all'impiego e ai percorsi di mobilità sociale, molto spesso preclusi. In una società, quale quella italiana, in cui la posizione dei giovani è decisamente penalizzata, per diverse ragioni, la condizione di "giovane straniero" diventa ancora più schiacciante, soprattutto quando si accompagna ad un percorso biografico molto faticoso fatto di separazioni e interruzioni di rapporti.

I doppi effetti delle migrazioni

Come detto all'inizio del capitolo, analizzare le migrazioni implica uno sguardo allargato e comprensivo dei contesti di arrivo e di quelli di partenza. Si tratta, infatti, di una serie di elementi che non bisogna mai tralasciare per non cadere nel rischio dell'analisi monca o, ancora peggio, della banalizzazione dei processi sociali in corso. La lettura del qua e del là deve essere fatta in maniera incrociata, non soltanto cioè dal punto di vista della persona immigrata e dei riferimenti costanti che essa ha con il Paese di origine, ma anche analizzando l'impatto e i cambiamenti che le migrazioni producono nei contesti di partenza. Questo, sia perché sono fondamentali per dare una lettura più onesta del fenomeno, sia perché l'impatto che le migrazioni hanno sulle società di origine si ripercuote sulle società di approdo.



A questo proposito si pensi, per esempio, all'effetto che la migrazione di persone molto qualificate – il cosiddetto *brain drain* – ha sui Paesi e sulle società di partenza. Il fenomeno si traduce nella partenza di persone formate nel Paese di origine che non investono lì le proprie competenze ma, al contrario, le portano all'estero con un importante effetto di depauperamento a carico del sistema di welfare, economico, di capacità di *governance*, nonché di sviluppo dell'imprenditoria a livello locale. In particolare, merita attenzione il drenaggio di personale sanitario che ha inciso fortemente nello sviluppo socio-economico di intere regioni, soprattutto in Africa sub-sahariana.

In Italia, però, gli effetti sono ancora più negativi perché il mancato riconoscimento dei titoli di studio e, quindi, la perdita del capitale umano delle persone migranti comporta anche uno svilimento della persona che ne risente sul piano psicologico, ma subisce anche le difficoltà di accontentarsi ed inserirsi in un mercato del lavoro fortemente schiacciato verso il basso; le ragioni sono da imputare sicuramente al sistema lavorativo italiano, che richiama persone per ricoprire mansioni fortemente dequalificate. D'altro canto, lo stesso mercato del lavoro in Italia, che richiama in misura importante manodopera soprattutto femminile da impiegare nei servizi domestici e di cura della persona, è responsabile anche di quello che viene solitamente definito *care drain*. Con questo termine si intende il reclutamento di figure femminili all'estero che, lasciando le proprie famiglie di origine, ricoprono quei ruoli di accudimento un tempo affidati alle donne e che rimasti scoperti, a seguito dell'ingresso nel mercato del lavoro, non sono stati in alcun modo suppliti dal sistema del welfare. Nei Paesi di origine, il risultato è il venir meno di madri o di figlie che si occupano dei loro cari, con un impatto notevole soprattutto nella crescita dei figli. Questi ultimi, in molti casi sono gli stessi minori che arrivano in Italia in età scolare e che avviano faticosi, e molto spesso rischiosi, percorsi di inserimento sia scolastico sia nella società.

35

Gli esempi riportati sono chiarificatori di come le traiettorie individuali pesino sull'evoluzione delle società, laddove i percorsi di globalizzazione hanno enormemente ampliato i fenomeni di azione e reazione dell'agire umano e di cui i *policy makers* dovrebbero maggiormente tener conto.

Un altro aspetto da non sottovalutare, proprio per il peso che ha su entrambi i versanti della migrazione, è quello delle rimesse che intervengono tanto nel mantenimento dei flussi migratori quanto nella loro creazione, così come nella realizzazione del progetto migratorio. Le rimesse contribuiscono, indubbiamente, al benessere delle famiglie nei Paesi di origine e sono in grado di rispondere ad alcuni bisogni, non esclusivamente primari, che altrimenti non verrebbero soddisfatti. Si tratta di trasferimenti di denaro che, avvenendo in maniera individuale o attraverso agenzie non controllate dai governi centrali non sono intercettabili da sistemi di tassazione strangolanti e non rientrano solitamente nei circuiti immediati della corruzione. Ancora più importanti sono le forme di rimesse sociali che agiscono a livello delle collettività e sono molto spesso organizzate da intere comunità di migranti che, in questo modo, avviano dei processi virtuosi che portano alla creazione di scuole, ospedali o altre strutture come pure a delle vere e

proprie attività produttive, legate per esempio all'industria del turismo o all'agricoltura.

D'altro canto però, gli effetti positivi che le rimesse hanno nei Paesi di origine possono essere facilmente vanificati dallo sperpero che esse ingenerano quando incoraggiano l'acquisto di beni di lusso nei Paesi di emigrazione come l'allargamento spropositato delle case, l'acquisto di auto costose o altri averi non necessari piuttosto che dare avvio a investimenti che darebbero una spinta reale all'economia. Questo comporta, da una parte, una perdita di potenzialità e di potere economico delle stesse e, dall'altra, un aumento di quella che è definita "deprivazione relativa". Questo termine indica la percezione di uno stato di mancanza rispetto a quanto è avvertito succeda all'interno delle altre famiglie, che ricevono un sussidio dai componenti migranti, e si traduce in una forma di insoddisfazione molto spesso culminante nella scelta migratoria. A ciò si unisca come il clima di attesa nei confronti delle rimesse abbia un effetto del tutto paralizzante tra gli altri componenti della famiglia che fanno affidamento unico su questa forma di appannaggio. Solitamente il risultato è un'ulteriore spinta alla migrazione degli altri membri della collettività nel convincimento di arrivare ad uno *status* di maggior benessere che si traduce in una diffusa *cultura della migrazione* in cui i più giovani vivono in una sorta di limbo aspettando il momento di partire che li allontana dall'intraprendere iniziative emancipatorie nel Paese di origine.

Ma il tema delle rimesse deve anche essere considerato dal punto di vista di chi, raggiunto il Paese di destinazione, si trova schiacciato da una serie di obblighi morali e materiali che pesano enormemente sulle scelte occupazionali e che frenano anche la possibilità di trovare delle soluzioni migliori che però richiederebbero tempo di realizzazione e capitale iniziale. Si tratta quindi di una forma di legame, che difficilmente si può recidere, ma che imbriglia nelle scelte e soprattutto nelle decisioni di tornare indietro.

È quest'ultima una scelta molto difficile, il fallimento del progetto migratorio implica non soltanto l'accettazione di un fallimento personale ma anche la denuncia di un cattivo investimento familiare e, in molti casi, si accompagna ad una mancata ri-accettazione da parte del gruppo di partenza. Per tale sottovalutata ragione, il viaggio migratorio sovente non termina mai. Inoltre, alla domanda: "Ma lei pensa di tornare al suo Paese quando sarà vecchio", la risposta è molto spesso: "Sì vorrei tanto, ma i miei figli sono italiani"... e la doppia appartenenza diventa tripla.

Bibliografia

Blangiardo G.C. *L'immigrazione straniera in Lombardia. La decima indagine regionale*. Rapporto 2010. Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità, 2011

Caritas. *Dossier Statistico Immigrazione, 21° Rapporto*. Edizioni Idos, Roma, 2011

Castle S., Miller M. *The age of migration: population movements in the modern world*, Guilford Press. NY, 2009, IV edizione

Cesareo V. *Quale integrazione?* In: Cesareo V., Blangiardo G.C. (A cura di). *Indici di integrazione. Un'indagine empirica sulla realtà migratoria italiana*. Franco Angeli, Milano, 2009

Massey D.S., Arango J., Hugo G., Kouaouci A., Pellegrino A., Taylor J.E. *Worlds in motion: understanding international migration at the end of the millennium*. Oxford University Press, Oxford, 1998

Molho I. *Theories of migration: a review*. *Scottish Journal of Political Economy* 1986, 33:396-419

Samers M. *Migration*. Routledge, London and New York, 2010

Samers M. *The "underground economy", immigration and economic development in the European Union: an agnostic-skeptic perspective*. *International Journal of Economic development*, 2005, 6, 3: 199-272

Sayad A. *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Cortina, Milano, 2002

Stark O. *The migration of Labor*. Blackwell. Oxford, 1991

Wilson J.H., Habecker S. *The lure of the capital city: an anthro-geographical analysis of recent African immigration to Washington, DC*. *Population, space and place*, 2008,14:433-44

Zanfrini L. *Il lavoro*. In: Fondazione Ismu, XVI Rapporto sulle migrazioni 2010. Franco Angeli, Milano, 2010

Zanfrini L. *Sociologia delle migrazioni*. Ed. Laterza, Roma-Bari, 2007



Il farmacista, Pietro Longhi, 1702-1785

IL DIRITTO ALLA SALUTE E LA NORMATIVA SANITARIA NAZIONALE ED EUROPEA IN TEMA DI ASSISTENZA SANITARIA AL MIGRANTE

Pierfranco Olivani

Premessa

Nell'accezione comune il diritto alla salute per tutti viene considerato ormai acquisito. Come è scritto nell'art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (10 dicembre 1948): *“Tutte le persone hanno diritto a un livello di vita sufficiente a garantire la propria salute, il proprio benessere e quello della propria famiglia, soprattutto per quanto concerne l'alimentazione, il vestiario, l'alloggio, le cure mediche, ed i servizi sociali inerenti...”*. La Dichiarazione Universale è però solo una dichiarazione di intenti e anche i successivi Patti Internazionali del 1966 sono sì vincolanti, ma non sanzionabili, quindi, applicati solo parzialmente.

39

Il diritto alla salute nel mondo resta in realtà, ancora oggi, privilegio di minoranze più civili e, anche all'interno di queste, possono rimanere escluse le categorie più disagiate. Afferma Gavino Maciocco che a parte qualche “isola felice”, che quantitativamente non supera i 500 milioni di persone su 7 miliardi di esseri umani (ovvero meno del 10%) e che dispone di sistemi sanitari nazionali, l'attuale situazione di equità e di fruibilità delle cure sanitarie è paragonabile a quella della rivoluzione industriale: come allora la maggior parte della popolazione è esclusa dall'accesso alle cure mediche, salvo pagamento diretto...

Dagli anni 80, in Italia, si è progressivamente affermato per tutti il diritto alla salute; diritto inizialmente esteso solo ai cittadini. Attualmente, con la nuova legge sull'immigrazione (d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 [Turco-Napolitano]), il relativo regolamento di attuazione (d.p.r. 31 agosto 1999, n. 394) e la successiva circolare ministeriale 24 marzo 2000, n. 5, il diritto alla salute è diventato diritto di tutti gli individui presenti sul territorio, cittadini ed immigrati, anche se irregolari. La l. 30 luglio 2002, n. 189, [Bossi-Fini] “modifica della normativa in tema di immigrazione...” lascia invariati gli articoli sanitari del D.lgs. 286, mentre il relativo regolamento di attuazione (d.p.r. 18 ottobre 2004, n. 344, “regolamento recante modifiche al d.p.r. 31 agosto 1999,

n. 394 in materia di immigrazione”), prevede, per quanto concerne gli articoli sanitari, solo variazioni semantiche o del tutto marginali. Anche la recente l. 15 luglio 2009, n. 94 [pacchetto sicurezza], non avendo abolito il comma 5 dell’articolo 35 del D.lgs. 286/98, non modifica la normativa precedente in merito alla salute.

Con tali leggi l’Italia è stata, nel 1998, la prima nazione al mondo ad affermare il diritto alla salute per tutti. Tuttora tale normativa è la più completa.

Storia dell’affermazione del diritto alla salute

Le prime affermazioni del diritto alla salute, nella storia dell’uomo, risalgono alla civiltà sumera: Azu, signore di Uruk, nel 2700 a.C. ordinava che le cure mediche fossero date a tutti gli individui, indipendentemente dalle condizioni sociali. Pochi anni più tardi, nel 2650 a.C., in Egitto, Imhotep, medico e architetto del faraone Zooser (terza dinastia, Regno antico), emanava disposizioni affinché le cure mediche fossero estese a tutti i sudditi, anche agli schiavi. Nel mondo romano, traumi e ferite venivano curati a tutti e vi erano centri appositi (i valetudinari, una sorta di ospedali) per i casi più complessi. All’epoca dell’impero esisteva già una medicina pubblica, con medici dipendenti pubblici e delle mutue che assicuravano per le malattie. Nel mondo medioevale e nei primi secoli dell’era moderna il pur primordiale concetto di diritto alla salute decade: la salute dei più poveri resta affidata unicamente alle sporadiche iniziative delle associazioni di carità, quasi sempre di ispirazione religiosa.

40

Il concetto moderno dei *Diritti Umani* nasce in Inghilterra alla fine del 1600. Qui la tendenza dei movimenti borghesi e popolari ad opporsi all’assolutismo del re si realizza nella “gloriosa rivoluzione di Cromwell” che pone i presupposti al “*Bill of rights*” del 1689 che, da un lato, difende i diritti del Parlamento limitando i poteri della Corona e, dall’altro, sviluppa i diritti popolari nei confronti del re (libertà di elezioni e di parola, di religione, di stampa, diritto di petizione, sorveglianza sulle imposizioni fiscali).

Un altro importante contributo speculativo a questi nuovi orientamenti deriva dal *pensiero liberale* di John Locke (1637-1704). Egli afferma che la libertà è un diritto naturale e sposta l’attenzione sull’individuo, del quale esalta la “libertà di fare”, cui riconosce come unico limite la libertà dell’altro. Principi cardini del liberalismo sono il diritto alla vita, alla libertà e agli averi.

L’illuminismo francese riprenderà e svilupperà il principio dei Diritti Umani (Dichiarazione dei Diritti dell’uomo e del cittadino, 1789).

Per quanto concerne il *Diritto alla salute*, bisogna arrivare al 1848 perché in Inghilterra, a seguito del *Public Health Act*, si concretizzano le prime forme di sanità pubblica (istituzione dell’Ufficiale sanitario); ma è nel 1887 che Bismark, in Germania, istituisce le prime Assicurazioni Sociali Obbligatorie per gli operai dell’industria (malattia, infortunio ed invalidità), finanziate per 1/3 dall’impresa e per i 2/3 dal lavoratore; nel 1895 metà della forza-lavoro tedesca risulta coperta dall’assicurazione. Dagli operai, il sistema delle Assicurazioni Sociali Obbligatorie (precursori delle attuali casse mutue) si estende ai famigliari, poi via via alle altre categorie di lavoratori,

fino a coprire, quasi per intero, tutta la popolazione; l'esempio tedesco si diffonde in Europa. Nel 1948 nasce il *National Health Service* inglese (ideato da W. Beveridge): si tratta del primo sistema sanitario finanziato non più dai contributi obbligatori di lavoratori e imprese, ma direttamente dall'erario ed esteso indistintamente a tutti i cittadini, indipendentemente dalla contribuzione e dal reddito. Molte nazioni seguiranno il sistema inglese, abbandonando il sistema bismarkiano delle "casce mutue" (peraltro tuttora in vigore in diverse nazioni europee ed extraeuropee). Nel 1948 viene sottoscritta la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e viene fondata l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nelle nazioni del blocco sovietico vigeva da tempo l'assistenza sanitaria a totale carico dello stato (sistema Semashko).

Negli anni 1963-64 nasce, negli Stati Uniti, un sistema di assistenza sanitaria rivolto alle persone con più di 65 anni (Medicare) e uno rivolto agli indigenti (Medicaid), ma soprattutto il secondo, non è a copertura universale e lascia esclusi decine di milioni di cittadini poveri.

Dagli anni '60 al 1978 si ha dunque una progressiva diffusione dei Sistemi Sanitari Nazionali, sia nelle "Nazioni occidentali", sia nei Paesi in via di sviluppo (viene adottato il modello Beveridge). Nel 1978 l'OMS organizza ad Alma Ata (Kazakistan), la Conferenza mondiale durante la quale si elaborano 2 progetti ambiziosi:

- "Salute per tutti nel 2000";
- "Primary health care" (salute intesa non solo come cura, ma come risultato di un benessere multifattoriale che comprende igiene, alimentazione, alloggio, ecc.).

41

I progetti si rivelano troppo costosi e falliscono.

Negli anni seguenti la congiuntura mondiale peggiora (nel 1979 si registra la seconda crisi petrolifera mondiale causata dalla rivoluzione iraniana), mentre maturano profondi cambiamenti di orientamento politico nei governi americano (Regan 1980) e inglese (Thatcher 1979); l'OMS perde prestigio e competenze a favore della Banca mondiale e del Fondo monetario internazionale, che affrontano anche le problematiche sanitarie da un punto di vista economico. La visione della salute (dati gli alti costi) passa così da diritto a bene di consumo; nei Paesi in via di sviluppo (PVS) all'assistenza sanitaria nazionale, peraltro appena abbozzata, subentra l'assistenza solo dietro pagamento diretto o tramite assicurazioni private.

Alain Einthoven (G.B.) nel 1987, per aumentare l'efficienza e ridurre i costi dei SSN occidentali, propone dei correttivi che verranno attuati nella gran parte dei Paesi:

- quota di sanità privata accanto a quella pubblica;
- miglioramento del management;
- decentramento;
- quote di partecipazione alla spesa;
- rapporto gerarchico committente-produttori. Il committente (la ASL,

solo amministrativa) affida ai produttori (gli Ospedali pubblici e privati, in concorrenza fra loro) tutti gli aspetti operativi.

Per i PVS le modifiche proposte erano solo:

- miglioramento del management;
- privatizzazione dei SSN che intervengono solo a pagamento diretto o tramite assicurazioni private.

Negli anni novanta si affermano le teorie neoconservatoristiche: “Salute, a chi non può pagarsela, non per diritto né per solidarietà, ma per pietà” (G. Bush).

Negli ultimi anni infine, alcuni grandi progetti della W.T.O. (*World Trade Organisation*) rischiano di compromettere, anche nei Paesi dell'occidente, il principio dell'assistenza sanitaria estesa a tutti. Il progetto GATS (*General agreement trade in service* - Libero mercato anche nei servizi), prevede che, in nome della libera concorrenza, gli Stati non possano più garantire la gratuità dei servizi sanitari. Il progetto TRIPS (*Trade related aspects of intellectual property rights* - diritto di brevetto esteso anche ai farmaci), impone prezzi decisamente più elevati rispetto ai costi di produzione di certi farmaci, rendendoli non acquistabili nei PVS.

Alla fine del Novecento si era pensato di risolvere il problema dei costi della sanità, senza sacrificare l'equità e la libertà di scelta del cittadino, introducendo delle priorità fra i servizi da fornire, ma anche questi tentativi sono stati abbandonati; ci si è resi conto che erano forieri di inequità. Ci si sta ora orientando sul miglioramento dei criteri di “appropriatezza” e di costo/efficacia nell'uso delle risorse nell'ambito dei singoli processi assistenziali.

42

Storia della legislazione sanitaria italiana

Il diritto alla salute per tutti (non solo per i cittadini) è già delineato nell'articolo 32 della Costituzione Italiana (1 gennaio 1948), che afferma: “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...*”.

L'attuazione di tale principio inizia nel 1978-1980 con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, sull'esempio inglese: *sistema sanitario modello Beveridge*, 1948 (l. 23 dicembre 1978, n. 833 e l. 29 febbraio 1980, n. 33); da quel momento l'assistenza sanitaria è diventata un diritto di tutti i cittadini italiani.

In realtà, già dal 1889 (Legge Crispi-Pagliani), era in vigore anche in Italia, un primo sistema di assistenza sanitaria statale per i più poveri, tramite il medico condotto (in Inghilterra, come si è detto, già dal 1848, a seguito dell'approvazione del Public Health Act, era comparsa questa figura).

Successivamente, nel 1898, furono emanate, in Italia, le prime leggi che prevedevano l'assicurazione obbligatoria per gli operai e nasceva altresì la Cassa Nazionale di Previdenza per Invalidità e Vecchiaia. Il sistema delle assicurazioni sociali obbligatorie (le “mutue”), istituito in Germania da Bismark nel 1887 (*sistema sanitario modello Bismark*), iniziò però ad essere applicato in modo sistematico in Italia solo nel 1922 (INADEL), e durò fino al 1978, quando fu sostituito con il Servizio Sanitario Nazionale (*modello Beveridge*).

A metà degli anni 70, cessata in Italia l'emigrazione, inizia il periodo della grande immigrazione e si prospetta anche il problema dell'assistenza sanitaria agli immigrati regolari ed irregolari.

Una serie di Leggi, di Decreti e di Circolari Ministeriali pone progressivamente le basi per il riconoscimento di questo diritto, dapprima per gli immigrati regolari (l. 30 dicembre 1986, n. 943), successivamente anche per gli irregolari (d.l. 18 novembre 1995, n. 489). Le disposizioni risultano però incomplete e la loro applicazione, da parte delle ASL, scarsa ed arbitraria.

Attuale normativa italiana

Come abbiamo già accennato, attualmente l'assistenza sanitaria per gli **immigrati extracomunitari** in Italia è regolata da:

- una legge (D.lgs. 25 luglio 1998, n. 286), Testo Unico, in cui confluisce la legge 6 marzo 1998, n. 40 (articoli 34, 35 e 36);
- un regolamento di attuazione (d.p.r. 31 agosto 1999, n. 394): articoli 42, 43 e 44;
- una circolare ministeriale (24 marzo 2000, n. 5);
- un recente decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 17 marzo 2008, 8.27, allegato 12.

Per gli **immigrati comunitari** vige invece:

- la legge, D.lgs. 3 febbraio 2007, n. 30, di recepimento della direttiva comunitaria 38/2004 CE, sul diritto di libera circolazione e di soggiorno dei cittadini U.E.;
- la nota informativa del Ministero della Salute 3 agosto 2007;
- la nota informativa del Ministero della Salute 19 febbraio 2008.

Vediamo dapprima la legislazione per gli extracomunitari, prendendo in considerazione i tratti più salienti dei diversi articoli e esaminando inizialmente l'articolo 34 del D.lgs. 286, l'articolo 42 del d.p.r. 394 e la prima parte della circolare 5/00: in questi tre testi si fa riferimento a stranieri regolari iscritti o iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale. Questa categoria di stranieri ha diritto a tutte le prestazioni sanitarie cui ha diritto il cittadino italiano e a pari condizioni.

Viene dapprima fatto un elenco di tipologie di soggetti con l'obbligo di iscrizione al SSN, si specifica che l'assistenza è estesa ai familiari. Per lo straniero regolare, che non rientra in tali elenchi, è prevista un'iscrizione a pagamento al SSN o un'assicurazione equivalente. Coloro che sono in Italia alla pari, o per motivi di studio, pagheranno quote ridotte. Per l'iscrizione non è più necessario il requisito della residenza, né dell'effettiva dimora, basta il luogo indicato sul permesso di soggiorno; la durata non è più annuale, ma è analoga a quella del permesso; per coloro che hanno fatto domanda di asilo politico, durerà fino alla fine dell'iter (compreso l'eventuale ricorso).

L'iscrizione al SSN ha solo valore ricognitivo, non costitutivo del diritto; il diritto insorge con il semplice verificarsi dei requisiti: la prestazione va dunque erogata comunque, anche se il soggetto non ha espletato le pratiche necessarie. I detenuti sono tutti iscrivibili al SSN, come i familiari degli

stranieri presenti alla pari o per motivi di studio; in questo ultimo caso però la quota non è più ridotta.

Tab. 1. Testi di legge riassunti

D.lgs. n. 286 , 25 luglio 1998, art. 34

1. Obbligo di iscrizione a SSN (a parità del cittadino italiano) per stranieri regolari: lavoratori dipendenti o autonomi o iscritti alle liste di collocamento; o con permesso di soggiorno per motivi familiari, asilo politico, asilo umanitario, richiesta di asilo, attesa adozione, affido, acquisto di cittadinanza.
2. Assistenza sanitaria anche per familiari a carico regolarmente soggiornanti e per i figli fin dalla nascita.
3. Lo straniero che non rientra nei commi 1 e 2 deve stipulare assicurazione privata per malattia o iscriversi a sue spese al SSN.
- 4, 5, 6. Iscrizione volontaria a SSN, a contributo ridotto, per stranieri studenti e collocati alla pari.
7. L'iscrizione al SSN avviene presso la USL del comune di dimora.

D.lgs. n. 286 , 25 luglio 1998, art. 34

**REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE
(del D.lgs 286/98) d.P.R. n. 394, 31 agosto 1999 art. 421**

2. ...Iscrizione al SSN nel territorio in cui ha residenza ovvero effettiva dimora... [o] quello indicato nel permesso di soggiorno...sono assicurate anche l'assistenza riabilitativa e protesica.
2. ...l'iscrizione alla USL è valida per tutta la durata del permesso di soggiorno.
3. Per il lavoratore straniero stagionale l'iscrizione è effettuata per tutta la durata dell'attività... presso l'USL del comune indicato... [sul] permesso di soggiorno.

**CIRCOLARE MINISTERIALE n. 5, 24 marzo 2000
(art. 34 D.lgs. 286/98 e art. 42 d.P.R. 394/99)**

- Il soggetto che abbia fatto domanda di asilo politico è iscrivibile al SSN fino alla conclusione dell'iter; risulta altresì esonerato dal ticket.
- L'iscrizione al SSN ha solo un valore ricognitivo, non costitutivo del diritto all'assistenza sanitaria: il diritto cioè insorge con il semplice verificarsi dei requisiti (le prestazioni sanitarie devono essere erogate comunque).
- Possibilità di iscrizione al SSN ed esonero dal ticket per tutti i detenuti stranieri, anche con forme alternative di pena.
- Possibilità di iscrizione al SSN per i familiari degli stranieri studenti o delle persone alla pari.

Vediamo ora quanto affermato nell'articolo 35 del D.lgs. 286, nell'articolo 43 del d.p.r. 394 e nella seconda parte della circolare 5/00. In queste disposizioni legislative si fa riferimento a:

- stranieri regolari non iscrivibili al SSN come possono essere i turisti (per loro è previsto il diritto alla prestazione, ma l'obbligo della solvenza);
- stranieri irregolarmente presenti (definiti STP, stranieri temporaneamente presenti).

Tab. 2. Testi di legge riassunti

D.lgs. n. 286 , 25 luglio 1998, art. 35

3. a) Cure urgenti o comunque essenziali¹ ancorchè continuative² per malattia ed infortunio
- b) Gravidanza responsabile e maternità
- c) Assistenza sanitaria a minori e anziani
- d) Medicina preventiva
- e) Malattie infettive
4. Gratuità delle suddette prestazioni per gli stranieri privi di risorse economiche sufficienti (salvo quote di partecipazione come per gli Italiani)
5. Nessun tipo di segnalazione (salvo il referto ove previsto per gli Italiani)
6. Finanziamento di a: Ministero Interno; per b,c,d,e: Ministero Sanità.

45

REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE

(del D.lgs. 286/98) d.P.R. n.394, 31 agosto 1999 art.43

3. ...utilizzando un codice regionale a sigla S.T.P.
4. Gli oneri per le prestazioni sanitarie ...erogate ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti... sono a carico della USL competente... (...comprese le quote di partecipazione alla spesa, eventualmente non versate...) ...Lo stato di indigenza può essere attestato tramite un'autocertificazione...
- 5 La comunicazione al Ministero dell'Interno è effettuata in forma anonima, mediante il codice regionale S.T.P³ ...
- 8 Le Regioni individuano le modalità per garantire che le cure essenziali e continuative ...possano essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera...

¹ “Si definiscono **essenziali** quelle patologie non pericolose nell'immediato o nel breve, ma che nel tempo possono determinare maggiori danni alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni, aggravamenti).”

² Il principio della **continuità** della cura essenziale va inteso “nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso”.

³ La comunicazione conterrà unicamente il codice STP, la diagnosi, il tipo di prestazione, il costo della prestazione e la dichiarazione di urgenza o di essenzialità.

**CIRCOLARE MINISTERIALE n. 5, 24 marzo 2000
(art. 35 D.lgs. 286/98 e art. 43 d.P.R. 394/99)**

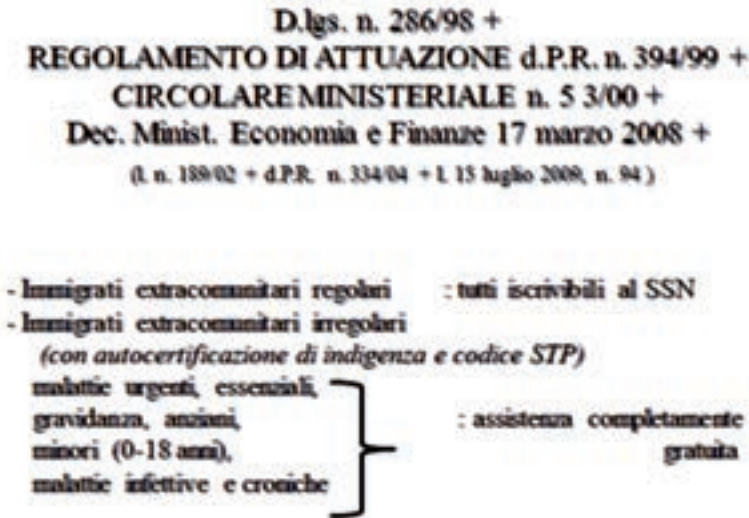
- Per i soggetti con dipendenze da stupefacenti, psicofarmaci o alcol possibilità di trattamenti di dissuefazione, anche presso comunità di recupero.
- Fruibilità di prestazioni di medicina riabilitativa.
- Impegno, per le Regioni, per l'apertura o l'istituzione di ambulatori atti a fornire le prestazioni essenziali (1° livello).
- Accesso diretto, senza appuntamento né impegnativa, per le prestazioni di medicina essenziale.
- Modulo per la dichiarazione d'indigenza.

Per gli stranieri non in regola con le norme dell'ingresso e del soggiorno la legge prevede:

- possibilità di accesso alle cure urgenti o a quelle essenziali e continuità della cura se necessario;
- particolare tutela sanitaria della gravidanza e della maternità;
- assistenza agevolata per i minori, gli anziani e i portatori di patologie infettive e croniche;
- prestazioni di medicina preventiva;
- gratuità delle suddette prestazioni, solo per gli stranieri che si dichiarano indigenti, tramite autocertificazione; il recente Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (17 marzo 2008) ha soppresso il ticket precedentemente in vigore per questa categoria di immigrati;
- nessun tipo di segnalazione all'autorità di polizia, salvo il referto, se previsto per il cittadino italiano;
- il codice di procedura non sarà, come per l'italiano, il numero di iscrizione al SSN, ma un codice apposito, detto STP, legato alla singola prestazione; la notifica della prestazione, per i rimborsi, sarà anonima, identificata solo dal codice STP;
- le Regioni dovranno fornire le prestazioni di medicina di base (medicina essenziale), organizzandole come preferiscono (tramite ambulatori mirati, medicina del territorio, convenzioni o altro ancora) e permettendo l'accesso diretto, senza appuntamento né impegnativa;
- per i soggetti tossicodipendenti sono accessibili le cure opportune anche presso centri di recupero;
- possibilità di fruire di prestazioni di medicina riabilitativa.

Il risultato complessivo di queste norme è riassunto in fig.1

Fig.1.



L'articolo 36 del D.lgs. 286 e l'articolo 44 del d.p.r. 396 trattano delle disposizioni sanitarie in tema di "ingresso e soggiorno per cure mediche": lo straniero, dall'estero, sceglie una struttura ospedaliera italiana ove farsi curare, come solvente, o su invito di un'istituzione previo accordi e versamento di un acconto, se solvente.

47

Per quanto concerne gli immigrati comunitari, è attualmente valida la nota informativa del Ministero della sanità del 19 febbraio 2008, che riepiloga i requisiti richiesti ai cittadini comunitari lungosoggiornanti per l'ottenimento dell'*iscrizione anagrafica* e fissa le condizioni necessarie per l'accesso alle prestazioni sanitarie. Tale nota distingue, anzitutto, fra periodi di soggiorno inferiore e superiore ai tre mesi:

- periodo di soggiorno non superiore a tre mesi. L'eventuale accesso alle prestazioni sanitarie avviene dietro esibizione della tessera europea di assicurazione malattia (TEAM), rilasciata dallo Stato di origine; tale tessera garantisce solo l'accesso a cure urgenti o indifferibili.
- Periodo di soggiorno superiore a tre mesi. Vi è l'obbligo di richiedere l'iscrizione anagrafica⁴ al comune di riferimento; tale iscrizione darà accesso a una serie di diritti garantiti ai cittadini dello Stato ospitante, tra cui l'assistenza sanitaria a condizioni paritetiche.

⁴ Nello specifico l'iscrizione anagrafica è consentita se il cittadino comunitario rientra in uno dei seguenti gruppi:

- sia lavoratore subordinato o autonomo nello Stato ospite;
- sia familiare che accompagna o raggiunge un cittadino UE che ha diritto a soggiornare;
- disponga di risorse economiche sufficienti e di un'assicurazione sanitaria privata o altro titolo idoneo;
- sia iscritto presso un Istituto pubblico o privato riconosciuto per un corso di studi o di formazione professionale e sia titolare di un'assicurazione sanitaria privata o altro titolo idoneo.

Il cittadino comunitario potrà quindi accedere alle prestazioni sanitarie in Italia, partendo da tre differenti situazioni, tramite:

- 1) il possesso di un'iscrizione obbligatoria al SSN (sarà obbligatoriamente iscritto al SSN se è lavoratore subordinato o autonomo nello Stato, è familiare, anche se non cittadino dell'Unione, di lavoratore subordinato o autonomo nello Stato, è familiare di cittadino italiano, è in possesso di un'attestazione di soggiorno permanente maturata dopo almeno 5 anni di soggiorno in Italia, è disoccupato iscritto nelle liste di collocamento o iscritto a un corso di formazione professionale, è titolare di specifici formulari comunitari quali E106, E109 o E 37, E120, E121 o E33).
- 2) Il possesso di un'assicurazione privata o di altro titolo idoneo (e dei requisiti per l'iscrizione anagrafica, cioè se in possesso di "risorse economiche sufficienti o di iscrizione a corsi di studio").
- 3) Procedure particolari per i non iscrivibili né all'anagrafe né al SSN. Si tratta, nella fattispecie, di immigrati neocomunitari (Rumeni, Bulgari, Polacchi), provenienti da Stati ove l'assistenza sanitaria non è ancora estesa a tutti i cittadini in egual misura. Ciò comporta che lo Stato di origine non accetti di assumersi l'onere del rimborso per prestazioni fruite all'estero da determinate categorie di suoi cittadini che non reputa di assistere neppure sul suo territorio. In questo caso la nota informativa del 19 febbraio 2008 chiarisce che "*i cittadini comunitari hanno comunque diritto alle prestazioni indifferibili e urgenti*" e che "*dovrà essere tenuta da parte delle ASL una contabilità separata*" per tentare eventuali azioni di recupero e/o negoziazione nei confronti degli Stati competenti. Di fatto questi stranieri hanno diritto al tipo di cure previsto per gli STP, con gli oneri relativi, cioè con i ticket, a parità di condizioni con i cittadini italiani e con gli immigrati regolari.

48

Nel giugno 2011 il Tavolo interregionale "Immigrati e servizi sanitari", nell'ambito della commissione Stato-Regioni, ha elaborato un documento, sottoscritto dai rappresentanti del Ministero e degli Assessorati sanitari, che uniforma in senso migliorativo, l'assistenza prevista dai diversi SSR. Fra i punti più qualificanti si trovano:

- la sospensione delle misure di allontanamento nei confronti di un immigrato irregolare, qualora risulti colpito da patologia grave (questo principio è già da tempo in vigore nella legislazione francese, mentre, in Italia, compare solo in alcune sentenze della Corte Costituzionale);
- l'iscrizione al SSN per i minori e le gravide (fino a 1 anno dopo il parto), pur se irregolari;
- per i neocomunitari non assistibili dai SSR utilizzo del codice ENI, uguale per tutte le regioni.

La legislazione regionale descritta non ha trovato piena applicazione in tutto il territorio italiano: in qualche ambito regionale si sono registrati degli ostacoli legali a scelte compiute dalle Regioni con conseguente difformità di prese in carico del soggetto extracomunitario irregolare.

Situazione attuale del diritto alla salute nel mondo

Di seguito, vedremo schematicamente, in sequenza decrescente, la situazione in diverse nazioni, in base all'effettiva estensione del diritto alla salute a tutti gli individui comunque presenti sul territorio: cittadini, immigrati regolari e irregolari.

Francia, Belgio, Olanda, Spagna e Portogallo

Questi Paesi, assieme all'Italia, sono gli Stati nei quali il diritto alla salute è meglio affermato.

La Francia conserva un metodo di assistenza sanitaria particolare, basato su un sistema di assicurazioni obbligatorie (modello bismarchiano: mutue). Il 1° gennaio 2001 è stata istituita la A.M.E. (*Aide Médicale de l'Etat*) per i "sans papier" che fornisce assistenza sanitaria presso gli ospedali pubblici; dopo 3 anni di permanenza in Francia, gli irregolari possono fruire anche della normale assistenza extraospedaliera (*les soins de ville*). Fino al dicembre 2002 era prevista la gratuità per le cure degli irregolari; ora, per gli irregolari che sono presenti da meno di 3 mesi o che hanno un reddito superiore a 587 euro/mese è prevista la gratuità solo per le urgenze mentre per quelli presenti da più di 3 mesi e con un reddito inferiore ai 587 euro/mese tutte le cure sono gratuite, salvo quelle protesiche. Per dimostrare la presenza da più di 3 mesi e il reddito occorre superare una serie di incombenze amministrative abbastanza complesse.

In Belgio, che ha un'assistenza sanitaria su base mutualistica, con la legge del 12-12-96, è stato istituito l'A.M.U. (*Aid Médicale Urgente*), che garantisce assistenza sanitaria gratuita "per le urgenze" anche agli immigrati irregolari. Il concetto di "urgenza" è peraltro molto ampio, comprende "tutto ciò che è necessario", escluso protesi e certi farmaci. L'applicazione è ancora in parte discrezionale, occorre superare ostacoli burocratici (inchiesta sommaria dei servizi sociali riguardo a indirizzo e indigenza) e sanitari (certificato medico attestante l'urgenza). Le cure psichiatriche sono difficilmente ottenibili. Dal gennaio 2000, una legge temporanea ha previsto la possibilità di regolarizzazione per i malati gravi.

In Olanda l'assistenza sanitaria è su base mutualistica. Secondo recenti direttive ministeriali che modificano, in senso restrittivo, la legge sull'immigrazione del 1-7-1998, lo Stato fornisce assistenza gratuita solo per le "cure mediche necessarie" (termine ampio ma soggetto ad abusi interpretativi: vi sono comunque comprese le emergenze, la salvaguardia di "funzioni essenziali", le patologie contagiose, quali la TBC); a giudicare se le cure sono "necessarie" è il medico; inoltre deve sussistere la condizione di indigenza. La struttura sanitaria che fornisce la prestazione viene però disincentivata dal rimborso da parte dello Stato, che copre solo l'80%.

In Spagna (assistenza sanitaria fornita dal sistema sanitario nazionale), la L. del 23-1-2001 stabilisce che le cure devono essere gratuite. Ma, dal punto di vista amministrativo (salvo per urgenze, gravide e minori), occorre essere titolari di una "carta di salute" che si ottiene registrandosi in apposite liste comunali (dopo aver fornito documento di identità e indirizzo); inoltre, secondo la legge sugli stranieri del 22-12-03, la polizia può accedere a queste liste comunali. Ora, in alcune regioni, l'accesso è molto più semplificato e la carta di salute viene data a tutti senza difficoltà. I malati gravi possono chiedere un

permesso di soggiorno per motivi eccezionali, che viene però concesso tramite una procedura molto lunga.

In Portogallo (che possiede un sistema sanitario nazionale) per gli immigrati irregolari, nei primi 90 giorni dall'arrivo, è prevista un'assistenza solo per urgenze, gravidanza, minori e HIV e con un importante concorso alla spesa; successivamente può essere richiesta la "carta di salute provvisoria" che dà diritto a tutte le prestazioni a parità di costi con i cittadini.

Inghilterra

In questo stato, ove vige un sistema sanitario nazionale, la legge sull'asilo e l'immigrazione del 1999, rielaborata nel 2004, prevede il diritto all'assistenza sanitaria gratuita per gli immigrati irregolari, limitatamente a determinate prestazioni: urgenze, cure primarie, malattie contagiose (salvo HIV), planning familiare e per alcune patologie psichiatriche. Le altre prestazioni sanitarie (gravidanza, minori e HIV compresi) sono a totale pagamento e possono anche essere rifiutate se posticipabili. Un ulteriore ostacolo è rappresentato dalla facoltà dei medici di base di fornire o meno la prestazione all'immigrato irregolare: essi rappresentano, infatti, il tramite obbligato fra immigrato e Servizio Sanitario Nazionale. Due direttive del Ministero dell'Interno (BD13/95 e 24-4-2001) prevedono che, prima di decretare l'espulsione dei malati gravi, si debba tener conto delle circostanze compassionevoli.

50

Ungheria

In Ungheria sono gratuite solo le cure urgenti.

Svezia

In Svezia, ove vige un sistema sanitario nazionale, l'accesso alle prestazioni sanitarie è possibile, ma solo a totale pagamento.

Germania

In Germania, ove vige l'assistenza sanitaria su base mutualistica, la più recente legge sugli stranieri (29-10-97) e le ulteriori modifiche, prevedono, per gli irregolari, solo cure gratuite per emergenze, determinate malattie infettive (TBC), gravidanze e minori ma è specificato l'obbligo di denuncia. È concesso un permesso temporaneo di soggiorno per le gravide e i malati di gravi infezioni (AIDS) solo se hanno fatto domanda di sospensione delle procedure di espulsione. Recenti rare iniziative locali permettono di fornire determinate cure. Per i malati gravi l'espulsione o meno è tuttora arbitraria.

Austria e Danimarca

In queste nazioni non è previsto che lo Stato fornisca assistenza sanitaria neppure nei casi di urgenza. In Austria lo Stato cura solo i malati di TBC.

Le altre nazioni europee si trovano in situazioni quasi sempre peggiori rispetto ai modelli citati, così come alcuni grandi Stati extraeuropei, quali Giappone, Australia, Canada, nei quali l'assistenza sanitaria per i cittadini e gli immigrati regolari è garantita mentre per gli irregolari le garanzie sono ridotte o assenti.

Stati Uniti d'America

Qui, il diritto alla salute non sussiste nemmeno per tutte le categorie di cittadini: le cure sono a pagamento diretto o tramite varie forme di assicurazione; dal 1965 gli anziani (> 65 anni) fruiscono di un'assistenza gratuita statale (Medicare), così come i poveri (Medicaid). La copertura sanitaria di Medicaid non era estesa in modo uniforme: 42 milioni di cittadini americani indigenti ne erano esclusi. Nel 2010 è stata varata una nuova legge che, comunque, non riguarderà importanti fasce di immigrati (9 milioni circa).

America Latina, Cina, Africa

In questi Paesi l'assistenza sanitaria è per lo più solo a pagamento diretto per tutti, cittadini e stranieri.

Dai dati sulla diffusione del diritto alla salute nel mondo si può quindi dedurre che, sul piano teorico questo principio risulta facilmente condivisibile, rappresentando un elemento fondante della dignità umana, date anche le strettissime analogie con il diritto alla vita e, infatti, è stato ampiamente sottoscritto. Sul piano attuativo però il diritto alla salute risulta ancora oggi disatteso, perfino in occidente. Le nostre società europee, pressochè tutte di derivazione illuministica, condividono il concetto dei Diritti Universali e, accanto ai diritti civili e politici (espressione delle libertà del singolo, come il diritto alla vita, alla libertà, ecc.), affermano anche i diritti economici, sociali e culturali (educazione, salute, ecc.), peraltro di derivazione socialista. Inoltre la favorevole situazione economica generale del continente europeo permette di sostenere i costi per l'attuazione di tali diritti. Diverse sono le possibilità di condivisione dei Diritti Umani in generale e del diritto alla salute in particolare nel contesto extraeuropeo, per fattori sia filosofici, sia politici, religiosi ed economici. Anche là dove l'impostazione filosofica è simile a quella europea, le problematiche economiche (America centro-meridionale) o quelle politiche (neoliberismo e neoconservatorismo U.S.A.) si oppongono al realizzarsi del diritto alla salute. In altri Continenti (Asia ed Africa) il problema è anche di natura filosofica: è soprattutto la differente concezione dell'individuo rispetto alla società che rende difficile parlare di diritti umani quali sono intesi da noi. Oltre a ciò, in determinati Stati le credenze religiose possono creare contrasti con i principi di uguaglianza contenuti in tale diritto; questo comporta che l'adesione di questi Stati alla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani sia in realtà parziale o addirittura solo nominale. Inoltre, la difficile situazione economica, presente in gran parte di tali aree, contribuisce a rendere irrealizzabili molti di questi diritti.

Risulta quindi, come si è detto, relativamente facile e logico prevedere un diritto alla salute per tutti nell'Unione Europea, in quanto tale diritto è attualmente già presente in alcune nazioni, mentre nelle altre è comunque esteso al 99,5% della popolazione (ne sono esclusi solo gli immigrati irregolari); la relativa omogeneità dei principi culturali rappresenta un ulteriore elemento favorevole alla realizzazione di questo progetto. Un'iniziativa volta all'affermazione del diritto alla salute per tutti in Europa può inoltre far leva su altri argomenti, quali l'aspetto umanitario, il rispetto di un Diritto Umano Universale già sottoscritto nei Patti Internazionali dai singoli Stati, le gravi problematiche di salute pubblica che la sua negazione comporterebbe e i costi relativamente bassi e già in parte sostenuti.

Legislazione Europea

L'Unione Europea ha finora prodotto, in tema di normativa sulla salute dei migranti da Paesi terzi, una documentazione scarsa e non conclusiva, limitandosi, quasi sempre, a raccomandazioni.

In generale, nei Paesi dell'Unione, le norme inerenti la salute degli immigrati regolari da Paesi terzi sono in analogia con quelle dei cittadini. Manca però una legislazione comunitaria in proposito e persiste altresì il problema dei Paesi neocomunitari ove il diritto alla salute non è ancora esteso nemmeno a tutti i cittadini.

Per poter meglio comprendere come possono essere affrontate, dal punto di vista normativo, le problematiche inerenti la salute dei migranti irregolari da Paesi terzi nell'Unione Europea, occorre premettere che questo argomento può rientrare sia nelle competenze del "primo pilastro" (salute pubblica) sia in quelle del "terzo pilastro" (immigrazione e asilo)⁶. Peraltro i presupposti per un intervento diretto dell'Unione Europea nell'argomento "salute dei migranti irregolari" sono tuttora lontani e legati probabilmente al preliminare riconoscimento di un nuovo insieme di diritti fondamentali dell'individuo.

Attualmente su queste tematiche abbiamo:

- l'art. 129 del Trattato Costitutivo dell'U.E. (Trattato di Maastricht del 1992) non modificato. All'art. 127 del Trattato di Lisbona del 2009, ora vigente, ribadisce la non competenza diretta della Comunità in tema di assistenza sanitaria che resta prerogativa dei singoli Stati membri. In base all'art 5 del TCE... "nei settori che non sono di sua esclusiva competenza [come la sanità], la Comunità interviene, secondo il principio della sussidiarietà, soltanto se e nella misura in cui gli obiettivi dell'azione prevista non possono essere sufficientemente realizzati dagli Stati membri e possono dunque [...] essere realizzati meglio a livello comunitario...".
- L'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000-2007) il quale stabilisce che "ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana". L'accento sul concetto di individuo e non solo di cittadino, è ridimensionato dal successivo rinvio alle prassi nazionali.

52

⁵ Note demografiche (al 31-12-08, dati U.E.): Cittadini dell'Unione Europea 503.000.000; immigrati regolari 28.000.000 (6,1%); [50.000.000 se comprendiamo quelli che hanno ottenuto la cittadinanza]; i 2/3 degli immigrati sono extracomunitari. Immigrati irregolari: circa 2.800.000 - 6.500.000 (0,5% - 1,3%).

⁶ Le decisioni, in esame presso la Commissione o il Consiglio, per quanto attiene agli argomenti di competenza del primo pilastro - politica interna - e del terzo - giustizia libertà e sicurezza - vengono ora prese a maggioranza qualificata, mentre per il secondo - politica estera - occorre ancora l'unanimità. Con il Trattato di Lisbona, il Parlamento, sulle tematiche migratorie, viene chiamato in codecisione, non più solo in consulto.

Per quanto concerne le iniziative legislative intraprese dall'Unione nell'ambito "immigrazione" (terzo pilastro), per i richiedenti asilo, il Consiglio ha promulgato, fra il 2001 e il 2005, quattro direttive (2001/55/CE, 2003/9/CE, 2004/83/CE, 2005/85/CE) e, nel 2008, un piano strategico (Com. (2008) 360 def.). La Direttiva più significativa (2003/9/CE, 27 gennaio 2003, "Norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo") prevede, all'art.15, che "i richiedenti asilo ricevano la necessaria assistenza sanitaria che comprenda, quanto meno, le prestazioni di pronto soccorso e il trattamento essenziale delle malattie, gratuitamente là dove non si disponga di mezzi sufficienti).

Recentemente sono state varate, da parte degli organi legislativi dell'Unione Europea, due importanti documenti che, pur se ancora privi di valore cogente, costituiscono valide basi giuridiche per future decisioni. All'elaborazione di tali documenti hanno dato un decisivo contributo le reti europee di volontariato socio-sanitario, cui Naga e SIMM fanno parte.

Nei primi mesi del 2010 è stata condotta un'azione di sensibilizzazione dei Ministeri della Salute dell'Unione che ha contribuito all'adozione, da parte del Consiglio dell'Unione (8 giugno 2010), di una Conclusione (Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health) volta a permettere che "i cittadini e tutti i bambini, i giovani e le gravide in particolare possano fare pieno uso del diritto all'accesso universale alle cure, incluso la promozione della salute e i servizi di prevenzione" (art. 48).

Infine l'8 marzo 2011 il Parlamento Europeo ha approvato la Risoluzione A7-0032/2011 "Riduzione delle disuguaglianze nella salute". Due sono i punti qualificanti di questa Risoluzione: "Il Parlamento europeo invita gli Stati membri ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario [punto 5]; e a garantire che tutte le donne in gravidanza e i bambini, indipendentemente dal loro status, abbiano diritto alla protezione sociale, quale definita nelle loro legislazioni nazionali, e di fatto la ricevano [punto 22]".



Donna con triktrak, Chou Fang, ca. 730 - ca. 800

RUOLO DEL VOLONTARIATO SOCIALE NELL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA AL MIGRANTE

Daniela Panizzut

In Italia esistono numerose associazioni di volontariato che hanno come scopo l'assistenza in ambito socio-sanitario per gli immigrati. Il tipo di azione, rispetto alle problematiche del migrante, varia da associazione ad associazione: ve ne sono alcune che tendono a fornire assistenza sanitaria, vicariando i deficit delle strutture pubbliche, altre che, accanto ad una risposta immediata ai bisogni sanitari, si pongono come obiettivo primario l'affermazione del diritto alla salute per i migranti che ne sono privi.

55

Il volontariato socio-sanitario, rivolto a quelli che un tempo erano i "pellegrini" e ai poveri in genere, ha in Italia radici antiche; le prime associazioni, le "Misericordie", nascono attorno al 1400, con uno spirito eminentemente assistenzialistico; accanto alle Misericordie operano istituzioni religiose legate a determinati ordini ecclesiastici. Il volontariato (in senso moderno), che sa prendersi cura del migrante e dei suoi diritti, si afferma più recentemente ed ha un forte incremento a partire dagli anni '60-'70.

Ai nostri giorni il volontariato socio-sanitario ha, nella gran parte, caratteristiche precise: non tende a riempire i vuoti delle istituzioni pubbliche, non si sostituisce a loro nell'erogare prestazioni, perché queste ultime sono un diritto del cittadino; compito del volontariato è quello di vigilare, stimolare, controllare che i servizi vengano erogati e che ciò venga fatto in modo valido. I volontari non devono essere utilizzati per ridurre i costi della sanità, il loro lavoro ha un valore economico, ma questo deve essere un "valore aggiunto" per migliorare i servizi, non per abbassarne i costi. Il volontariato in ambito sanitario agisce per affermare dei valori, per una maggior umanizzazione dei servizi, per rispondere ai bisogni emergenti, ai bisogni che non sono ancora presenti nella coscienza pubblica, nella normativa, nella destinazione delle risorse. Scopo del volontariato è, dunque, quello di stimolare le istituzioni a rispondere in modo adeguato ai bisogni dei cittadini, soprattutto dei più fragili, promuovendo l'attivazione di servizi e la formulazione di leggi, cioè diffondere la cultura della solidarietà, della giustizia e dei diritti umani.

Alla fine degli anni '80, nel nostro Paese iniziava in modo evidente il fenomeno migratorio, e l'Italia, da Paese di emigrazione, cominciava ad essere meta di immigrazione. L'arrivo degli "stranieri" poneva subito una serie di problemi sul piano della salute. Dal punto di vista sanitario l'Italia, con la legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, aveva sicuramente una normativa eccellente, basata su importanti concetti di universalità della cura (per tutti), della gratuità, dell'assistenza secondo il bisogno e del finanziamento, attraverso la contribuzione fiscale di tutti i cittadini. Quell'universalità riguardava, ovviamente, solo i cittadini italiani. Per quanto concerneva gli stranieri, l'accesso alle cure era del tutto problematico: per gli immigrati regolari esisteva, dal 1986, una normativa (L. 946/86) ma l'accesso era reso molto difficile da una serie di clausole burocratiche (es. la non obbligatorietà dell'iscrizione per i lavoratori autonomi, il requisito della residenza, l'obbligo del rinnovo annuale, ecc.); per quanto riguardava gli immigrati irregolari erano garantite unicamente le prestazioni d'urgenza (tramite pronto soccorso) che peraltro erano a pagamento. La normativa risultava comunque confusa e frammentaria e l'accesso alle cure complicato anche laddove era garantito; non vi erano risorse dedicate.

56

È in questo contesto che nascono le prime associazioni di volontariato per l'assistenza agli stranieri che, nei limiti delle loro possibilità e con poche risorse a disposizione, cercavano di fornire un minimo di cure. Il loro scopo era rispondere a dei bisogni emergenti di cui il pubblico e le istituzioni ancora non si erano rese conto o che preferivano ignorare. Nascono in varie città: l'ambulatorio Caritas a Roma, il Naga a Milano, S. Chiara a Palermo, e poi a Genova, Bologna, ecc.; si organizzano per garantire il diritto all'assistenza per tutti, in uno spirito di gratuità e di forte entusiasmo. Con molta difficoltà e con grande passione le associazioni iniziano anche a studiare il fenomeno migratorio a conoscere questi "nuovi cittadini", mentre le istituzioni intervengono sulle emergenze o su problemi contingenti. Gli immigrati fanno paura, sono spesso percepiti come portatori di strane malattie esotiche o affetti da patologie per noi oramai rare.

Le associazioni iniziano a consolidarsi, a collegarsi fra loro, a scambiarsi idee, esperienze, competenze; si mettono in rete per promuovere il diritto alla salute per queste persone. È in questo contesto che, nel 1990, viene fondata la SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) con lo scopo di promuovere e coordinare le attività socio-sanitarie in favore di individui, gruppi e comunità con esperienza o storia di migrazione, promuovere e favorire attività di studio e ricerche nel campo della salute dei migranti, rifugiati e rom.

La SIMM intende costituire un "forum" per lo scambio, a livello nazionale e internazionale, di informazioni e metodologie di approccio alla persona immigrata, gestire attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti, promuovere l'impegno civile e costruire collaborazioni per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni. L'impegno del volontariato sta, dunque, cambiando: si acquisisce sempre più coscienza che non è sufficiente offrire servizi, ma che è importante promuovere il diritto alla salute "davvero per tutti", come enunciato dalla nostra Costituzione all'art 32, comma 1:

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



La rete si allarga sempre di più e iniziano i primi contatti con il mondo politico. Le associazioni riescono a portare il proprio bagaglio di conoscenze, di competenze specifiche, riescono a dimostrare credibilità e a formulare proposte concrete e sostenibili. Nel 1995 elaborano una proposta di legge che ottiene molti consensi da forze politiche diverse (60 Senatori e 140 Deputati la sottoscrivono); tale proposta viene depositata in Parlamento e viene anche presentata, da una rappresentanza delle associazioni, all'allora Ministro della Sanità Prof. Elio Guzzanti (luglio 1995). A novembre dello stesso anno, il Ministro ottiene che nel Decreto immigrazione sia incluso un articolo che estende l'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari (art. 13); il testo di tale articolo corrisponde a quello depositato in Parlamento. Per alcuni anni l'assistenza agli immigrati irregolari resta legata a questo articolo che, se da un lato enuncia importanti e innovativi principi, dall'altro dà adito a numerose discrezionalità di applicazione. È stata comunque una tappa molto importante in termini di affermazione di un principio ed è da questo momento che le associazioni iniziano a lavorare a stretto contatto con le istituzioni fino ad arrivare, nel luglio 1998, al D.lgs. 286/98 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero". Le istituzioni danno prova di stima e di capacità di ascolto riguardo alle istanze delle associazioni, sono disponibili, interessate, aprono canali ufficiali di lavoro; siamo nella fase in cui il volontariato porta conoscenze, competenze, stimola, suggerisce, collabora interagendo con le istituzioni. Si riesce così ad avere un'assistenza sanitaria

per i regolari a parità di condizioni con i cittadini italiani e viene esteso il diritto all'assistenza sanitaria anche a coloro che sono presenti in condizioni di clandestinità, garantendo, oltre alle prestazioni urgenti, anche quelle essenziali e continuative e i programmi di medicina preventiva.

Grazie alla lungimiranza del volontariato, viene introdotto, da parte delle strutture sanitarie, il divieto di segnalazione dell'immigrato irregolare che a loro si rivolge, proprio nell'ottica di non ostacolare in nessun modo l'accesso alle cure. Nasce una collaborazione continuativa con le istituzioni nazionali, tramite la Commissione Sanità e Immigrazione, istituita dal Ministero, che permetterà al volontariato di apportare un contributo significativo alla stesura dei successivi atti legislativi.



58

Nel frattempo altre problematiche vedono, in Italia, il forte impegno del volontariato: il problema dei neocomunitari, esclusi dall'assistenza sanitaria dalla vigente normativa e le discrepanze con cui la normativa nazionale viene applicata a livello regionale dopo il passaggio di competenza della

sanità dallo Stato alle Regioni. Si delinea l'esigenza di creare delle reti locali tra associazioni e strutture pubbliche per elaborare strategie comuni così da favorire l'accesso ai servizi, per poter essere maggiormente incisivi e creare ambiti locali di lavoro specifici: nascono così i GrIS (Gruppi Immigrazione Salute) come organi territoriali della SIMM. Essere GrIS, cioè far parte della rete, dà alle associazioni maggior forza per la contrattazione con le realtà locali; ma non è facile: ogni associazione deve lasciare indietro parte del proprio essere per costruire con le altre un progetto comune e, con concretezza, riuscire a elaborare proposte efficaci. Ne è esempio la recente campagna sul divieto di segnalazione, allorchè nel 2008 il Governo ha proposto la cancellazione del comma 5 dell'art. 35 (D.Lgs. 286/98), che trattava appunto di tale divieto. L'azione delle associazioni, riunite nei GrIS, coordinate da una rete nazionale, la SIMM, ha permesso di portare avanti un grande movimento di opinione. Si è riusciti ad essere strumento di informazione e di protesta efficace, in grado di svolgere una forte pressione sull'opinione pubblica e sul mondo politico che, alla fine, ha portato il Governo a tornare sui propri passi.

A conclusione di quanto esposto, quale è dunque il ruolo del volontariato nell'impegno per la salute del migrante? È stato, senza dubbio, un ruolo

determinante, e attualmente lo è ancora di più, proprio in questo momento dove sembra prevalere una cultura individualista, dove le persone più fragili vengono trascurate, o si cerca addirittura di allontanarle, in un momento in cui parlare di salvaguardia dei loro diritti riscuote uno scarso consenso. Le associazioni sono impegnate a far prevalere una società di tipo solidaristico, in cui le risorse dello Stato vengano viste come un patrimonio comune da condividere e dove il sistema di protezione sociale abbia la solidarietà e non l'esclusione come elemento essenziale. Questo impegno potrà produrre ottimi risultati, anche per le caratteristiche proprie del volontariato che sono:

- libertà di azione, libertà da interessi personali, economici e politici;
- entusiasmo che suscita fra le persone, valorizzando le iniziative personali e le capacità;
- competenze che i volontari si creano, grazie alla formazione e al lavoro sul campo e che danno credibilità nei confronti dell'opinione pubblica;
- gratuità delle prestazioni offerte.

Il volontariato ha dunque un grande valore, non solo per i servizi che riesce a rendere, ma per le motivazioni, gli ideali, la disponibilità, la solidarietà che promuove nel tessuto sociale; è così, come sostiene Don Nervo, che “la società può riossigenarsi alle radici”. Il volontariato non potrà mai risolvere il problema dei servizi, potrà però far crescere una società più equa e solidale.



Rami di fucsia, Egon Schiele, 1890-1918

LE STRATEGIE DI INTEGRAZIONE DEL MIGRANTE NEL SISTEMA SANITARIO

Carmelo Scarcella

I flussi migratori sono un fenomeno planetario che caratterizza la nostra epoca ed investe in diversa misura tutti i Paesi del mondo. La genesi, l'intensità e la direzione di tali flussi si modifica continuamente nel tempo in rapporto ai numerosi fattori causali, che sono strettamente connessi agli squilibri di natura economica, politica e demografica a livello mondiale. La complessità del fenomeno è dimostrata anche dal fatto che, ad oggi, come sottolineato nel rapporto del WHO *"Health of migrants – The way forward"* (2010), a livello internazionale non esiste una definizione condivisa del concetto di "migrante".

61

Storicamente, le migrazioni giocano un ruolo importante nel plasmare le società e nell'influenzare i cambiamenti demografici che in esse avvengono. Il processo di globalizzazione attualmente in atto, che ha stretti legami con i movimenti di persone e di merci, determina forti cambiamenti dalle implicazioni importanti a livello di sanità pubblica. La migrazione stessa dovrebbe essere vista come una delle componenti del processo di globalizzazione e il suo impatto sulla società dovrebbe essere interpretato come tale. Proprio per le importanti implicazioni che la migrazione, nei Paesi occidentali, riveste a livello di salute pubblica, con il forte legame tra salute dei migranti e quella di tutti i cittadini autoctoni, la Commissione Europea ha invitato gli Stati membri dell'Unione Europea (UE) ad implementare strategie di integrazione della salute dei migranti nelle politiche sanitarie nazionali, con particolare attenzione ai processi che facilitino l'accesso alle cure per i migranti stessi.

I Paesi di approdo dei migranti devono, di conseguenza, misurarsi continuamente con nuove problematiche e nuove opportunità legate alla graduale trasformazione della società in senso multietnico. Una delle sfide più importanti, e al tempo stesso più difficili per i moderni sistemi sanitari dei Paesi avanzati, è rappresentata proprio dalla modalità di integrazione dei migranti nel Sistema Sanitario del Paese ospitante.

In primo luogo, le strategie di inclusione del migrante in ambito sanitario non possono essere disgiunte dagli altri interventi di integrazione nel tessuto sociale e devono, da una parte, tenere conto dell'eterogeneità e vivacità dei flussi migratori e dei relativi fattori di rischio per la salute e, dall'altra, del contesto sociale, normativo ed economico locale e nazionale. Si tratta, quindi, di un processo complesso ed articolato, che necessita di precise politiche sanitarie e di un'attenta valutazione delle specificità della popolazione target, in un'ottica di progettualità graduale e consapevole, sia delle difficoltà sia delle potenzialità che tale processo offre all'intero Sistema Sanitario.

In secondo luogo, è evidente che lo stato di salute del migrante è il risultato dell'azione combinata di diversi fattori di rischio, alcuni dei quali precedono l'evento migratorio (fattori di rischio premigrazione), altri dipendono strettamente dal percorso migratorio stesso come evento stressogeno e spesso aggravato da un costo non solo economico e fisico ma anche psicologico (fattori di rischio della migrazione) ed altri ancora sono più legati alle condizioni di vita e al grado di accesso alle strutture sanitarie nel Paese ospite (fattori di rischio postmigrazione). In generale, i determinanti della salute universalmente riconosciuti risiedono soprattutto in elementi di natura socio-economica, culturale e giuridica, che possono incidere sul benessere fisico e psicologico delle popolazioni migranti. Le precarie condizioni di vita e di lavoro rappresentano fattori critici.

62



I migranti vivono spesso in alloggi sovraffollati e di scarsa qualità, con conseguente aumentato rischio di diffusione di malattie infettive, come la tubercolosi, ma anche di incidenti domestici, soprattutto tra i bambini. Gli immigrati poco qualificati tendono ad occupare posti di lavoro in settori ad alto rischio occupazionale. E spesso possono non avere familiarità con le norme di sicurezza sui luoghi di lavoro e non ricevere formazione, supervisione e protezione adeguate. Oltre alla scarsa conoscenza delle norme di sicurezza, possono influire anche una differente percezione del rischio e un'inadeguata

conoscenza della lingua. La salute psicologica può essere anch'essa influenzata da diversi fattori, tra cui il distacco dalla famiglia, l'insicurezza legata al lavoro, problemi giuridici, linguistici e culturali. L'eventuale discrepanza tra le aspettative con cui il migrante è giunto in Italia e la realtà in cui si trova inserito può dare origine ad un vissuto di fallimento del progetto migratorio, con impatto sulla salute mentale in senso depressivo. In aggiunta, rifugiati e richiedenti asilo spesso hanno subito traumi psicologici.

A fronte di una maggiore vulnerabilità legata alla condizione di immigrato, l'accesso difficoltoso alle cure sanitarie per gli immigrati rappresenta sicuramente un fattore critico. Le politiche sanitarie, le caratteristiche delle comunità stesse dei migranti e gli atteggiamenti sociali possono influenzare l'accesso e la fruizione dei servizi.



Lo status giuridico, per esempio, rappresenta spesso una barriera all'assistenza sanitaria. La mancanza di informazioni in più lingue e culturalmente centrate, di operatori sanitari opportunamente formati e di servizi adeguati alle esigenze specifiche dei migranti, rappresentano barriere importanti all'assistenza sanitaria. All'interno delle comunità dei migranti, inoltre, le diverse culture, religioni, credenze su salute e malattia e la scarsa conoscenza dei servizi disponibili e delle modalità di assistenza sanitaria contribuiscono a limitare l'accesso ai servizi sanitari. La differenza di genere è spesso molto marcata, con effetto sulla condizione della donna, che risulta avere una posizione ulteriormente vulnerabile in confronto alla popolazione maschile della medesima comunità.

Lo stigma e la discriminazione associati ad alcune malattie, tra cui la tubercolosi e l'infezione da HIV, possono aggravare una situazione di fragilità sociale già esistente e generare nel migrante una paura che può ostacolare ulteriormente l'accesso ai programmi di screening, counselling e prevenzione attivi per molte malattie.

Da un punto di vista legislativo, nonostante attualmente in Italia disponiamo di una moderna normativa in tema di assistenza sanitaria agli immigrati, che ha regolamentato le modalità di assistenza sia per i regolari sia per gli irregolari “Stranieri Temporaneamente Presenti” (STP), va sottolineato come la complessità di tale normativa non ne abbia favorito una maggiore comprensione, conoscenza, diffusione e corretta applicazione. Ancora oggi si registra una situazione di problematico e inappropriato utilizzo delle strutture sanitarie. Ciò è verosimilmente in relazione alla persistenza, in alcune aree, di una realtà di bassa iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) da parte degli immigrati regolari ed alla difficoltosa applicazione della normativa concernente l’assistenza agli immigrati irregolari o comunque non iscritti al SSN. Entrambe le tipologie di immigrati non sono state oggetto di efficaci campagne di informazione mirate a far conoscere i contenuti della nuova normativa e le modalità di iscrizione e fruizione dei servizi sanitari. Inoltre, non sono state intraprese in tempo sufficienti iniziative a livello nazionale di riorientamento delle stesse strutture sanitarie alla nuova utenza e di informazione e formazione degli operatori e del personale coinvolti nelle tematiche di assistenza socio-sanitaria agli immigrati.

In questo ambito, per poter pianificare strategie efficaci di integrazione sanitaria del migrante, è importante condurre ricerche ed identificare la natura delle disuguaglianze socio-sanitarie in specifici sottogruppi di migranti e il grado di rischio per la salute pubblica attribuibile alla migrazione stessa. Inoltre, è importante implementare politiche di prevenzione e programmi di controllo basati sull’evidenza e specifici per i migranti, soprattutto quelli più vulnerabili, con particolare attenzione ai bisogni di donne e bambini.

In aggiunta, è essenziale valutare l’efficacia in termini di costo-beneficio per la salute pubblica di approcci che implementino l’accesso ai programmi di screening, di vaccinazione, di prevenzione e di ricerca attiva dei casi nella popolazione immigrata.

La prevenzione e il controllo delle malattie nelle popolazioni migranti hanno implicazioni importanti in termini di pianificazione e costi per i sistemi sanitari. L’accesso limitato alle cure sanitarie da parte dei migranti deve essere esplicitamente affrontato, dal momento che il ritardo diagnostico-terapeutico ha ripercussioni sia in termini di salute individuale sia in termini di salute collettiva, considerato che la gestione di una malattia più avanzata è spesso più complessa e più costosa. È importante anche migliorare la presa in carico dei migranti dopo il contatto iniziale, problema questo che necessita di essere affrontato in maniera strutturale.

Un accesso limitato o uno scarso utilizzo dei servizi da parte dei migranti sono dovuti ad un insieme di fattori di natura giuridica, amministrativa, linguistica e culturale. Spesso, la mancanza di operatori sanitari opportunamente formati, sia sulla normativa sanitaria in tema di assistenza sanitaria ai migranti sia in termini di competenza linguistico-culturale, associati alla mancanza di servizi adeguati alle esigenze specifiche dei migranti, possono influenzare l’utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione migrante. A questo scopo, può essere utile esplorare e sviluppare approcci di “*good-practice*” per massimizzare l’accesso alle cure sanitarie, in particolare per i sottogruppi di immigrati più a rischio, quali quelli clandestini.

Nel nostro Paese, l'assistenza socio-sanitaria agli immigrati non iscritti al Sistema Sanitario Nazionale è stata fornita con modalità ed esperienze diverse a livello nazionale. In questo ambito hanno finora giocato un ruolo fondamentale le strutture del volontariato sociale e le associazioni no profit, che hanno assolto, in questo settore, compiti e funzioni di squisita competenza pubblica. Vi sono inoltre realtà miste, in cui una efficace collaborazione tra privato e pubblico ha consentito una ottima risposta alle crescenti esigenze socio-sanitarie di questa popolazione. A tutt'oggi, solo in pochi casi è stata la struttura pubblica ad assumersi per intero il compito di garantire l'assistenza sanitaria agli immigrati non altrimenti assistiti, come è il caso dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Brescia, che dal 1990 ha attivato un ambulatorio specifico per la prevenzione e cura dei migranti irregolari.



L'ASL di Brescia ha modificato lo scopo e l'organizzazione del servizio specificamente dedicato ai migranti nel corso del tempo, contestualmente alle modifiche del dinamico fenomeno migratorio che ha interessato il nostro Paese negli ultimi due decenni. Si possono identificare tre fasi che si sono susseguite dal '90 ad oggi: la prima, tra il 1990 e il 2000, ha risposto prevalentemente al bisogno di salute dei migranti irregolari attraverso un ambulatorio il cui scopo principale era l'erogazione diretta delle prestazioni. In questa fase è stata particolarmente utile la figura del mediatore culturale e linguistico, che ha permesso un avvicinamento al mondo dei migranti da parte dell'azienda.

Dopo l'anno 2000, attraverso la regolarizzazione dei migranti anche grazie alle sanatorie, la popolazione straniera diventa sempre più rappresentata da migranti regolari; questo ha portato ad una seconda fase di approccio

alla problematica con la creazione di un nuovo servizio, il Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale, focalizzato sulla promozione dell'integrazione dei servizi socio-sanitari, sull'informazione e l'orientamento ai servizi già esistenti - in particolare riguardo alla promozione dei corretti stili di vita, alla prevenzione nell'ambiente di vita e di lavoro, e all'assistenza alla famiglia - mantenendo l'erogazione diretta residuale di alcuni servizi. In questa fase si è andata riducendo la strategia basata sull'utilizzo di figure di mediatori dedicati in modo esclusivo all'assistenza ai migranti, nella logica che quest'ultima dovrebbe essere garantita in modo diffuso dagli operatori. Gli operatori dovrebbero infatti disporre di elementi per la promozione dell'integrazione dei migranti, attraverso il riconoscimento dei bisogni assistenziali e le modalità di comunicazione necessarie per rispondere adeguatamente ai bisogni suddetti, valorizzando la rete dei servizi esistenti.

Nella terza fase, attualmente in corso, l'obiettivo è realizzare una rete territoriale interna e esterna all'azienda per rispondere ai bisogni sanitario-assistenziali dei migranti non con azioni ad hoc a loro rivolte, ma attraverso una diffusione delle capacità di mediazione e di risposta ai bisogni. La rete aziendale interna prevede la predisposizione di azioni rivolte alla popolazione migrante attraverso il coordinamento armonico delle attività dei servizi esistenti in ambito sanitario e socio-sanitario. La rete esterna permette, invece, l'interconnessione tra l'ASL e gli Enti Locali, il terzo settore e i soggetti accreditati pubblici e privati che operano a livello sanitario e socio-sanitario.

66

Pertanto, sulla base della nostra esperienza, possiamo delineare il profilo di una struttura sanitaria dedicata ai migranti non altrimenti assistiti. Innanzitutto, tale struttura dovrebbe essere collocata in *ambito pubblico territoriale*, eventualmente in collaborazione con le realtà del volontariato e più in generale del terzo settore, aventi esperienza specifica nell'ambito. Questa struttura dovrebbe porsi al centro di una rete costituita attraverso risorse proprie, del terzo settore e delle istituzioni pubbliche preposte all'assistenza sanitaria e sociale. Questo si rende particolarmente importante per la medicina del territorio, cardine delle attività di prevenzione primaria e secondaria, di educazione alla salute, di assistenza di primo livello e di raccordo con l'ospedale per la continuità degli interventi. La struttura territoriale dovrebbe essere in grado di garantire un'assistenza di primo livello simile a quella fornita dai Medici di Medicina Generale ed essere facilmente accessibile con ampia flessibilità degli orari di apertura. Inoltre, la struttura dovrebbe funzionare da *osservatorio epidemiologico* sul fenomeno della immigrazione irregolare, conducendo indagini conoscitive e studi epidemiologici sui reali bisogni di salute e sul profilo sanitario dell'utenza straniera, in modo da supportare le istituzioni sanitarie nella pianificazione di politiche sanitarie locali e nazionali. A tal fine, fondamentale è l'azione di filtro e di orientamento sociosanitario svolto nei confronti dei pazienti immigrati. Tale azione permette una maggiore conoscenza da parte degli immigrati dei meccanismi di funzionamento del nostro SSN e contribuisce ad evitare il ricorso inappropriato al Pronto Soccorso, traducendosi in un miglioramento della qualità assistenziale e in minori costi per la collettività. Di fondamentale importanza risulta il ruolo della struttura nel favorire la conoscenza, da parte degli immigrati, dei contenuti della normativa nazionale in tema di assistenza sanitaria, allo scopo di favorire una partecipazione responsabile ed una maggiore consapevolezza dei

propri diritti e doveri da parte della popolazione immigrata stessa. La struttura dovrebbe, quindi, essere dotata di personale adeguatamente formato sia sulle novità in ambito legislativo sia in tema di medicina transculturale ed offrire corsi di formazione a diversi livelli in tema di medicina transculturale e di assistenza agli immigrati, rivolti ad operatori socio-sanitari e a tutti coloro che si occupano di immigrazione, in modo da diffondere una corretta cultura sul fenomeno e favorire l'accesso e la fruizione delle prestazioni. Infine, tale struttura dovrebbe agire oggi come motore di integrazione sociosanitaria per non esistere domani, avendo contribuito a gettare le basi per un accesso alle salute come diritto per tutti all'interno di una chiara cornice di rispetto delle regole e della legalità.



Bibliografia

AA.VV. *Igiene e Sanità pubblica*, vol. 57, 2001

Carchedi F. *I bisogni sociali e la fruizione dei servizi. Le interviste agli immigrati*. In: "Politiche sociali e bisogni degli immigrati" n.14, Ministero dell' Interno, Direzione Generale dei Servizi Civili - Labos, Ed. T.E.R., Roma, 1991, pp. 201-318

ECDC. *Technical Report - Migrant Health: Background Note To The Ecdc Report On Migration And Infectious Diseases In The Eu*. Luglio 2009

Gazzetta Ufficiale. Supplemento ordinario, N. 191 del 18 agosto 1998

Gazzetta Ufficiale. Supplemento ordinario, N. 258 del 3 novembre 1999

Geraci S. e Marceca M. *Le malattie degli immigrati*. In *Migrazione e salute in Italia*, Convegno Internazionale: Migrazione e scenari per il XXI secolo. Roma, luglio 2000

Geraci S. *La Medicina delle Migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritto*. Studi Emigrazione/Migration Studies - Volume XLII-N.157, Marzo 2005, 53:74

Geraci S., (A cura di) *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Peri Tecnes, Roma, 1995.

ISTAT, *Indicatori demografici*.

Disponibile: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/in_calendario/inde-mo/20110124_00/testointegrale20110124.pdf

Scarcella C. et al. *L'esperienza del Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale di Brescia nell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati provenienti da Paesi extra-comunità europea*. In: *Tendenze Nuove*. Ed. Il Mulino. 4-5/2004 Nuova Serie: 361-384

WHO, Gobierno de Espana, IOM. *Health of Migrants - The Way Forward*. Report of a global consultation. Madrid, Spain, 3-5 March 2010



Disegno per una cartolina, Egon Schiele, 1890-1918

CENNI SUL PROFILO SANITARIO DEL MIGRANTE E FATTORI DI RISCHIO CORRELATI

Maria Chiara Pezzoli

Lo spostamento di popolazioni e persone rappresenta un fenomeno ubiquitario, che da sempre ha caratterizzato la storia dell'umanità. Pressoché ogni Paese nel mondo è coinvolto da questo fenomeno, che si presenta in progressivo aumento, visto l'attuale contesto socio-economico e politico internazionale, che ne favorisce il costante sviluppo.

71

Secondo quanto riportato dalla letteratura nazionale ed internazionale, gli immigrati che arrivano nel nostro Paese sono soggetti in età giovane-adulta e sostanzialmente sani (effetto migrante sano). Generalmente, la prima richiesta di assistenza sanitaria da parte degli immigrati viene manifestata dopo i primi 2-3 anni di permanenza in Italia, periodo questo definito come intervallo di benessere. L'effetto migrante sano (ed il relativo intervallo di benessere) non si applica a tutte le categorie di immigrati: in particolare i ricongiungimenti di minori e soprattutto di anziani non sono preceduti da alcuna selezione al momento della partenza, bensì arrivano in Italia soggetti spesso con pluripatologie croniche. In alcuni casi la migrazione riconosce come causa anche la ricerca di cure per varie malattie non disponibili nel Paese di origine; tuttavia, Paesi con una storia di immigrazione più lunga rispetto alla nostra, come Francia e Germania, hanno dimostrato come questo fenomeno sia molto limitato nel tempo: il fenomeno migratorio appare quindi più complesso e non strettamente legato a tale causa.

Tipicamente, i fattori di rischio che incidono sulla salute degli immigrati nei nostri Paesi possono essere distinti in tre gruppi:

- 1) fattori di rischio pre-migrazione, presenti nella fase precedente la migrazione;
- 2) fattori di rischio post-migrazione, presenti successivamente al processo migratorio;
- 3) fattori di rischio della migrazione, legati al processo migratorio stesso.

Dall'esame dei dati disponibili, si nota che la patologia di più frequente ri-



72

Si tratta in larga maggioranza di affezioni non infettive acquisite nel Paese ospite, in genere di natura osteoarticolare (forme di tipo artrite-reumatico, ma anche lesioni traumatiche conseguenti soprattutto ad infortuni sul lavoro), gastroenterica (colon irritabile, gastriti, ulcere peptiche) e dermatologica (associate alle condizioni di sovraffollamento e promiscuità abitativa). Appare inoltre non trascurabile l'incidenza delle malattie di natura neuropsichiatrica, rappresentate essenzialmente da sindromi cefalalgiche, stati di ansia e forme psicotico-depressive, mentre si nota la quasi totale assenza di patologie cronico-degenerative. Nell'ambito delle malattie infettive, prevalgono le infezioni banali a carico dell'apparato respiratorio (sindromi simil-influenzali) ed urinario (cistiti, uretriti), sostenute da germi a larga diffusione in Italia, correlate alle condizioni di povertà, di promiscuità abitativa ed alle precarie condizioni igienico-sanitarie e che non comportano alcun rischio di propagazione ambientale o diffusione interumana.

In sintesi, la patologia del migrante può essere classificata in tre categorie principali:

- a) patologia acquisita nel Paese ospite, in cui predominano le affezioni di natura infettiva banale e non infettiva a carico di diversi apparati e strettamente correlate alle situazioni igienico-ambientali e lavorative in cui vive l'immigrato. Tale patologia è condizionata da fattori di rischio post-migrazione, la cui presenza e persistenza è chiaramente funzione del grado di integrazione nella società ospitante;
- b) patologia di adattamento-sradicamento, che si manifesta sotto forma di malattie psicosomatiche, sindromi neuropsichiatriche e disturbi a livello dell'apparato gastroenterico, in gran parte riconducibili a fattori di rischio propri della migrazione, intesa come processo stressogeno;
- c) patologia di importazione, di gran lunga meno frequente e correlabile a fattori di rischio pre-migrazione, espressione delle realtà epidemiologi-

che dei Paesi di provenienza. È rappresentata sia da malattie infettive generalmente a larga diffusione nei Paesi di origine (come malaria, schistosomiasi, filariasi...), sia da patologie non infettive (emoglobinopatie, malattie metaboliche...).

Non vi sono sufficienti elementi, in casistiche sia nazionali sia internazionali, a favore di una concreta possibilità di trasmissione di patologia infettiva esotica dal soggetto immigrato alla popolazione locale. Questo vale in primo luogo per le malattie a trasmissione vettoriale (es. malaria), il cui ciclo biologico non può essere riprodotto in aree dove l'ospite intermedio (ad es. la zanzara *Anopheles* per il *Plasmodium* della malaria) è assente o inappropriato. La descrizione di casi di "baggage" malaria in Italia non contrasta con questa affermazione: si tratta di casi eccezionali, non trasmessi da vettori locali, la cui descrizione riveste importanza soprattutto come stimolo ad una più approfondita conoscenza da parte del medico di patologie esotiche non usuali. Anche la propagazione delle più classiche malattie parassitarie a trasmissione oro-fecale (ad es. amebiasi e giardiasi) appare del tutto improbabile negli ambienti igienicamente salubri e privi di fecalizzazione ambientale in cui vive la popolazione autoctona italiana.

Per quanto riguarda le patologie tumorali, benché percentualmente poco rilevanti nell'ambito del profilo sanitario globale del migrante, sono da sottolineare i dati diffusi dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica nel corso di un convegno dedicato a Neoplasie e stranieri, ossia che gli immigrati colpiti da tumore hanno generalmente una mortalità più alta rispetto agli italiani. Questo non a causa di patologie più aggressive, ma per il ritardo con cui tali patologie vengono diagnosticate (spesso fino a 12 mesi di ritardo rispetto al soggetto italiano con analoga patologia). Soprattutto si è registrato un aumento dei tumori più direttamente correlati a stili di vita errati (polmone, testa-collo, colon-retto, stomaco) e al mancato accesso allo screening (collo dell'utero, seno e colon retto). La conseguenza è che gli immigrati accedono alle strutture sanitarie quando le patologie tumorali sono sintomatiche, cioè in fasi più avanzate e quindi più gravi e difficilmente curabili. Risulta quindi determinante la prevenzione, per quanto riguarda sia la promozione di corretti stili di vita sia l'accesso agli screening oncologici.

Le aree critiche per la salute del migrante sono rappresentate dalle malattie infettive maggiori, come tubercolosi, malaria, epatiti virali, infezione da HIV e malattie sessualmente trasmesse, per l'impatto che possono avere a livello di sanità individuale e pubblica; dagli infortuni sul lavoro e dagli interventi di educazione alla salute e prevenzione, che verranno trattate nei successivi capitoli.

Bibliografia

Affonti M., D'Ajello G., Furnari M.L., Guiffè D. *Gli immigrati da Paesi in via di sviluppo. L'esperienza dell'ambulatorio Santa Chiara di Palermo.*

Atti della I Consensus Conference sulla Immigrazione, Palermo, 15 dicembre 1990

Alberio G. et al. *La salute degli immigrati: una ricerca sui bisogni socio-sanitari degli eritrei a Milano, I Conv.* Milano, Unicopoli, 1988; pag. 27

Caritas Migrantes di Roma. *Dossier Statistico sull'Immigrazione.* 2000

Castelli F., Matteelli A., Caligaris S., Gulletta M., El Hamad I., Scolari C., Chatel G., Carosi G. *Malaria in migrants.* Parassitologia, 1999; 41: 261-65

Corachan M. *Revue de la Pathologie d'importation en Espagne.* Nova Acta Medica Virgiliana, 1991, 6: 34

Di Perri G., Solbiati M., Vento S., De Checchi G., Luzzati R., Bonora S., Merighi M., Marocco S., Fibbia G., Concia E. *West African immigrants and new patterns of malaria imported to north eastern Italy.* J Trav Med, 1994; 147-51

El-Hamad I., Chiodera A., Castelli F., Tirinato A., Quaresimi G., Carosi G. *Esperienza bresciana nell'assistenza sanitaria agli immigrati extracomunitari.* La Medicina Tropicale nella Cooperazione allo Sviluppo, 1992, 8: 35

74

El-Hamad I., Scarcella C., Pezzoli M.C., Geraci S., Scolari C. *Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione.* In: Studi Emigrazione: Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire, 2005; Vol. XLII, n. 157: 133-151

Geraci S. *Aspetti socio-demografici dell'immigrazione extracomunitaria in Italia.* In: Affari Sociali Internazionali, 1993; 1: 133

Geraci S., Marceca M. *Il profilo di salute dell'immigrato.* In: Approcci transculturali per la promozione della salute - Argomenti di medicina delle migrazioni, 2000: 65-91

Gioannini P., Caramello G. *Patologia infettiva dell'immigrato.* Ed. Minerva Medica, 1994; cap. 3, 21-33

Girali M. et al. *Sulla presenza di parassiti intestinali negli immigrati osservati presso l'ambulatorio di Malattie Infettive dell'USL-2 di Lucca.* Rivista di parassitologia, 1995: X

Lot F. et al. *Parcours sociomedical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charges dans les hopitaux d'Ile de France, 2002.* Bull Epidemiol of Hebdomadaire, 2004; 5/2004: 17-20

Maciotti M.I., Pugliese E. *Gli immigrati in Italia.* Editori Laterza, 1991, pag. 1-71
 Malatesta R. *Epidemiologia della patologia dell'immigrazione extracomunitaria.* Atti del II Convegno Aspetti Sanitari dell'Immigrazione Extracomunitaria. Treviso, 21 maggio 1992

Matteelli A., El-Hamad I. *Asylum seekers and clandestine populations*. In: Crossing borders. Migration, ethnicity and AIDS, Haour-Knipe M. & Rector R. Eds, Taylor and Francis, 1996

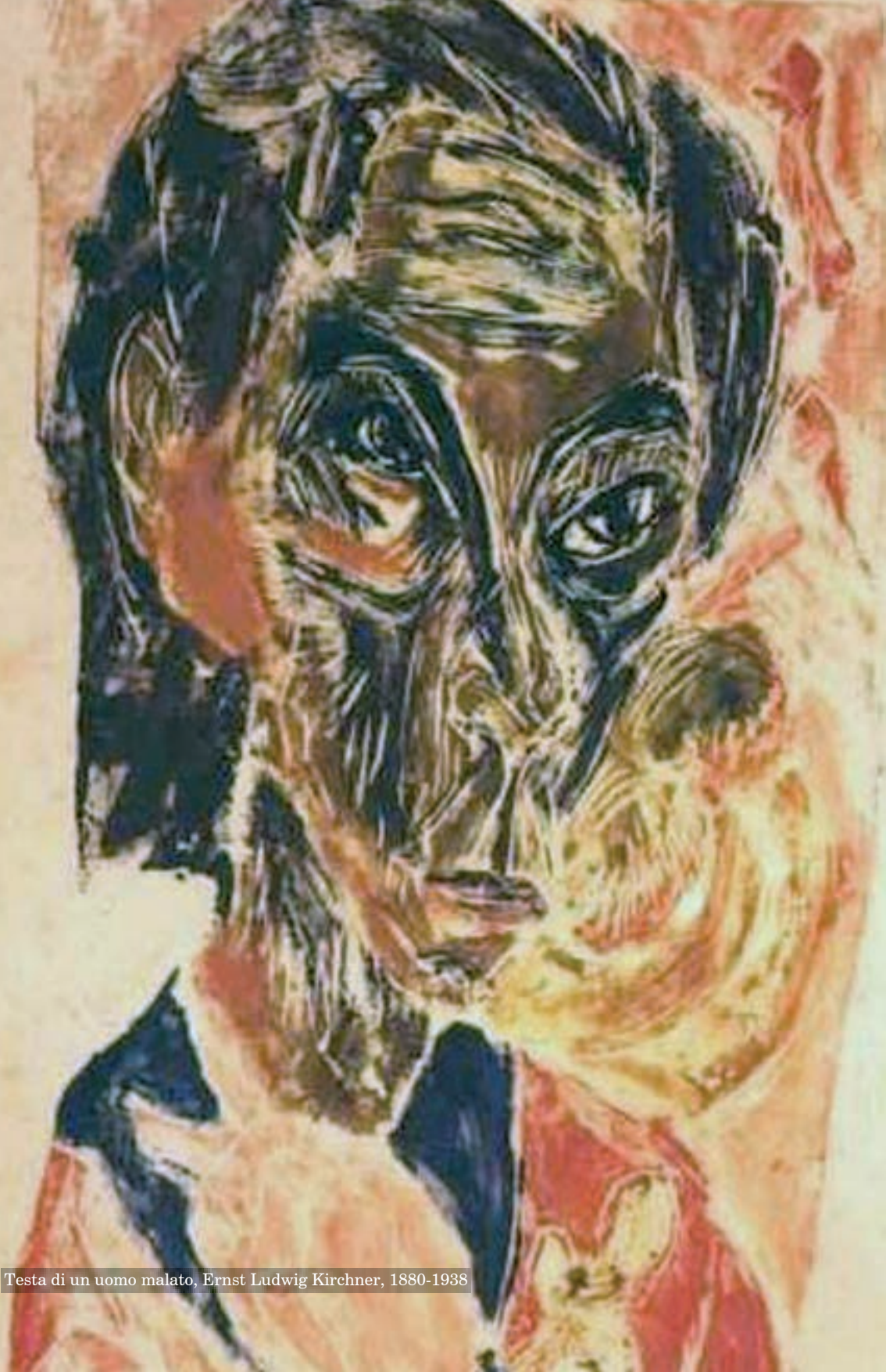
Noris M. *Nosologia dell'immigrato: primi risultati di una indagine statistica sui pazienti dell'ambulatorio Caritas per stranieri di Roma*. Difesa Sociale, 1989, 2: 151

Olivani P., Cantoni G., Dangelo A., De Matteo A., Fantola B., Meloni S. *Indagine sulla popolazione extracomunitaria irregolare frequentatrice dell'ambulatorio NAGA (Milano) nel periodo gennaio-marzo 1999 e raffronto con indagini precedenti: dati socio-demografici e sanitari*

Sanguigni S., Madeo M., Marangi M., Santercole C., Pancallo, Perroni L., Tessitore S., Pellegrinotti A., Pica R., Dottorini S., Sebastiani A. *Ruolo della patologia parassitaria nel migrante*. Rivista di parassitologia, 1995; XII(LVI)

Scarcella C., Pezzoli M.C., Scolari C., Indelicato A.M., Lonati F., El-Hamad I. *L'esperienza del Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale di Brescia nell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati provenienti da Paesi extra-Comunità Europea*. Tendenze nuove, 2004; 4 - 5: 361-384

Zurlo A., Geraci S. *Inquadramento socio-sanitario del fenomeno migratorio in Italia*. Rapporto italiano per la Commissione AIDS e Immigrazione del progetto CEE "Assessment of the AIDS/HIV preventive strategies", 1990



Testa di un uomo malato, Ernst Ludwig Kirchner, 1880-1938

TUBERCOLOSI NEL MIGRANTE

Issa El-Hamad, Maria Chiara Pezzoli

Secondo gli ultimi dati diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), a livello mondiale il numero assoluto di casi di tubercolosi (TB) è progressivamente calato a partire dal 2006, mentre i tassi di incidenza della malattia hanno iniziato a decrescere a partire dal 2002, analogamente al numero di morti registrato annualmente per la TB. Nonostante questi progressi, la TB rimane una sfida aperta: nel 2010, circa 1,5 milioni di persone sono decedute nel mondo per questa malattia, mentre i nuovi casi registrati a livello globale sono stati 8,8 milioni (pari a 128 casi/100.000 abitanti). Nel 2008, sono stati inoltre stimati circa 440.000 casi di TB multi-resistente (resistenza contemporanea a isoniazide e rifampicina, TB-MDR), pari a circa il 3,6% di tutti i casi incidenti di TB a livello mondiale. Sempre nel 2008, sono state stimate 150.000 morti causate da TB-MDR.

77

In Europa, il quadro epidemiologico appare disomogeneo, con tassi di notifica molto più alti nei Paesi orientali rispetto a quelli occidentali. Complessivamente, la Regione Europea conta solo il 5,6% dei casi di TB registrati a livello globale, con tassi di notifica in diminuzione a partire dal 2005. Tuttavia, nel 2009 sono stati notificati più di 300.000 nuovi casi di TB e, nel 2008, oltre 46 mila decessi per questa malattia. Se si considerano i 27 Paesi dell'Unione Europea più Islanda e Norvegia, nel 2009, oltre il 75% dei casi di TB si è verificato in sette Paesi, rappresentati da Francia, Germania, Italia, Polonia, Romania, Spagna e Regno Unito. Nel 2009, il tasso di notifica globale per i 29 Paesi considerati è stato di 15,8 per 100.000 abitanti, in diminuzione del 4,5% rispetto al 2008.

Oltre il 50% dei nuovi casi sono stati registrati nelle fasce d'età 25-44 e 45-64, mentre i migranti rappresentano circa un quarto dei casi di TB notificati in Europa.

I dati per l'Italia, diffusi dal ministero della Salute, mostrano come, dalla seconda metà del Novecento agli anni Ottanta, si sia assistito a una progressiva riduzione della frequenza della TB nella popolazione italiana, mentre negli ultimi venticinque anni il trend sia stato sostanzialmente stabile.

L'attuale situazione epidemiologica italiana è caratterizzata da una bassa incidenza della TB nella popolazione generale (7,6 per 100.000 residenti), dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio e in alcune classi di età e dall'emergere di ceppi tubercolari multi-resistenti.

Nel nostro Paese, nel 2008 sono stati notificati 4.418 casi di TB, di cui oltre il 70% a carico di Lombardia, Lazio, Veneto, Emilia Romagna e Piemonte (regioni in cui l'incidenza di TB nel 2008 è stata superiore a 10 per 100.000 abitanti), mentre il Sud Italia e le isole hanno notificato solo il 10% dei casi totali; il 25% dei casi totali notificati provengono dalle Province di Roma e Milano. Considerando l'ultimo decennio, l'incidenza della TB in Italia è risultata essere maggiore nei maschi rispetto alle femmine (9,6 per 100.000 residenti e 5,9 per 100.000 residenti rispettivamente). Per quanto riguarda le fasce d'età maggiormente colpite, si è osservata una progressiva diminuzione dell'incidenza negli ultrasessantacinquenni, un lieve e progressivo aumento nelle classi di età 15-24 e 25-64 anni, e un incremento nella classe di età 0-14 anni.

Tuttavia, sono presenti notevoli differenze epidemiologiche nelle diverse Regioni italiane, che riflettono verosimilmente sia diversità regionali della popolazione suscettibile sia una diversa capacità dei servizi sanitari di intercettare il problema, con possibile sottonotifica di casi e/o selettività nei confronti di specifiche fasce di popolazione.

78

Analogamente alla situazione europea, anche in Italia quasi il 50% dei casi di TB notificati nel decennio 1998-2008 si è verificato nella popolazione immigrata, dove si registrano tassi di incidenza 10-15 volte superiori rispetto a quelli registrati nella popolazione italiana (50-60 casi su 100.000 per gli stranieri e 3,8 casi su 100.000 per gli italiani). È importante sottolineare che l'incidenza della TB nelle persone straniere è una stima molto variabile a causa dell'imprecisione nel calcolo dei denominatori; tale variabilità si attenua quando ai denominatori viene aggiunta la quota stimata di immigrati irregolari.

Altrettanto importante è l'evidenza che, nonostante la presenza di immigrati, non è stato registrato alcun segnale di ripresa della TB nella popolazione generale: l'incidenza della malattia in Italia è in progressiva diminuzione per effetto del trend decrescente nei soggetti italiani.

Le caratteristiche demografiche delle due popolazioni colpite da TB sono differenti: nella popolazione italiana sono maggiormente colpite le classi di età più avanzate (>65 anni), mentre nella popolazione straniera sono colpite soprattutto le età più giovani (15-24 e 25-34 anni), rispecchiando le caratteristiche demografiche della popolazione straniera nel nostro Paese. Per quanto riguarda le nazionalità maggiormente colpite, i dati mostrano una costante diminuzione dei casi di TB negli immigrati provenienti dall'Africa e un aumento dei casi negli stranieri provenienti dall'Est Europa. Tuttavia, se si confrontano i tassi di incidenza, si nota come i Paesi maggiormente a rischio siano ancora quelli africani, asiatici e sud-americani: Etiopia, Pakistan, Senegal, Perù, India, Costa d'Avorio, Eritrea, Nigeria e Bangladesh rappresentano infatti le 9 nazionalità a particolare rischio di TB, con tassi di incidenza maggiori a 100 casi per 100.000

residenti (valore oltre al quale un Paese o un gruppo di popolazione viene considerato ad alto rischio di TB).

In generale, i tassi di incidenza degli immigrati nel nostro Paese riflettono, da una parte, i tassi di incidenza nei rispettivi Paesi di origine, dall'altra le particolari condizioni di vita e di integrazione sociale, che incidono enormemente sullo sviluppo della malattia e sui successivi percorsi di prevenzione, diagnosi e cura.

Secondo i dati italiani, fino al 2007, oltre il 50% dei casi di TB negli stranieri insorgeva entro i primi 2 anni dall'arrivo in Italia, mentre nel 2008 questa proporzione è diminuita fino al 43% ed è aumentata la proporzione di casi insorti dopo almeno 5 anni dall'arrivo in Italia.



Sulla base dei dati, sembra ormai accertato che il meccanismo patogenetico della TB nella popolazione immigrata nei nostri Paesi sia duplice: da un parte, la riattivazione di pregresse infezioni latenti, favorita dalle precarie condizioni socio-economiche di vita nel Paese ospite e dalla continua situazione di stress emotivo legata al fenomeno migratorio stesso; dall'altra, l'acquisizione ex-novo dell'infezione nel nostro Paese, a causa della trasmissione intracomunitaria a partenza da casi bacilliferi, soprattutto in condizioni di sovraffollamento.

Non vi è evidenza che le principali caratteristiche cliniche della TB negli immigrati siano differenti rispetto a quelle riscontrate nei soggetti autoctoni. Tuttavia, gli immigrati, quando affetti da TB polmonare, presentano una maggior frequenza di forme cavitari, notoriamente bacillifere, rispetto alla popolazione autoctona. Fra gli immigrati, però, vi è una maggior frequenza di forme extrapolmonari della TB. Poiché queste ultime non determinano alcun rischio di trasmissione, la contagiosità globale della TB nel soggetto immigrato appare sovrapponibile a quella riscontrata nel soggetto italiano. Fra le localizzazioni extrapolmonari sono particolarmente frequenti quelle linfonodali superficiali e profonde, sebbene possano essere coinvolte praticamente tutte le sedi, in particolare il sistema osseo, epato-splenico e cerebrale.

Un'altra differenza documentata tra stranieri e italiani è una maggior prevalenza di resistenze ai farmaci antitubercolari negli immigrati.

In Italia, secondo i dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità, la percentuale di TB mono e multifarmaco-resistente si è mantenuta abbastanza stabile nel periodo 2004-2007, oscillando complessivamente tra il 10% e il 12% dei casi, mentre nel 2008 tale valore ha superato il 14% dei casi; per quanto riguarda la TB-MDR, i valori oscillano tra 3% e 4% del totale. Tuttavia, si nota come la proporzione dei nuovi casi di TB-MDR sia in aumento nel tempo, in particolare negli immigrati: nella popolazione italiana, infatti, la proporzione dei casi di TB-MDR rimane stabile (intorno al 2,6%), mentre negli stranieri tale proporzione, che partiva già da valori maggiori (superiori al 3%), è ulteriormente aumentata negli anni fino ad arrivare al 5% dei casi notificati nel 2007. Analogamente, si osserva come i ceppi di TB-MDR siano più frequenti nelle classi di età più giovani, in cui la componente di stranieri è preponderante.



Se si considera invece la TB estensivamente farmaco-resistente (*extensively drug-resistant tuberculosis*, XDR-TB, resistenza a rifampicina ed isoniazide, in associazione a resistenza ai farmaci della classe dei fluorchinolonici e resistenza ad almeno 1 dei 3 farmaci antitubercolari iniettabili, capreomicina, kanamicina e amikacina), si nota come la maggior parte dei casi sia registrata nei soggetti stranieri: secondo un recente studio che ha confrontato i dati raccolti nel periodo 2003-2006 da 3 grossi centri di riferimento per la TB in Italia (Sondalo, Milano, Roma) e in Germania (Borstel, Grosshansdorf, Bad-Lippspringe), gli immigrati rappresentavano il 95,3% dei casi di TB-MDR ed il 100% dei casi di XDR-TB in Germania (tutti provenienti dalla vicina Unione Sovietica), mentre in Italia erano il 72% dei casi di TB-MDR ed il 50% dei casi di XDR-TB.

Per quanto riguarda l'esito del trattamento, i dati italiani mettono in evidenza una maggiore frequenza di esiti sfavorevoli nella popolazione ita-

liana con età superiore a 65 anni, mentre per gli stranieri la distribuzione del rischio è abbastanza omogenea tra le classi di età.

Un'altra differenza tra popolazione autoctona e straniera è la compliance al trattamento e ai controlli: secondo i dati italiani, la popolazione straniera ha un rischio maggiore di essere "persa al follow-up" in tutte le classi di età, in particolare se si tratta di adolescenti, giovani e adulti con età inferiore a 65 anni.

Se si considera, infine, la proporzione di TB polmonari espettorato-positivi (quindi contagiose), si nota come circa due terzi dei pazienti persi al follow-up (in cui predominano gli immigrati) siano contagiosi. Questo dato è di particolare importanza a livello di sanità pubblica, in particolare per quanto riguarda la diffusione della malattia all'interno delle comunità stesse degli immigrati.

Le strategie di controllo della TB si basano sulla diagnosi precoce della malattia, sulla terapia efficace dei malati e sulla ricerca dei contatti dei casi, sia nella popolazione immigrata sia in quella autoctona. L'obiettivo finale è quello di interrompere la circolazione dell'infezione nella comunità e di prevenire il rischio di selezione di ceppi resistenti ai farmaci antitubercolari.

Per quanto riguarda la possibilità di una diagnosi precoce della TB nei soggetti immigrati, fondamentale risulta essere l'accessibilità e la fruibilità dei servizi socio-sanitari, soprattutto per quelle frange di popolazione più vulnerabili, tra cui gli stranieri irregolari e clandestini.

Gli interventi per ridurre le barriere di accesso si articolano attorno a due strategie: da una parte l'informazione della popolazione immigrata stessa, tramite anche il coinvolgimento delle comunità di immigrati, dall'altra la sensibilizzazione dell'intero servizio sanitario al problema dell'accesso ai servizi per gli immigrati, attraverso la formazione degli operatori, equipe multidisciplinari, lavoro di rete e riorientamento dei servizi in chiave transculturale.

Uno studio condotto in Emilia Romagna ha evidenziato come il ritardo diagnostico della TB fosse di circa 3 mesi, senza differenze tra italiani e stranieri. Tuttavia, mentre negli italiani il ritardo era imputabile quasi interamente al basso tasso di sospetto della malattia da parte del personale sanitario, tra gli immigrati il fattore predominante era il tardivo accesso ai servizi sanitari, a testimonianza dell'esistenza del problema della fruibilità dei servizi stessi da parte delle persone straniere.

Uno dei cardini del controllo della TB è lo screening della malattia nei soggetti a rischio, volto a identificare i casi di TB in persone paucisintomatiche, anticipandone l'accesso ai servizi sanitari e, quindi, la diagnosi. I programmi di screening per i soggetti italiani sono limitati ai contatti di casi di TB contagiosa, mentre l'elevata incidenza della TB negli stranieri rende questa popolazione un target per interventi di screening allargati.

Secondo le linee guida italiane, lo screening anti-tubercolare (esame radiologico e test di Mantoux) dovrebbe essere eseguito il più presto possibile dopo l'ingresso in Italia a tutti gli stranieri provenienti da Paesi ad alta



endemia tubercolare (incidenza di tubercolosi >100 casi/100.000 abitanti) recentemente immigrati (meno di due anni), ovvero a tutti gli immigrati provenienti da Paesi ad alta endemia che, successivamente ai primi due anni, permangono per condizioni di vita e socio-economiche ad alto rischio per la TB.

Nel complesso, il limite più importante per l'esecuzione dei programmi di screening è rappresentato dalla bassa copertura, da una parte perché alcune categorie di immigrati non sono identificabili (immigrati clandestini), dall'altra perché per problemi organizzativi non si riesce a raggiungere tutta la popolazione bersaglio.

La diagnosi e la cura dell'infezione tubercolare latente hanno numerosi limiti, tra cui la difficoltà di completamento dello screening e i bassi tassi di completamento dei regimi profilattici. Sul versante dello screening, la percentuale di completamento è molto variabile, tra il 30% e l'80%, a seconda che vengano attuate attività di supporto tra le quali, ad esempio, l'offerta del test nella lingua di appartenenza dello straniero.

In uno studio condotto in Italia su immigrati clandestini, il tasso di completamento di un regime di terapia dell'infezione tubercolare latente con isoniazide assunta quotidianamente per 6 mesi non superava il 40%; nello stesso studio, la supervisione attuata presso il centro di cura addirittura riduceva i tassi di completamento al di sotto del 10%. Uno studio successivo ha dimostrato che, nella stessa categoria di soggetti, i tassi di completamento potevano essere incrementati fino al 50% per mezzo della supervisione al domicilio del paziente e l'impiego di regimi brevi.

Per quanto riguarda la cura della malattia attiva, la terapia della TB deve prevedere regimi standardizzati, direttamente supervisionati almeno nella fase iniziale. La sigla DOT (*Directly Observed Treatment*) identifica una serie

di interventi attraverso i quali i servizi sanitari supportano il paziente durante il periodo di trattamento, con l'obiettivo comune del completamento della terapia stessa. Nei Paesi occidentali, l'adozione della DOT è raccomandata solo in particolari gruppi di pazienti, soprattutto se presentano fattori di rischio di non adesione al trattamento, tra cui figurano sicuramente gli immigrati.



83

Per assicurare una elevata adesione alla terapia da parte dell'utenza straniera, risulta importante attuare diverse strategie, tra cui servizi di traduzione e di mediazione culturale, counseling transculturale, materiale informativo in lingua, semplificazione della terapia attraverso l'uso delle associazioni di farmaci e consegna diretta gratuita dei farmaci. In particolari gruppi di pazienti (scarsa aderenza in precedenti trattamenti, soggetti senza fissa dimora, tubercolosi multiresistente) oppure qualora non siano stati efficaci gli interventi sopra elencati, è raccomandata la terapia direttamente osservata attuata, ove possibile, a domicilio del paziente o, comunque, in luoghi facilmente accessibili dal paziente.

Bibliografia

Barnes P.F. *The influence of epidemiologic factors on drug resistance rates in tuberculosis*. Am Rev Respir Dis, 1987; 136: 325-328

Besozzi G., Codecasa L.R., Di Pisa G., De Lorenzi S., Dagasso S., Bertolotti R., Matteucci G., Bacchetti M., Parravicini M., Viaggianni G. *Tubercolosi e*

immigrazione. in: Tubercolosi, Di Pisa G. Editore, 1993: 247-252

Carvalho A.C.C., Saleri N., El-Hamad I. et al. *Completion of screening for latent tuberculosis infection among immigrants*. *Epidemiol Infect*, 2005; 133: 179-85

ECDC and WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*

El-Hamad I., Casalini C., Matteelli A. et al. *Screening for tuberculosis and latent tuberculosis infection among undocumented immigrants at an unspecialized health service unit*. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2001; 5: 712-16

Gagliotti C., Resi D., Moro M.L. *Delay in the treatment of pulmonary TB in a changing demographic scenario*. *Int J Tub Lung Dis*, 2006; 10(3): 305-309

Matteelli A., Casalini C., Raviglione M.C., El-Hamad I., Scolari C., Bombana E., Bugiani M., Caputo M., Scarcella C. and Carosi G. *Supervised Preventive Therapy for Latent Tuberculosis Infection in Illegal Immigrants in Italy*. *Am J Respir Crit Care Med*, 2000; 162(5), 1653-1655

84

Migliori G.B., Ortmann J., Girardi E., Besozzi G., Lange C., Cirillo D.M., Ferrarese M., De Iaco G., Gori A., Raviglione M.C and SMIRA/TBNET Study Group. *Extensively Drug-resistant Tuberculosis, Italy and Germany*. *Emerg Infect Dis*, 2007; 13(5): 780-782

Ministero della Salute, Istituto superiore di sanità, Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna. *La Tubercolosi in Italia*. Rapporto 2008

Ministero della Salute. *Linee Guida per il controllo della malattia tubercolare, su proposta del Ministro della Sanità, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*

Controlling TB in the United States. Recommendations from the American Thoracic Society, CDC and the Infectious Diseases Society of America. *MMWR* 2005

NICE. *Tuberculosis. Clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control*, 2006

Scolari C., El-Hamad I., Matteelli A., Signorini L., Bombana E., Moioli R., De Leonardis C., Nava A.M., Carosi G. *Incidence of tuberculosis in a community of senegalese immigrants in Northern Italy*. *Int J Tuberc Lung Dis*, 1999; 3 (1): 18-22

WHO. *Global Tuberculosis Control 2011*

WHO. *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB) 2010 global report on surveillance and response*



Josse Lieferinxe, San Sebastiano chiede aiuto per le vittime della peste

MALARIA E MIGRAZIONE

Francesco Castelli, Giorgia Sulis

L'infezione malarica è causata da un protozoo del genere *Plasmodium*, trasmesso all'uomo tramite la puntura di una zanzara femmina appartenente al genere *Anopheles*. Il vettore contrae l'infezione al momento dell'assunzione di un pasto ematico da un ospite umano, necessario all'insetto affinché si verifichi l'adeguata maturazione delle uova.

Il termine "mal'aria", utilizzato per la prima volta a Venezia nel 1571, trae origine dall'antica credenza che la causa della malattia fossero i miasmi malsani emanati dalle acque palustri, e a partire dalla metà del XVIII secolo divenne di uso corrente anche nel resto dell'Europa.

87

Epidemiologia globale e locale

Attualmente la malaria rappresenta una delle principali emergenze sanitarie a livello globale, con 200-300 milioni di casi e circa 0.8–1 milione di decessi all'anno, prevalentemente in età pediatrica (WHO, 2010). La malattia è endemica in ampie aree di Asia, Africa, America centro-meridionale, isole caraibiche e Oceania, e oltre il 40% della popolazione del pianeta risulta a rischio di infezione (Fig 1).

Per quanto concerne la Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sono solo cinque i Paesi in cui continuano ad essere riportati casi autoctoni di malaria: Azerbaijan, Uzbekistan, Kirgizstan, Tajikistan e Turchia. L'incidenza della malattia ha comunque subito un drastico decremento nell'ultimo decennio, passando da 32.385 casi nel 2000 a soli 285 casi nel 2009, anno in cui l'unica specie plasmodiale coinvolta è stata *P. vivax*. Ci sono quindi ottime probabilità che venga effettivamente raggiunto l'obiettivo di eradicare la malaria dalla Regione Europea entro il 2015, come stabilito dalla *Roll Back Malaria Partnership* (WHO/European Region, 2011). Tuttavia, va segnalata l'emblematica situazione della Grecia, in cui dall'inizio del 2011 ad oggi sono stati riscontrati 36 casi di malaria da *P. vivax*

Fig. 1. Aree a rischio di malaria (da WHO: *International Travel and Health*, 2)



di cui ben 20 in cittadini greci con anamnesi negativa per viaggi in aree endemiche. I restanti 16 casi sono occorsi in lavoratori immigrati originari di Pakistan, Afghanistan e Marocco. È noto che in Grecia, come peraltro in altre nazioni della Europa meridionale, sono tutt'ora presenti alcune specie di *Anopheles* suscettibili all'infezione e potenzialmente in grado di veicolare la trasmissione: *A. maculipennis*, *A. sacharovi*, *A. hyrcanus* e *A. superpicus* (quest'ultima riscontrata, insieme ad *A. labranchiae*, anche in alcune regioni italiane). Inoltre l'esistenza di una nutrita comunità di migranti provenienti dall'Asia, e in particolare dal subcontinente indiano, potrebbe rappresentare un *reservoir* per la reintroduzione della malaria da *P. vivax* a livello locale. Affinché ciò si verifichi è comunque necessario che sussistano idonee condizioni ambientali, essendo il ciclo vitale del plasmodio assai influenzato dai livelli di temperatura e umidità (Danis et al., 2011). Al momento attuale, tuttavia, tale evento non costituisce una minaccia significativa in termini di estensione del contagio al resto dell'Europa pur richiedendo imperativamente una intensa allerta epidemiologica.

Nel 1970 l'OMS ha dichiarato l'Italia *malaria-free*. I casi osservati negli ultimi 40 anni sono stati quasi tutti di importazione: fanno eccezione un unico caso autoctono verificatosi in Toscana nel 1997, sporadici casi di malaria trasfusionale e quelli cosiddetti "aeroportuali" o "da bagaglio" (ossia legati all'introduzione accidentale di un vettore o alla contaminazione di una zanzara indigena da parte di un soggetto infettatosi all'estero).

Al momento attuale due terzi dei casi sono diagnosticati in soggetti immigrati, solitamente al rientro da brevi soggiorni nel Paese di origine nel quale si erano recati per visitare amici o parenti (i cosiddetti VFR, *visiting friends and relatives*).

Nel 2008 sono stati rilevati 583 casi di malaria di importazione sull'intero territorio nazionale. Il 93% dei pazienti ha contratto l'infezione in Africa e la specie prevalentemente coinvolta è risultata essere *P. falciparum* (circa

83% dei casi). Inoltre, gran parte dei soggetti infettati è costituita da maschi di età compresa tra 25 e 45 anni. Tuttavia, una quota rilevante di casi riguarda individui in età pediatrica (0–14 anni), e in particolare bambini sotto i 6 anni che presentano, per altro, un più alto rischio di complicanze gravi. In riferimento alla distribuzione stagionale dei casi, si nota che la maggior parte delle diagnosi viene posta nei mesi estivi per quanto riguarda gli stranieri che visitano il proprio Paese natale, nei mesi invernali per gli italiani che si muovono per turismo.

Popolazione migrante e suscettibilità alla malaria

Sebbene la malaria sia stata da tempo eradicata da gran parte del territorio europeo, non è infrequente il riscontro di casi di malattia anche nel nostro continente: si tratta infatti di una patologia di importazione (la prima per frequenza in Europa e USA), la cui incidenza è strettamente correlata alla mobilità delle popolazioni (Odolini et al, 2011). I casi di malaria di importazione registrati nell'Unione Europea tra il 2000 e il 2010, sono riportati in Tab. 1.

Si stima che nel mondo ci siano approssimativamente 214 milioni di migranti, di cui oltre 70 milioni si trovano in Europa, un vero e proprio “sesto continente” il cui spiccato dinamismo è responsabile di costanti cambiamenti epidemiologici e socio-sanitari (AAVV, Immigrazione: Dossier statistico 2010, Caritas/Migrantes). Pur sottolineando l'importanza del cosiddetto “effetto migrante sano”, in base al quale solo i soggetti in buone condizioni di salute riescono ad affrontare il difficile percorso migratorio, resta il fatto che questa categoria di persone risulta essere maggiormente esposta a contrarre patologie “esotiche”, in particolare in occasione di viaggi in patria, anche se di breve durata. Naturalmente tale rischio riguarda anche tutti quei soggetti che si recano in aree endemiche per turismo o lavoro, ma in termini strettamente numerici sono i migranti propriamente detti ad essere più colpiti.

Nel nostro Paese, circa il 50% degli immigrati proviene da aree malariche e il 25% dall'Africa. Inoltre, molti di essi sono presenti sul territorio italiano da oltre 10 anni e per tale ragione risultano ormai privi della semi-immunità propria di coloro che vivono stabilmente in un'area endemica. I pazienti infetti provengono in larga misura dall'Africa occidentale, Nigeria, Ghana, Costa d'Avorio, Burkina Faso, Senegal e Camerun sono i Paesi più rappresentati.

I più recenti dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità (Romi et al., 2010), evidenziano un *trend* in calo per quanto attiene ai casi di malaria registrati in Italia, con un tasso di mortalità stabile (intorno allo 0,5%) e comunque inferiore alla media europea. Tale diminuzione risulta più accentuata tra gli italiani rispetto agli stranieri (60% vs 33%), probabilmente a causa della minore efficienza informativa nei confronti della popolazione immigrata che risulta pertanto scarsamente consapevole del rischio. I migranti rappresentano una categoria vulnerabile anche a causa delle maggiori difficoltà di accesso ai servizi socio - assistenziali e sanitari.

PAESE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	62	74	65	74	54	54	50	33	58	44	48
Belgio	337	327	113	235	212	259	195	193	181	181	213
Cipro					1	2	1	1	0	1	1
Rep. Ceca	23	26	21	25	14	18	16	22	20	nd	13
Danimarca	202	154	135	103	106	87	101	80	91	54	61
Estonia	4	1	3	3	2	0	6	5	0	4	1
Finlandia	38	38	31	22	26	25	30	21	40	34	33
Francia	8056	7370	6846	6392	6107	5300	5267	4403	2239	2218	2438
Germania	732	1040	861	819	708	628	566	540	547	523	617
Grecia	28	30	25	43	nd	nd	31	21	36	45	41
Ungheria	14	21	14	7	7	6	18	7	5	8	5
Irlanda	19	11	20	20	25	44	96	71	82	90	82
Italia	986	984	736	672	661	637	630	573	nd	nd	nd
Lettonia	4	6	1	4	4	4	nd	nd	nd	nd	5
Lituania	4	5	9	7	5	2	0	4	3	3	3
Lussemburgo	4	4	1	9	3	3	4	4	2	3	nd
Malta	7	7	7	0	0	2	1	3	3	1	0
Paesi Bassi	691	568	395	356	307	299	253	214	226	241	nd
Polonia	24	27	22	17	30	20	18	11	22	22	35
Portogallo	80	60	90	50	53	47	48	43	41	44	nd
Slovacchia	6	5	9	4	4	1	10	0	2	0	nd
Slovenia	10	7	6	9	7	8	4	9	3	7	9
Spagna	333	346	341	356	351	307	377	319	295	362	346
Svezia	132	143	132	99	102	112	93	88	90	81	115
Regno Unito	2069	2050	1945	1722	1660	1754	1758	1548	1370	1495	1761

Gran parte di coloro che vivono stabilmente in un'area iper- o olo-endemica per malaria hanno contatti ripetuti con il protozoo nel corso della vita, fatto questo che spiega la positività sierologica e che giustifica il loro stato di "semi-immunità", sebbene esistano notevoli differenze individuali (Murhandarwati et al., 2008).

In termini immunologici, un fenomeno interessante è rappresentato dalla perdita di protezione naturale che si osserva nelle donne gravide sebbene viventi stabilmente in un'area endemica, dovuto alla fisiologica tolleranza gravidica, ma soprattutto alle diverse modalità di interazione ospite-parasita che si stabiliscono in gravidanza e nelle primi-gravide, affievolendosi nelle gravidanze successive (Hviid, 1998).

In base a quanto detto finora, si può dunque affermare che il migrante proveniente da una zona ad endemia malarica risulta difficilmente infetto al momento del suo primo ingresso in Italia, ma dopo una protratta permanenza nel nostro Paese perde in larga misura lo stato di protezione transitoria precedentemente acquisito. Oltre alle donne in gravidanza, fanno eccezione i bambini piccoli, che non di rado si presentano con un quadro di malaria già all'accesso nel nostro territorio, a causa della mancata immunizzazione naturale legata alla giovane età (Mascarello et al., 2008).

È interessante constatare la netta discrepanza tra i casi di malaria osservati nei bambini italiani rispetto ai figli di immigrati: questi ultimi rendono conto della quasi totalità delle infezioni pediatriche, a testimonianza della sottostima del rischio individuale propria del migrante, che molto spesso tende erroneamente a ritenersi "immune" dalla malattia in quanto nato in un'area endemica.



Non è ancora chiaro quanto tempo occorra perché si verifichi la perdita dello stato di semi-immunità. Uno studio condotto presso il Centro di Malattie Tropicali di Negrar (VR) su un gruppo di immigrati africani, ha mostrato titoli anticorpali elevati anche a distanza di 15 anni dall'arrivo in Italia, in assenza di viaggi nel Paese natale durante l'intero periodo; va comunque considerato che non sempre la quantità di anticorpi circolanti correla con la presenza di una risposta immunitaria clinicamente efficace (Bisoffi Z., unpublished data 2002, tratto da Mascarello et al, 2008).

Il fenomeno della malaria di importazione in Italia ha cominciato ad emergere sul finire degli anni '70, in concomitanza con un ingente afflusso di profughi dal Sud-est asiatico. La migrazione irregolare, che si stima ammontare a circa il 10-15% del totale, avviene spesso in seguito a pressioni politiche o a catastrofi naturali, esponendo così l'individuo a importanti stress psico-fisici che lo rendono inevitabilmente più suscettibile alla malaria e ad altre patologie infettive. A tale proposito, è importante sottolineare come lo status di rifugiato costituisca in generale un fattore aggravante nella definizione di rischio malarico. Ciò vale soprattutto per i movimenti diretti verso aree in cui la malaria è già presente, con conseguente riduzione delle possibilità di controllo, essendo le opportune misure preventive e contenitive assai difficili da attuare.

92

Nell'estate del 2000 nelle regioni centro-settentrionali dell'Italia (e in particolare in Lombardia), si è assistito ad un evento singolare: 22 immigrati irregolari cinesi sono stati ricoverati con infezione malarica. L'area d'origine di questo cluster di pazienti era la provincia di Zhe Jiang, notoriamente non endemica per la malattia. Il fenomeno ha destato immediatamente grande interesse anche perché si trattava di soggetti non immuni e non propensi a rivolgersi al servizio sanitario per il timore di essere rimpatriati; la carica parassitaria è risultata essere piuttosto elevata (talora >10%) e l'agente coinvolto era principalmente *P. falciparum* (20/22). Non è un caso che ben il 33% dei pazienti ricoverati in ospedale abbia avuto un decorso severo, caratterizzato da importanti complicanze che hanno condizionato il decesso di uno di essi. Le indagini condotte hanno evidenziato che tutti i soggetti coinvolti avevano raggiunto l'Italia dopo un lungo e tortuoso tragitto migratorio via terra e via mare, che li aveva portati ad attraversare numerosi Paesi del Sud - Est Asiatico e dell'Africa occidentale e orientale, a nota endemia malarica. Sono state riportate soste anche prolungate in Laos, Thailandia, Myanmar, Bangladesh, Pakistan, Kenya, Tanzania, Costa d'Avorio e Camerun, aree in cui si osserva per altro un'importante prevalenza di ceppi di *P. falciparum* multifarmacoresistenti (Matteelli et al., 2001). Ecco dunque una prova altamente esemplificativa a sostegno del fatto che la malaria debba essere sospettata anche in soggetti immigrati che provengono da Paesi non malarici e che negano di aver soggiornato in zone a rischio. Non vanno trascurati i ben noti problemi di interazione e integrazione caratteristici di una comunità come quella cinese che viene troppo spesso guardata con sospetto e pregiudizio, a causa delle notevoli differenze linguistiche e culturali che ostacolano pesantemente il dialogo.



Quando sospettare la malaria: aspetti patogenetici e clinici

Le specie di *Plasmodium* patogene per l'uomo sono quattro:

- a) *P. falciparum*, il più diffuso nelle aree tropicali e subtropicali, responsabile della cosiddetta “terzana maligna”;
- b) *P. vivax*, agente della “terzana benigna” presente anche in aree a clima più temperato;
- c) *P. ovale*, avente una distribuzione geografica limitata ad Africa Occidentale, Papua-Nuova Guinea e alcune zone dell'Oceano Indiano;
- d) *P. malariae*, causa della “febbre quartana” e dotato di una diffusione più o meno sovrapponibile a quella di *P. falciparum*.

Ad esse si aggiunge *P. knowlesi* (notoriamente patogeno solo per alcuni primati) a cui sono stati recentemente attribuiti non sporadici casi di malaria umana nel Sud-est asiatico.

P. falciparum provoca le forme più severe, gravate dal più alto tasso di mortalità. *P. vivax* e *P. ovale* sono caratterizzati dalla possibile persistenza di elementi parassitari latenti a livello epatico (*gli ipnozoiti*), responsabili di eventuali riattivazioni a distanza di tempo. Questo dato deve essere attentamente considerato e deve indurre il clinico a sospettare un caso di malaria anche in soggetti che riferiscono di aver soggiornato in aree endemiche persino mesi o anni addietro.

Il protozoo, iniettato con la saliva della zanzara al momento del pasto

ematico, penetra nel sangue sotto forma di *sporozoita* e raggiunge il fegato, dove si svolge una prima fase di replicazione schizogonica seguita dall'immissione di *trofozoiti* nel torrente circolatorio. Questi ultimi invadono gli eritrociti, all'interno dei quali ha luogo un'ulteriore amplificazione per schizogonia che porta alla formazione di nuove generazioni di parassiti ogni 48-72 ore (a seconda della specie di *Plasmodium*). Dopo alcuni cicli replicativi, si generano le forme sessuate del protozoo (*gametociti*), le uniche in grado di infettare il vettore nel cui intestino si verifica il ciclo sporogonico da cui originano gli *sporozoiti* che si depositano nelle ghiandole salivari dell'insetto medesimo.

In caso di infezione da *P. falciparum*, non è infrequente che le manifestazioni cliniche compaiano quando il soggetto si trova ancora nell'area endemica, o comunque pochi giorni dopo il rientro in Italia (in media una settimana). Al contrario, come accennato in precedenza, le forme di malaria sostenute da altre specie plasmodiali sono spesso responsabili di un esordio sintomatologico più tardivo. La maggiore latenza clinica si accompagna non di rado ad un ulteriore ritardo diagnostico, a causa della scarsa propensione del personale sanitario a porre il sospetto di malaria in soggetti che non presentano una storia recentissima di soggiorno in aree a rischio.

Il quadro clinico può essere sfumato e solitamente non presenta elementi di tipicità. Per tale motivo il sospetto diagnostico deve essere posto sulla base delle informazioni anamnestiche ed epidemiologiche relative al singolo paziente. In linea generale, l'insorgenza di febbre in un individuo entro 3 mesi dal rientro da una zona malarica, deve essere considerata un'emergenza medica e richiede, pertanto, idonei accertamenti diagnostici. D'altro canto, la comparsa di sintomi prima che siano trascorsi almeno 7 giorni dall'arrivo nell'area a rischio non è attribuibile a infezione da *Plasmodium* (WHO, 2011).

I casi di malaria non complicata si presentano con febbre, brividi, sudorazione profusa, mialgia, cefalea, astenia, tosse, vomito, dolore addominale. Molto spesso i parossismi febbrili si susseguono in modo irregolare, senza seguire l'andamento tipico della terzana o della quartana. Inoltre, va ricordato che il migrante che non abbia ancora perso del tutto la propria condizione di "semi-immunità", mostra non di rado un quadro paucisintomatico: tale evenienza, oltre a rendere più difficile il processo diagnostico, porta il paziente stesso a trascurare le manifestazioni cliniche e a non rivolgersi tempestivamente ad un servizio sanitario (Di Perri et al., 1994).

Nelle forme sostenute da *P. falciparum* sono possibili complicanze quali insufficienza renale acuta, edema polmonare o sindrome da *distress* respiratorio acuto, anemia severa, shock cardiocircolatorio, convulsioni generalizzate, confusione mentale fino al coma (Tab. 2). La malaria cerebrale costituisce senza dubbio la più grave delle complicanze osservate, con decorso rapidamente evolutivo che necessita di un trattamento urgente. La severità della presentazione clinica non sempre correla con l'entità della parassitemia: infatti, a parità di carica parassitaria, solo alcuni individui vanno incontro ad una forma perniciosa di malaria sebbene un valore superiore al 5% si associ generalmente ad una prognosi infausta.

Tab. 2. Criteri per la definizione di un caso di malaria grave o complicata secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, *Malaria case management: operations manual 2009*)

CRITERI DI DEFINIZIONE DI MALARIA SEVERA	
Coma o disturbi di coscienza	Coma profondo senza riflesso al dolore, con esclusione di altre cause di encefalopatia
Anemia normocitica grave	HCT < 15% o HV < 5 gr/dl
Insufficienza renale acuta	Diuresi < 400 ml/24h e creatininemia > 3 mg/dl senza miglioramento dopo reidratazione
Edema polmonare	Tachipnea, ipodafania in Rx torace, ipossiemia, ipercapnia, rantoli crepitanti bilaterali
Ipoglicemia	Glicemia < 40 mg/dl
Shock	PAS < 80 mmHg nell'adulto, < 50 mmHg nei bambini 1-5 anni
Emorragie spontanee, CID	Epistassi, sanguinamenti gastro-intestinali, emorragie retiniche, evidenza biochimica di CID
Convulsioni generalizzate ripetute	>2 crisi/24h
Acidosi	pH < 7,25 o HCO ₃ ⁻ < 15 mmol/l, lattacidemia > 6 mmol/l
Emoglobinuria malarica	Urine di colore nero o marrone scuro
Iperparassitemia	Densità di forme asessuate nel sangue periferico > 5% degli eritrociti (nei migranti) o < 2% (nei soggetti non migranti)
Ittero	Bilirubina totale > 3 mg/dl
Ipertermia	Temperatura rettale > 40 °C
Infezioni associate	Polmonite <i>ab ingestis</i> , sepsi, infezioni delle vie urinarie, etc.
Altri fattori prognostici negativi	GB >12.000/μl, schizonti nel sangue periferico, ipoglicorrahia e alti livelli liquorali di lattato, ↓ AT-III

95

Va ricordato che alcuni fattori genetici dell'ospite sono in grado di influenzare in maniera significativa l'espressione clinica della malattia. Ad esempio, soggetti provenienti dall'Africa Sub-Sahariana presentano anomalie morfo-funzionali degli eritrociti con maggiore frequenza rispetto alla popolazione europea: è noto da tempo che gli individui eterozigoti per mutazioni responsabili di deficit della glucosio-6-fosfato-deidrogenasi, talassemia, anemia falciforme possiedono un vantaggio evolutivo legato alla minore suscettibilità ai plasmodi della malaria e dunque vanno incontro ad un quadro clinico più blando (Bouchaud et al., 2005). Un altro fattore responsabile di una differente propensione alla malattia nei diversi gruppi etnici, è costituito dall'espressione dell'antigene eritrocitario Duffy con il quale interagisce *P. vivax*: gran parte dei soggetti originari dell'Africa Occidentale è Duffy-negativa e di conseguenza risulta intrinsecamente resistente all'infezione sostenuta da questa specie plasmodiale.

Da quanto esposto emerge il carattere marcatamente proteiforme della malaria che deve sempre essere sospettata e ricercata qualora ci si trovi di fronte ad un paziente con una storia di possibile esposizione all'agente eziologico, indipendentemente dalla specificità delle manifestazioni cliniche che, come si è visto, potrebbero risultare fuorvianti.

Accertamento diagnostico e gestione del paziente

Una volta posto il sospetto clinico di malaria, occorre ottenere una conferma diagnostica mediante osservazione al microscopico di un campione di sangue periferico.

L'individuazione del parassita si avvale di due metodiche principali: lo striscio sottile e la goccia spessa. La diagnostica emoscopica offre il vantaggio del basso costo accompagnato a buoni livelli di sensibilità e specificità. Questa dovrebbe essere eseguita prima dell'inizio della terapia antimalarica ed entro poche ore dall'esordio dell'accesso febbrile, che corrisponde alla fase di più elevata carica parassitaria. Lo striscio sottile è fondamentale per l'identificazione di specie mentre la tecnica in goccia spessa, che non richiede la fissazione in modo da consentire la lisi osmotica delle emazie, è invece impiegata principalmente per determinare la parassitemia, con una soglia di sensibilità di circa 10 parassiti/ μl . Il principale limite di tale metodica è legato alle difficoltà diagnostiche in caso di bassi valori di parassitemia, che possono essere riscontrati in soggetti semi-immuni e in soggetti che abbiano ricevuto una chemioprophilassi antimalarica o che siano stati sottoposti ad un inadeguato ciclo terapeutico. Altre tecniche disponibili per la diagnosi di malaria sono il *Quantitative Buffy Coat* (QBC), tecnica dotata di elevata sensibilità (fino a 2-3 parassiti/ μl) ma gravato da costi significativi; i metodi immunocromatografici che sfruttano gli anticorpi monoclonali, semplici e rapidi ma non sempre in grado di discriminare tra le differenti specie plasmodiali e non in grado di fornire informazioni quantitative; i test molecolari (PCR, *Polymerase Chain Reaction*), che permettono una precisa identificazione di specie oltre che una valutazione della farmacoresistenza, pur non essendo ancora pienamente standardizzati. I metodi sierologici trovano scarsa applicazione nella diagnosi di malattia attiva in quanto indicano solo una pregressa esposizione alla malaria.

96

Di fronte ad un caso sospetto o accertato di malaria, è importante inviare tempestivamente il paziente ad un centro accreditato. La scelta del trattamento più idoneo deve essere fatta tenendo conto del contesto epidemiologico, delle caratteristiche clinico-immunologiche del singolo individuo e della specie plasmodiale coinvolta.

In caso di malaria non complicata da *P. falciparum* ci si può orientare verso una terapia antimalarica combinata per via orale. La malaria benigna da *P. vivax*, *P. ovale* o *P. malariae* è generalmente trattabile con cloroquina (data l'ancora diffusa sensibilità a questa molecola), ma bisogna ricordare che tale farmaco non è in grado di eliminare le forme epatiche quiescenti del parassita, responsabili di recidive a distanza. Di conseguenza, è opportuno impostare un regime terapeutico radicale includendo la somministrazione di primachina in caso di infezione da *P. vivax* o *P. ovale*.

Qualora ci si trovi di fronte ad un caso di malaria complicata, ci si deve avvalere di agenti farmacologici a pieno dosaggio per via parenterale: le opzioni disponibili sono sostanzialmente chinino ed i derivati dell'artemisinina (purtroppo non ancora commercialmente disponibili in Italia), sempre in associazione alla necessaria terapia di supporto.

In Italia la malaria è soggetta a notifica obbligatoria (DM 15/12/1990; Circolare Ministeriale n. 22 del 12/05/1992). In caso di riscontro positivo all'emoscopia, le Aziende Sanitarie sono tenute a inviare la scheda di notifica standard al Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Salute, contestualmente ai campioni ematici raccolti sui quali viene confermato il caso da parte dell'Istituto Superiore di Sanità. Il tasso di sottonotifica, stimato mediante il confronto tra le notifiche e i casi di malaria desunti dalle SDO, si aggira intorno al 38.9% (AAVV, Servizio Sanità Pubblica – Regione Emilia-Romagna, 2011).

Profilassi antimalarica: il primo passo è l'informazione

La profilassi rappresenta una strategia fondamentale per il controllo della malaria di importazione e per tale ragione dovrebbe essere oggetto di adeguate campagne di informazione ed educazione in particolar modo presso le categorie a rischio più elevato, come appunto i migranti che rientrano nel Paese d'origine. A supporto di questa tesi, si può notare come la maggior parte dei soggetti infettati non abbia effettuato alcuna profilassi o l'abbia effettuata in maniera incompleta durante il periodo di permanenza in un'area endemica.

La prevenzione dell'infezione si basa su quattro principi fondamentali:

- 1) informazione in merito a rischi, periodo di incubazione, sintomatologia, etc. (*Awareness*);
- 2) limitazione del contatto uomo-vettore (*avoid being Bitten*);
- 3) assunzione di farmaci antimalarici (*Chemoprophylaxis*);
- 4) precocità della diagnosi (*Diagnosis*) (WHO, 2011).

Come già affermato in precedenza, il migrante ha frequentemente difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Ciò vale non solo per coloro che essendo irregolarmente presenti sul territorio italiano evitano di rivolgersi alle strutture assistenziali (se non in caso di urgenza) per il timore di incorrere nella denuncia all'Autorità Giudiziaria, ma anche per gli immigrati muniti di permesso di soggiorno. Molto spesso infatti, queste persone hanno, da un lato, una scarsa consapevolezza dei diritti di cui godono nel Paese ospite per quanto attiene alla tutela della salute e, dall'altro, un atteggiamento culturale tale da indurle a non ricercare adeguata consulenza medica prima di accingersi a rientrare in patria (Castelli et al., 1999). Da qui emerge la necessità di potenziare la rete di servizi deputati a fornire informazione ed educazione al viaggiatore internazionale, possibilmente dislocandoli anche in aree più frequentate dai migranti. Uno sforzo per meglio comprendere questo fenomeno è stato compiuto a Brescia, città che ospita una rilevante quota di immigrati provenienti da aree malariche, mediante uno studio condotto tra il 1996 e il 1997 dalla Clinica di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Locale. L'indagine è stata effettuata tra gli utenti dell'ambulatorio riservato ai cittadini stranieri non iscritti al SSN, con l'obiettivo di valutare la loro conoscenza della malaria nonché la percezione soggettiva del rischio. Si trattava

per lo più di immigrati regolari provenienti dall’Africa Sub-sahariana, presenti in Italia mediamente da 4 anni, che erano rientrati nel Paese di origine (VFR) nei 6 mesi precedenti l’inchiesta. È emerso che circa il 70% dei partecipanti era al corrente dell’esistenza della malaria nel proprio Paese d’origine ma solo il 17,6% di essi aveva ricevuto una consulenza sanitaria prima di un viaggio verso l’area endemica: nel 50% dei casi la motivazione della mancata ricerca di informazioni risiedeva nella convinzione personale di non essere a rischio. Le altre ragioni addotte sono state l’inconsapevolezza della disponibilità di efficaci misure preventive e il rifiuto di sottoporsi ad esse (in particolare per quanto riguarda la chemioprolifassi). Va poi sottolineato che la piccola quota di individui che si era rivolta ad un servizio di consulenza, non aveva di fatto rispettato le istruzioni ricevute (Scolari et al., 2002).

Non deve essere trascurato che i VFR tendono a soggiornare in zone rurali (e dunque intrinsecamente più esposte al contagio), spesso lontane dai centri sanitari, dove non sono reperibili i necessari presidi atti a proteggere l’individuo dal contatto con il vettore. Le zanzariere da letto solo di rado sono presenti e/o adeguatamente adoperate. In sostanza, oltre ai problemi di scarsa informazione e compliance, esiste anche un significativo limite legato all’esiguità delle risorse disponibili in loco. Questo limite non riguarda invece gli italiani che si muovono per turismo, i quali si recano solitamente in regioni più servite e meglio equipaggiate dal punto di vista delle infrastrutture.

98

È dunque assolutamente prioritario fornire al cittadino (straniero e non) informazioni chiare e corrette in merito ai rischi correlati alla permanenza in una zona tropicale e sub-tropicale, contestualmente a indicazioni pratiche circa le modalità di prevenzione della malaria così come di altre patologie infettive:

- indossare abiti chiari coprendo il più possibile la superficie cutanea;
- impiegare repellenti sia sulla cute sia sugli indumenti, in particolare nelle ore di maggiore attività del vettore (dal tramonto all’alba);
- utilizzare la zanzariera da letto, impregnata di permetrina o analoghi, e applicare tende o reti a porte e finestre.

Ferma restando l’utilità degli accorgimenti per la protezione personale, è importante stabilire se impostare un regime di profilassi farmacologica e, in caso affermativo, scegliere la tipologia più adeguata (Tab. 3 e 4), proseguendo l’osservazione anche dopo il rientro per un periodo variabile in rapporto alla molecola in uso.

Tab. 3. Principali schemi di chemioprolifassi antimalarica attualmente disponibili

CHEMIOPROLIFASSI ANTIMALARICA (posologia per adulti)	
CLOROCHINA	300 mg/sett
CLOROCHINA + PROGUANILE	300 mg/sett + 200 mg/die
MEFLOCHINA	250 mg/sett
DOXICICLINA	100 mg/die
ATOVAQUONE/PROGUANILE	250/100 mg/die

Tab. 4. Raccomandazioni per la prevenzione della malaria in base all'entità del rischio (WHO, *International Travel and Health 2011*)

	RISCHIO MALARICO	TIPO DI PREVENZIONE
TIPO I	Rischio molto limitato	Solo prevenzione delle punture di zanzara
TIPO II	Rischio di malaria da <i>P. vivax</i> o <i>P. falciparum</i> pienamente clorochino-sensibile	Prevenzione delle punture di zanzara e chemioprolassi con cloroquina
TIPO III	Rischio di malaria da <i>P. vivax</i> e <i>P. falciparum</i> , in associazione all'emergenza di clorochino-resistenza	Prevenzione delle punture di zanzara e chemioprolassi con cloroquina + proguanile
TIPO IV	(1) Alto rischio di malaria da <i>P. falciparum</i> , con nota farmaco-resistenza. (2) Rischio medio-basso di malaria da <i>P. falciparum</i> , con alti livelli di farmaco-resistenza	Prevenzione delle punture di zanzara e chemioprolassi con meflochina, doxiciclina o atovaquone/proguanile (a seconda del pattern di resistenza)

La decisione deve essere presa dal medico alla luce delle informazioni epidemiologiche relative all'area in cui il soggetto intende recarsi, ricordando che il rischio tende ad essere più elevato nelle zone rurali rispetto a quelle urbane e che esiste spesso una certa variabilità stagionale. La scelta della o delle molecole da somministrare deve tener conto del pattern di farmaco-resistenza dei parassiti nelle diverse regioni geografiche, oltre che della tollerabilità soggettiva e della durata del soggiorno nell'area endemica. In caso di permanenza prolungata (superiore ai 3 mesi), si osserva spesso un'importante riduzione dell'aderenza alle procedure preventive, in particolare per quanto riguarda la chemioprolassi. I soggetti che assumono i farmaci in modo discontinuo o incompleto risultano essere altamente suscettibili all'infezione, e non di rado incorrono in un considerevole ritardo diagnostico a causa della negatività dello striscio ematico conseguente ai bassissimi livelli di parassitemia.

Particolare attenzione deve essere riservata alle categorie a maggiore rischio, quali bambini, donne in gravidanza e soggetti immunodepressi (primi fra tutti gli individui con infezione da HIV/AIDS). Si è già osservata in precedenza la spiccata propensione a sviluppare la malaria propria dei soggetti in età pediatrica. I figli degli immigrati residenti in Italia, sempre più spesso nascono nel nostro Paese e per tale motivo, a differenza dei loro genitori, non hanno acquisito alcuna forma di immunità nei confronti dei plasmodi. Questo dato, in associazione alla giovane età, li pone in una condizione di grande pericolo (anche per quanto riguarda l'entità delle manifestazioni cliniche) nel momento in cui vengono portati nel Paese d'origine in visita ad amici e parenti. A tal proposito, è bene ribadire che continua ad essere radicata l'erronea convinzione che anche i bambini possiedano una certa protezione naturale, così da non ritenere necessaria l'attuazione delle suddette misure profilattiche, pur trascorrendo lunghi periodi in aree iperendemiche (Stäger et al, 2009).

Considerazioni conclusive

Il fenomeno migratorio è ormai divenuto strutturale nel nostro Paese richiedendo interventi sanitari curativi e preventivi adeguati alle nuove esigenze. La infezione malarica nei soggetti migranti interessa i primi arrivi ma, soprattutto coloro i quali rientrano nel proprio Paese di origine ad endemia malarica dopo alcuni anni di permanenza nel nostro Paese, che ne ha indebolito le difese specifiche. A loro, e soprattutto ai loro figli nati in Italia, deve essere riservata una particolare attenzione preventiva cercando di trasmettere messaggi educativi e atteggiamenti chemioprolattici essenziali al fine di evitare l'infezione malarica e le sue conseguenze, talora gravi e mortali. Allo stesso tempo, sotto il versante curativo, un episodio febbrile in un migrante da Paese ad endemia malarica deve condurre senza indugio il medico curante al quesito fondamentale "Unde venis?" al fine di non trascurare le manifestazioni cliniche iniziali, talora subdole, di una infezione malarica che deve essere trattata tempestivamente

Bibliografia

100

AAVV. *Epidemiologia della malaria in Emilia-Romagna 1999-2010*. Servizio Sanità Pubblica – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna, Ottobre 2011

AAVV. *Immigrazione: dossier statistico 2010, XX Rapporto*. Caritas/Migrantes, Roma 2011

Bouchaud O., Cot M., Kony S., Durand R., Schiemann R., Ralaimazava P., Coulaud J. P., Le Bras J., Deloron P. *Do African immigrants living in France have long-term malarial immunity?* Am J Trop Med Hyg 2005; 72: 21-25

Castelli F., Matteelli A., Caligaris S., Gulletta M., El-Hamad I., Scolari C., Chatel G., Carosi G. *Malaria in migrants*, Parassitologia 1999; 41: 261-265

Centralized Information System for Infectious Diseases (CISID) 2011. Disponibile: <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=277297>

Danis K., Baka A., Lenglet A., Van Bortel W., Terzaki I., Tseroni M., Detsis M., Papanikolaou E., Balaska A., Gewehr S., Dougas G., Sideroglou T., Economopoulou A., Vakalis N., Tsiodras S., Bonovas S., Kremastinou J. *Autochthonous Plasmodium vivax malaria in Greece*, 2011. Euro Surveill, 2011 Oct 20; 16 (42)

Di Perri G., Solbiati M., Vento S., De Checchi G., Luzzati R., Bonora S., Merighi M., Marocco S., Fibbia G., Concia E. *West African immigrants and new patterns of malaria imported to North Eastern Italy*. J Travel Med 1994; 1: 147-151

Hviid L. *Clinical disease, immunity and protection against Plasmodium falciparum malaria in populations living in endemic areas*. *Expert Rev Mol Med*. 1998 Jun 24;1998:1-10

Mascarello M., Allegranzi B., Angheben A., Anselmi M., Concia E., Laganà S., Manzoli L., Marocco S., Monteiro G., Bisoffi Z. *Imported malaria in adults and children: epidemiological and clinical characteristics of 380 consecutive cases observed in Verona, Italy*. *J Travel Med*. 2008 Jul-Aug;15(4):229-36

Matteelli A., Volonterio A., Gulletta M., Galimberti L., Marocco S., Gaiera G., Gianni G., Rossi M., Dorigoni N., Bellina L., Orlando G., Bisoffi Z., Castelli F. *Malaria in illegal Chinese immigrants*. *Italy, Emerg Infect Dis*. 2001 Nov-Dec;7(6):1055-8

Murhandarwati E.E., Black C. G., Wang L., Weisman S., Koning-Ward T.F., Baird J. K., Tjitra E., Richie T. L., Crabb B. S., Coppel R.L. *Acquisition of invasion-inhibitory antibodies specific for the 19-kDa fragment of merozoite surface protein 1*. In: A trans migrant population requires multiple infections, *J Infect Dis*. 2008 Oct 15;198(8):1212-8

Odolini S., Parola P., Gkrania-Klotsas E., Caumes E., Schlagenhauf P., López-Vélez R., Burchard G. D., Santos-O'Connor F., Weld L., von Sonnenburg F., Field V., de Vries P., Jensenius M., Loutan L., Castelli F. *Travel-related imported infections in Europe*. *EuroTravNet 2009, Clin Microbiol Infect*. 2011 Jun 10. doi: 10.1111/j.1469-0691.2011.03596

101

Romi R., Boccolini D., D'Amato S., Cenci C., Pompa M.G., Majori G. *Malaria surveillance in Italy: the 2000-2008 national pattern of imported cases*. *Giornale Italiano di Medicina Tropicale* 2010; 15: 35-38

Scolari C., Teboldi S., Casalini C., Scarcella C., Matteelli A., Casari S., El Hamad I., Castelli F. *Knowledge, attitudes and practices on malaria preventive measures of migrants attending a public health clinic in northern Italy*. *J Travel Med* 2002; 9: 160-162

Stäger K., Legros F., Krause G., Low N., Bradley D., Desai M., Graf S., D'Amato S., Mizuno Y., Janzon R., Petersen E., Kester J., Steffen R., Schlagenhauf P. *Imported malaria in children in industrialized countries, 1992-2002*, *Emerg Infect Dis*. 2009 Feb;15 (2):185-91.

WHO - European Region, 2011.

Disponibile: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/information-for-the-media/sections/latest-press-releases/who-european-region-aims-to-wipe-out-malaria-in-4-years-roll-back-malaria-partners-target-strongholds-of-the-disease>

WHO. *International Travel and Health 2011*. WHO, Geneva 2011 (<http://www.who.int/ith/en/>)

WHO. *Malaria case management: operations manual 2009*. Disponibile: http://www.google.it/search?q=definizione+di+malaria+grave+criteri+OMS&hl=it&gbv=2&gs_sm=e&gs_upl=3109115357101156231571571131331331012031146712.8.111110



La terra del Copriletto, Jessie Willcox Smith, 1863-1935

JESSIE WILLCOX SMITH.

EPATITI VIRALI NEI MIGRANTI

Issa El-Hamad, Maria Chiara Pezzoli, Stefania Rossi

Le principali epatiti virali, che rappresentano un importante problema di salute pubblica su scala mondiale, comprendono le forme B, C, D a trasmissione parenterale e le epatiti A ed E a trasmissione oro-fecale. In generale, la distribuzione dei virus epatitici varia a livello mondiale in base alle condizioni socio-economiche locali e delle politiche sanitarie e vaccinali nei diversi Paesi.

Gli immigrati da Paesi endemici verso Paesi a bassa endemia risultano più spesso immunizzati contro le epatiti a contagio oro-fecale, le quali presentano scarsissima (epatite E) o nulla (epatite A) tendenza alla cronicizzazione, non comportano l'evoluzione in portatori asintomatici e, pertanto, rimangono confinate nei rispettivi Paesi con scarsa tendenza all'esportazione.

L'epatite virale E, che un tempo si credeva confinata alle aree ad alta endemia (Africa, Asia, Messico) e presente solo in sporadici casi di importazione nei Paesi industrializzati, raggiunge in realtà nei Paesi europei una sieroprevalenza che varia, a seconda dei diversi studi, dal 2,2% al 9,3%, di cui molti casi non possono essere messi in relazione ad alcun viaggio. Negli stessi studi la prevalenza della sieropositività per HEV negli immigrati era solitamente superiore rispetto a quella negli autoctoni, ma non tanto da poter essere considerata un'importante fonte di rischio di trasmissione nei Paesi ospiti.

Diverse evidenze hanno mostrato che nei Paesi a bassa endemia come Europa, Nord America e Giappone, il genotipo prevalente è il 3, mentre nei Paesi ad alta endemia è il genotipo 1 che si rende responsabile della maggiore parte delle epatiti attribuite a questo virus. Alcuni animali selvatici (cervi e cinghiali) e non, in particolare i suini, costituiscono i principali serbatoi dell'infezione. La modalità di contagio è fondamentalmente rappresentata da ingestione di acqua contaminata o di carne cruda o poco cotta di animali infetti; tuttavia, in alcuni casi, è stata segnalata la tra-



104

La prevalenza di epatiti acute da HEV nei Paesi a bassa endemia appare oggi largamente sottostimata a causa del limitato ricorso alle specifiche indagini sierologiche; in uno studio effettuato nel sud della Francia, per esempio, le epatiti acute da HEV erano più frequenti di quelle sostenute da HAV, mentre viene stimato che in Ungheria il 10% delle epatiti acute ad eziologia non determinata potrebbe essere dovuto all'HEV. In un'altra casistica francese è emerso che dal 2003 al 2007 l'incidenza delle epatiti E è rimasta stabile e che il 96,8% dei casi erano da considerarsi autoctoni. Inoltre, sul piano clinico questa forma di epatite è aggravata da una elevata mortalità con percentuali che variano dall'1 al 4% e che, nelle donne gravide, possono raggiungere il 20% dei casi. È stata documentata inoltre la possibile evoluzione in epatite cronica nei pazienti trapiantati d'organo e che la super-infezione da HEV nei pazienti cirrotici determina un aumento della mortalità nel breve periodo. Da un punto di vista preventivo è interessante segnalare che è stato approntato di recente un nuovo vaccino, tuttora in via di sperimentazione, che appare piuttosto promettente.

A differenza dell'epatite E, l'**epatite virale A** riconosce nell'uomo l'unico *reservoir* per il virus. L'infezione avviene quasi esclusivamente attraverso la via orale (oro-fecale), tramite contatto diretto tra persone o ingestione di acqua, cibi contaminati (verdure, ortaggi o mitili).

Nelle feci dell'individuo infetto il virus è presente solo nelle 2 settimane che precedono l'esordio della malattia e nella prima settimana del decorso clinico, mentre si ritrova nel sangue solo per pochi giorni.



Mentre nei Paesi in via di sviluppo la grande maggioranza delle persone si infetta nei primi 5 anni di età (spesso in modo totalmente asintomatico) e le epidemie sono rare a causa dell'immunità di gregge così acquisita, nei Paesi industrializzati, col miglioramento delle condizioni socio-economiche e la diminuzione dell'esposizione in età infantile, si è avuto un aumento del numero di adulti suscettibili. Essendo l'infezione da HAV più frequentemente sintomatica negli adulti che in età infantile, arrivando nelle persone con più di 50 anni ad un tasso di mortalità pari all'1,8%, paradossalmente con la diminuzione della frequenza delle infezioni si è rilevato un aumento delle infezioni clinicamente manifeste. In tale contesto, effettivamente, viaggiatori al ritorno da aree endemiche, immigrati provenienti dal Paese d'origine e cibi esotici di importazione possono ciclicamente avere un ruolo nel causare epidemie in Paesi a bassa endemia. Questo è vero in particolar modo per i figli di migranti nati nei Paesi industrializzati che, non avendo acquisito precedentemente l'immunità, rischiano di infettarsi durante le vacanze nel Paese d'origine dei genitori e di provocare, in casi comunque sporadici, l'importazione dell'infezione e la sua temporanea diffusione in ambito comunitario. Da diversi anni, comunque, le infezioni da HAV sono fortunatamente prevenibili grazie al vaccino. In Italia la vaccinazione anti-epatite A è indicata per tutti i viaggiatori che si recano in zone ad alto rischio e per altre categorie potenzialmente esposte (sanitari, addetti alla manipolazione di alimenti, omosessuali, persone che vivono in comunità chiuse, tossicodipendenti, etc.). In altri Paesi, come l'Olanda, dove la vaccinazione viene da qualche anno proposta a tutti i figli degli immigrati provenienti da Paesi ad alta endemia, si è osservata una diminuzione sia dei casi di importazione sia di quelli secondari. Negli Stati Uniti, nel 1999 la vaccinazione era stata estesa a tutti i bambini che abitavano nei 17 Stati a maggiore incidenza: la diminuzione in incidenza e mortalità dell'infezione

che si è osservata negli anni, in particolare in questi stati, ha fatto sì che a partire dal 2006 negli USA venisse raccomandata la vaccinazione anti-HAV a tutti i bambini dai 13 a 23 mesi nell'intera nazione.

Diversa è la situazione epidemiologica per quanto riguarda le epatiti a prevalente trasmissione parenterale, che possono evolvere in forme croniche paucisintomatiche o addirittura asintomatiche, in soggetti inconsapevoli della propria condizione e in grado di trasmettere l'infezione. La proporzione di tali soggetti tra gli immigrati nel nostro Paese dipende ovviamente dalla situazione epidemiologica nel Paese di provenienza e la potenziale diffusione è funzione della tipologia di contatto con altri soggetti e dello stato immunologico e vaccinale della popolazione nel Paese ospite. Attualmente non vi sono sufficienti conoscenze sulla reale diffusione delle epatiti virali tra gli immigrati nel nostro Paese e molte delle considerazioni epidemiologiche in tale senso sono ricavate da stime effettuate sulla base degli indici epidemiologici nei Paesi di provenienza.

Per quanto concerne l'**epatite virale B**, secondo un documento di consenso del Parlamento Europeo, il crescente numero di immigrati nei Paesi europei ha inciso significativamente sull'andamento epidemiologico di questa malattia, determinando un aumento nei tassi di prevalenza dell'infezione da HBV rispetto ai tassi attesi nella popolazione autoctona. L'incidenza dell'epatite B negli immigrati, in particolare quelli provenienti da Paesi ad elevata ed intermedia endemia di HBV, è generalmente più alta rispetto a quella registrata nella popolazione dell'Europa occidentale. Tuttavia, vi sono a tutt'oggi poche e incomplete informazioni circa i dati di prevalenza ed incidenza dell'epatite B in Europa, i cui sistemi di sorveglianza necessitano di una più accurata e completa valutazione sia dei cambiamenti epidemiologici in atto sia degli interventi più efficaci per il controllo effettivo della malattia. In Italia, l'introduzione della vaccinazione anti-HBV a partire dal 1991, ha determinato una contrazione dell'incidenza dei casi di epatite acuta da HBV, che si è ridotta progressivamente da 12 casi/100.000 abitanti nel 1985 a 1,3 casi/100.000 abitanti nel 2005, accanto ad una consistente diminuzione dei casi di epatite acuta da HDV. Infatti, l'**epatite virale D** necessita della presenza del virus HBV per la propria replicazione e presenta un'incidenza maggiore nelle popolazioni con più alta prevalenza di epatite virale B.

Anche la prevalenza dei portatori di HBsAg si è ridotta dal 3% negli anni '80 ad un valore attualmente inferiore all'1%. I livelli di prevalenza di portatori di HBsAg tra gli immigrati riscontrati in diversi studi nazionali appaiono eterogenei e frammentati: 8,9% su un campione di 1.683 immigrati nel Nord Italia, 7,7% su un campione di 771 immigrati appena arrivati nei Centri di Prima Accoglienza della Puglia, 39% su un campione di 218 immigrati cinesi in Toscana. A Padova, su 2.059 donne gravide (di cui il 12,8% immigrate), la prevalenza di HBsAg è stata dell'1% (3,1% nelle immigrate versus 0,7% nelle italiane, $p < 0,01$), mentre a Palermo, su un campione di 3.318 donne gravide (di cui il 9,4% immigrate), la prevalenza di HBsAg è stata dell'1,1% (4,2% nelle immigrate versus 0,8% nelle italiane, $p < 0,01$). Fra le donne gravide immigrate la prevalenza di HBsAg è circa 4-5 volte più alta rispetto alle donne italiane. In due studi recenti è stata evidenziata la

possibilità che gli immigrati possano essere esposti ad un maggior rischio di acquisire l'infezione da HBV nel nostro Paese, anche per l'assenza di campagne vaccinali efficaci nei loro Paesi di origine: secondo dati Caritas relativi a 1.248 immigrati testati a Castelvoturno (CE) nel periodo 1999-2004, la prevalenza di HBsAg era del 7,8%, mentre il 47% non aveva marcatori di pregressa esposizione e quindi era a rischio di infettarsi nel nostro Paese. Analogamente, uno studio condotto in Liguria su 245 donne immigrate ha mostrato che la prevalenza di HBsAg era dell'1% ma il 77% non aveva marcatori di pregressa esposizione e immunizzazione verso l'infezione da HBV. Allo scopo di ottenere informazioni epidemiologiche accurate in un campione ampio e rappresentativo della popolazione immigrata nella provincia di Brescia, è stato condotto uno studio di prevalenza di epatite B in una popolazione di immigrati prevalentemente "clandestini" presso il Servizio di Medicina del Disagio dell'Azienda Sanitaria Locale di Brescia. I dati dello studio mostrano una prevalenza di HBsAg di circa il 10%. Oltre la metà dei soggetti HBsAg positivi proviene dall'Africa, circa un terzo dall'Europa dell'est e il 10% dall'Asia. Ben il 35% dei soggetti testati non è risultato immunizzato verso l'epatite B.

Sulla base dei dati sopra esposti, è possibile concludere che la prevalenza di HBV fra gli immigrati varia molto a secondo dell'area di provenienza e si aggira in media attorno al 10%. Inoltre, una parte importante degli immigrati giunge in Italia senza immunizzazione protettiva verso l'infezione da HBV e, quindi, rappresenta un gruppo a cui indirizzare mirate campagne preventive, ma soprattutto a cui estendere i programmi di profilassi vaccinale. I programmi di vaccinazione estesi alla popolazione di immigrati sono considerati, anche a livello di politiche europee, essenziali per ridurre i tassi di incidenza dell'infezione negli immigrati. Tali programmi dovrebbero includere, oltre allo screening e alla vaccinazione dei soggetti suscettibili, anche uno stretto follow-up dei soggetti vaccinati, al fine di valutare l'efficacia dell'intervento. Appare inoltre essenziale, per garantire un più ampio accesso da parte dei migranti ai programmi di prevenzione e screening, il coinvolgimento delle rispettive comunità etniche e la facilitazione dell'accesso alle strutture sanitarie, indipendentemente dallo stato giuridico del soggetto.

Infine, particolare importanza riveste l'analisi dei differenti genotipi del virus HBV. Il virus HBV può essere classificato in 8 diversi genotipi (A-H): il genotipo A predomina nell'Europa nord-occidentale, in nord-America ed in Africa e in India; i genotipi B e C sono prevalenti in Asia, il genotipo D ha diffusione mondiale con particolare rilevanza nell'area mediterranea, il genotipo E è diffuso in Africa subsahariana, il genotipo F in centro-sud America, il genotipo G in nord-America, Francia, Regno Unito, Italia, Messico e Germania, infine il genotipo F predomina in centro e Sud America. Negli Stati Uniti, il genotipo A è più comune nei bianchi e nei neri, mentre i genotipi B e C predominano nei soggetti di origine asiatica. Le differenze genotipiche di HBV possono, almeno in parte, spiegare l'eterogeneità della storia naturale dell'infezione. Ad esempio, mutazioni del virus che causano la negativizzazione di HBeAg, nonostante la presenza di replicazione virale, sono meno frequenti nel genotipo A rispetto al D, parimenti il genotipo C

determina un'epatite cronica più severa ed un maggior rischio di epatocarcinoma (HCC) rispetto al genotipo B. Ma probabilmente l'impatto maggiore dei genotipi di HBV si estrinseca a livello di risposta ai farmaci antivirali, in particolare alla terapia con Interferone (IFN), o a livello di sviluppo di resistenze farmacologiche alla lamivudina e in generale ai farmaci nucleosidici. Secondo diversi studi, i genotipi B ed A sembrerebbero predittivi di una miglior risposta alla terapia con IFN (convenzionale o pegilato) rispetto ai genotipi C e D rispettivamente. In quest'ottica, e per una efficace gestione clinica dei pazienti immigrati affetti da epatite cronica da HBV, appare importante conoscere la presenza e la distribuzione, in questa popolazione, delle diverse varianti virali, per le implicazioni che possono rivestire dal punto di vista sia patogenetico sia diagnostico-terapeutico.



Nonostante l'**epatite virale C** sia considerata oggi un problema di sanità pubblica a livello mondiale, l'epidemiologia dell'infezione rimane largamente sconosciuta sia nei Paesi in via di sviluppo sia nei Paesi industrializzati. Si stima che circa l'1-2% della popolazione generale in Europa occidentale e nel nord America sia portatore cronico del virus HCV, ma percentuali più elevate, tra il 5% e il 10% o più, si registrano rispettivamente in molti Paesi africani, Sud America, Sud Est Asiatico, Egitto e Mongolia. Se nei Paesi industrializzati la modalità principale di contagio è rappresentata dalla tossicodipendenza endovenosa, nei Paesi in via di sviluppo la trasmissione in ambito ospedaliero e le pratiche curative diverse da quelle della medicina tradizionale rappresentano importanti modalità di contagio. In Italia, la prevalenza dell'infezione da HCV e la distribuzione dei relativi genotipi virali è poco conosciuta nella popolazione generale, ma vi sono numerosi studi di sieroprevalenza su specifici gruppi di popolazione a rischio di HCV. Generalmente i sottogruppi che presentano una prevalenza di infezione elevata sono rappresentati soprattutto da soggetti che fanno o hanno fatto uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (prevalenza >10%) e soggetti con attività sessuale promiscua che presentano una storia di infezioni sessualmente trasmesse (prevalenza $\geq 3\%$). In una ricerca effettuata su 5.377 sieri raccolti tra 1996 e 1997 da 20 regioni italiane, la prevalenza globale di HCV era pari a 2,7% e quella nei soggetti di età compresa tra 46 e 60 anni è risultata pari al 6,8%, con un gradiente Sud-Centro-Nord Italia.

Secondo i risultati di questa ricerca, la popolazione generale italiana rappresenta la popolazione con più alti tassi di prevalenza di HCV in Europa e le regioni del Centro-Sud Italia sono considerate aree iperendemiche per tale patologia. I sottotipi di HCV maggiormente riscontrati sono stati 1b e 2c, con percentuali del 60% e 20% rispettivamente. Meno ancora si sa sulla prevalenza di HCV negli immigrati nel nostro Paese: in uno studio recentissimo condotto a Verona nel 2008, la prevalenza di HCV in migranti dell'Africa subsahariana è stata pari al 2,7% e in un altro studio analogo condotto a Rotterdam in Olanda, la prevalenza di HCV in 288 immigrati è stata pari all'1,1%. Gli autori dello studio italiano concludono che tale prevalenza è in linea con quella dei Paesi di origine e non si discosta molto da quella riscontrata nella popolazione locale. Inoltre, segnalano che al momento attuale non vi è alcuna evidenza di un impatto dell'infezione da HCV nei migranti sulla popolazione autoctona. Tuttavia, l'aumento del fenomeno della prostituzione e della tossicodipendenza per via endovenosa potrebbe contribuire al mantenimento di una più elevata circolazione del virus in questi soggetti e nei loro partners sessuali. Sarebbero auspicabili maggiori interventi per individuare gli infetti, al fine di prevenire la trasmissione dell'infezione nei contatti e per ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici degli stessi. Maggiori problematiche di gestione potranno comportare le forme di coinfezione del virus HCV con il virus HIV, in ragione di una possibile maggiore contagiosità e più rapida evoluzione della patologia.

Una caratteristica importante dell'HCV è la grande variabilità della sequenza genomica. Sono stati identificati almeno 6 genotipi maggiori con relativi diversi sottotipi. La distribuzione geografica dei genotipi di HCV è assai variabile. Sebbene i genotipi 1, 2 e 3 sembrino ubiquitari, la loro prevalenza nelle diverse aree geografiche non è omogenea: i sottotipi 1a e 1b sono più comuni in USA, in Giappone ed in Europa, 1b è responsabile di oltre il 70% dei casi in Giappone, i sottotipi 2a e 2b sono relativamente frequenti in Europa, Cina e Giappone, il sottotipo 3a è diffuso fra i tossicodipendenti in Europa e in USA. Il genotipo 4 prevale in nord Africa e Medio Oriente, mentre i genotipi 5 e 6 sono confinati in sud Africa ed Sud Est Asiatico, rispettivamente. I movimenti migratori da Paesi endemici possono contribuire a modificare lo scenario attuale con l'introduzione di sottotipi inusuali. Le conseguenze di questa eterogeneità genetica dell'HCV determinano, almeno in parte, alcune differenze sia in termini di storia naturale della malattia sia in termini di prognosi e, soprattutto, di risposta alla terapia antivirale.

109

Bibliografia

Alexander J., Kowdley K.V. *Epidemiology of hepatitis B-Clinical implications*. Medscape Gen Med, 2006; 8(2): 13

Ansaldi F. et al. *Different seroprevalence and molecular epidemiology patterns of hepatitis C virus infection in Italy*. J Med Virol, 2005; 76(3): 327-32

Baldo V. et al. *Hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection in pregnant women in North-East Italy: a seroepidemiological study*. Eur J Epidemiol, 2000; 16: 87-91

Bonura F. et al. *Pregnant women as a sentinel population to target and implement hepatitis B virus (HBV) vaccine coverage: a three-year survey in Palermo, Sicily*. Vaccine, 2005; 23: 3243-3246

Boutouille A. et al. *Prevalence of Anti-Hepatitis E Virus Antibodies in French Blood Donors*. J Clin Microbiol, 2007; 45(6): 2009-10

Cardinale F. et al. *Prevalenza virus HBV, HCV, HIV e Lue in una popolazione di immigrate in Genova*. Gior It Mal Inf, 2005; 11(suppl 1): S80

Chiaramente M. et al. *HBV and HCV infection among non-European Union immigrants in North-East Italy*. Epidemiol Infect, 1998; 121: 179-183

Da Villa G. et al. *Impact of hepatitis B vaccination in a highly endemic area of South Italy and long-term duration of anti-HBs antibody in two cohorts of vaccinated individuals*. Vaccine, 2007; 25: 3133-3136

Da Villa G. *The prevention of viral hepatitis on the threshold of the III millennium*. Proc. of V International Congress, Capri (Italy), 21-23 May 1998, p. 48

Istituto Superiore di Sanità. *Lo screening per infezione da virus dell'epatite C negli adulti in Italia*. Expert Consensus Conference, Roma, 5-6 Maggio 2005. Rapporti Istisan, 06/47

Liu C-J. et al. *Therapeutic implications of hepatitis B virus genotypes*. Liver Int, 2005; 25(6): 1097-1107

Majori S. et al. *Hepatitis A, B, and C infection in a community of sub-Saharan immigrants living in Verona (Italy)*. J Travel Med, 2008; 15(5): 323-7

Mansuy J.M. et al. *Acute hepatitis E in south-west France over a 5-year period*. J Clin Virol, 2009; 44(1): 74-7

Mele A. et al. *Acute hepatitis Delta virus infection in Italy: incidence and risk factors after the introduction of the universal anti-hepatitis B vaccination campaign*. Clin Infect Dis, 2007; 44: 17-24

New aspects of HEV infection. Rev Med Suisse, 2008; 4(169): 1863-6.

Péron J.M. et al. *Fulminant liver failure from acute autochthonous hepatitis E in France: description of seven patients with acute hepatitis E and encephalopathy*. J Viral Hepat, 2007; 14(5): 298-303

Péron J.M. et al. *Hepatitis E is an autochthonous disease in industrialized countries. Analysis of 23 patients in South-West France over a 13-month pe-*

riod and comparison with hepatitis A. Gastroenterol Clin Biol, 2006; 30(5): 757-62

Piazza M. *La vaccinazione contro l'epatite B: scenario epidemiologico in Italia 16 anni dopo la vaccinazione obbligatoria dei nuovi nati. Leadership Medica*

Scotto G et al. *Epatiti virali ed immigrazione: aspetti clinico-epidemiologici. Atti IV Congresso Nazionale SIMIT, Fiuggi, 12-15 Dicembre 2005: 159-163*

Scotto G. et al. *Prevalenza di infezione da HBV, HCV, HIV e TBC in una popolazione di immigrati ospiti di un centro di prima accoglienza. Gior It Mal Inf, 2005; 11(suppl 1): S133*

Squarcione S. et al. *Morbidity from hepatitis B after introduction of nationwide immunization in Italy. Lancet, 1997; 350: 114*

Ulmer T. *European orientation towards the better management of hepatitis B in Europe. Recommendations of the hepatitis B expert group.*

Veldhuijzen I.K. et al. *Viral hepatitis in a multi-ethnic neighborhood in the Netherlands: results of a community-based study in a low prevalence country. Int J Infect Dis, 2009; 13(1): e9-e13*

Vogt T.M. et al. *Declining hepatitis A mortality in the United States during the era of hepatitis A vaccination. J Infect Dis, 2008; 197(9): 1282-8*



Ernst Ludwig Kirchner, Coppia in una camera, 1880-1938

INFEZIONE DA HIV E MIGRAZIONE

Issa El-Hamad, Maria Chiara Pezzoli

Secondo i dati ufficiali diffusi sull'epidemia di AIDS nel mondo, nel 2009 le persone affette da infezione da HIV erano 33,3 milioni (di cui oltre 30 milioni nei Paesi in via di sviluppo) e 1,8 milioni quelle decedute per AIDS.

La prevalenza dell'infezione da HIV nei soggetti giovani-adulti è rimasta sostanzialmente stabile a partire dal 2001 (0,8%), ma la situazione epidemiologica è estremamente variabile in relazione all'area geografica considerata, con prevalenze in aumento in Medio Oriente, Nord Africa e Africa orientale, Oceania, Europa orientale, Asia centrale e Nord America.

113

Analogamente, anche l'incidenza dell'infezione ha un comportamento geografico differente: nei Paesi asiatici è aumentata di oltre il 25% tra il 2001 e il 2009, mentre in Europa, Asia centrale e America del Nord si è mantenuta stabile negli ultimi 5 anni.

Per quanto riguarda la mortalità, complessivamente, rispetto al 2001, il numero di decessi per AIDS è rimasto stabile. Si registrano anche in questo caso importanti differenze geografiche e temporali: la mortalità ha cominciato a scendere in Africa sub-sahariana e nei Caraibi a partire dal 2005, mentre in Nord America, Europa occidentale e Europa centrale dal 1996, anno di introduzione della terapia antiretrovirale ad alta efficacia; in Asia centrale e in America Latina, il numero delle vittime si è stabilizzato ma non diminuisce e in Europa orientale, infine, i decessi continuano ad aumentare.

In Europa centro-occidentale, il numero stimato di persone affette da infezione da HIV è in continuo aumento, verosimilmente a causa di un ampio accesso alla terapia antiretrovirale, che garantisce il controllo della malattia. Nel 2009, il numero delle nuove infezioni da HIV in Europa centro-occidentale era di circa 31.000 unità e 8.500 la stima dei decessi per AIDS; il numero totale di adulti e bambini affetti da infezione da HIV a partire dall'inizio dell'epidemia ammontava a 820.000 (nel 2001 erano 630.000).

In Europa occidentale l'epidemia da HIV è caratterizzata da un aumento continuo di casi a trasmissione sessuale, con un'influenza non trascurabile sul quadro epidemiologico europeo esercitata dai soggetti immigrati, soprattutto per quanto riguarda la trasmissione eterosessuale. Si stima che il 40% dei casi di HIV in Europa siano acquisiti tramite contatti eterosessuali: se da questi si escludessero gli immigrati, tale percentuale scenderebbe al 25%. Nel Regno Unito, il 44% delle nuove infezioni da HIV nel 2007 è stato acquisito all'estero, soprattutto in Africa sub-sahariana. Complessivamente, si stima che in Europa circa 1/5 delle nuove infezioni registrate nel 2007 (pari ad un terzo circa delle infezioni da HIV acquisite per via eterosessuale) sia a carico di soggetti stranieri.

La maggior prevalenza dell'infezione da HIV negli immigrati rispetto alla popolazione europea è dovuta a diversi fattori, tra cui la situazione epidemiologica dell'infezione da HIV nei Paesi di origine, la condizione di vulnerabilità legata al processo migratorio stesso e l'ineguaglianza nell'accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura. I dati europei sottolineano, quindi, l'importanza di implementare interventi preventivi e informativi e programmi per facilitare l'accesso ai servizi di diagnosi e cura dell'infezione da HIV per la popolazione di immigrati nei nostri Paesi.

In Italia, i dati diffusi dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) indicano che nel 2009 sono stati diagnosticati complessivamente 6 nuovi casi per 100.000 residenti, posizionando l'Italia fra i Paesi dell'Europa Occidentale con un'incidenza di HIV medio-alta. Se si stratifica per nazionalità, i dati mostrano un'incidenza di infezione da HIV circa 5 volte superiore nei soggetti stranieri rispetto alla controparte italiana (rispettivamente 22,5 e 4,6 per 100.000 residenti). Nel 2009, in Italia, circa una persona su tre con nuova diagnosi di HIV era di nazionalità straniera. Il trend temporale mostra una percentuale di nuove diagnosi di HIV nei soggetti stranieri in aumento progressivo dal 1992 al 2006 (dall'11% al 32,9% del totale delle nuove diagnosi di HIV), per poi diminuire negli anni seguenti, fino al 27,2% del 2009.

Per quanto riguarda la modalità di trasmissione dell'infezione nella popolazione straniera nel nostro Paese, i contatti eterosessuali rappresentano la modalità più frequente, con una percentuale in aumento negli anni (24,6% nel 1992, 70% nel 2009).

Se si considerano invece i casi di AIDS notificati dal 1982 a fine 2010, dei 62.617 casi cumulativi, l'8,5% erano rappresentati da stranieri, con un aumento progressivo nel tempo (dal 5,1% nel biennio 1995-96 al 26,7% nel biennio 2009-10).

Un altro aspetto importante è il ritardo con cui viene effettuata la diagnosi di infezione da HIV: secondo i dati italiani, la proporzione di pazienti con una diagnosi di infezione da HIV vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è aumentata progressivamente dal 1996 al 2010, e risulta più elevata tra coloro che hanno come modalità di trasmissione i contatti sessuali e, soprattutto, tra gli stranieri.

Uno studio effettuato dal COA sul ritardo diagnostico ha evidenziato che, nel 2009, il 40% circa delle nuove diagnosi di infezione da HIV notificate in 7 aree geografiche (Puglia, Lombardia, Liguria, Piemonte, Umbria, Catania, Sassari) era costituito da soggetti con malattia avanzata (definita come presenza di grave compromissione del sistema immunitario con un numero di linfociti T CD4 <200 cells/ μ L o di una patologia indicativa di AIDS), di cui la metà era già AIDS. Circa 1/3 di questi soggetti (27,3%) erano stranieri, fattore significativamente associato alla diagnosi tardiva, insieme al sesso maschile, alla trasmissione eterosessuale e all'età >40 anni. Questi dati indicano che molti soggetti, soprattutto immigrati, arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività, prerequisito essenziale per accedere alla terapia antiretrovirale e per ridurre la mortalità e la probabilità di trasmissione dell'infezione. Si stima che, nei Paesi industrializzati, circa il 30% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV abbia una malattia avanzata, fattore questo indicativo di una bassa consapevolezza del rischio di infezione, in modo particolare tra gli uomini eterosessuali maturi e tra gli stranieri.

Per quanto riguarda gli stranieri, spesso il ritardo diagnostico è legato a diversi fattori, tra cui la difficoltà di accesso e fruizione dei servizi sanitari, ma anche fattori socio-culturali, quali la stigmatizzazione, il razzismo e la discriminazione correlate all'infezione da HIV, le difficoltà linguistiche e culturali, i molteplici concetti di salute e malattia che diverse culture veicolano e il significato diverso che l'infezione da HIV stessa riveste nelle varie culture, la ridotta percezione del rischio e, spesso, la limitata conoscenza dell'infezione stessa. Su tali fattori incidono la mancanza di adeguate campagne di formazione rivolte agli operatori sanitari stessi e di informazione rivolte alle comunità di immigrati, tutte strutturate in un'ottica transculturale.

115

Dove gli immigrati abbiano contratto l'infezione, se nei loro Paesi di origine o nel Paese ospite, risulta spesso di difficile definizione. In questo ambito, uno studio multicentrico italiano (studio PrISHMA), condotto su oltre 4.000 soggetti immigrati, ha dimostrato che circa i 2/3 dei soggetti con nuova diagnosi di infezione da HIV, e per i quali è stato possibile risalire al luogo presunto di infezione, avevano acquisito l'infezione proprio in Italia. Questo dato è particolarmente significativo, perché sottolinea l'importanza di pianificare ed attuare interventi di prevenzione dell'infezione da HIV mirati sulla popolazione immigrata nel nostro Paese.

La popolazione immigrata con infezione da HIV presenta delle differenti caratteristiche clinico-virologiche rispetto alla popolazione autoctona. Dal punto di vista clinico, alcune sottopopolazioni di immigrati HIV-positivi sono più soggette a sviluppare una nefropatia HIV correlata (pressoché esclusiva della popolazione di etnia nera HIV-positiva) e la tubercolosi, patologie relativamente meno frequenti nella popolazione autoctona. Dal punto di vista virologico, è importante sottolineare che gli immigrati provengono da aree geografiche dove sono diffusi sierotipi virali diversi dal sierotipo HIV-1 B, prevalente nei Paesi occidentali, quali l'HIV-1 non B e l'HIV-2.



116

Ciò comporta non soltanto delle implicazioni dal punto di vista clinico, quali la possibilità di differente rischio di trasmissione materno-fetale e la differente velocità di progressione della malattia, ma anche e soprattutto dal punto di vista diagnostico, terapeutico e di follow-up. In particolare, dal punto di vista terapeutico, la presenza di sottotipi diversi rispetto all'HIV-1 B pone particolari problemi relativi alle resistenze ai farmaci antiretrovirali, soprattutto se si considera il virus HIV-2, mentre i sottotipi HIV-1 non B possono rendere difficoltosa l'interpretazione dei test di resistenza farmacologica. Nel valutare un possibile trattamento antiretrovirale nel soggetto immigrato sieropositivo è quindi necessario tener presente le eventuali peculiarità virologiche correlate ai diversi sottotipi, che possono influenzare differenti pattern di resistenza farmacologica e diverse caratteristiche cliniche della malattia.

L'efficacia e la tossicità dei farmaci antiretrovirali può essere influenzata dal gruppo etnico di appartenenza, tramite differenze genetiche riscontrate al livello di enzimi coinvolti nel processo di trasporto e metabolismo dei farmaci. Ad esempio, nei soggetti di etnia nera e ispanica è relativamente frequente una mutazione genica (a livello del citocromo P450), che può associarsi ad una elevata concentrazione plasmatica di un farmaco anti-HIV (efavirenz), con conseguente maggior rischio di tossicità farmaco-correlata (neuropsichica).

Analogamente, nei soggetti di etnia africana e ispanica è meno frequente un'altra mutazione genica (a livello del sistema HLA-B*5701), con conseguente minor rischio di tossicità (reazione di ipersensibilità) ad un altro farmaco anti-HIV (abacavir).



Sempre in quest'ottica, il rischio cardiovascolare associato all'infezione da HIV e alla terapia antiretrovirale risulta maggiore nei neri rispetto alle altre etnie, a causa di una maggior predisposizione genetica a obesità, insulino-resistenza e diabete; anche gli asiatici e gli ispanici sono a maggior rischio di diabete farmaco-correlato, mentre le persone di etnia nera hanno un minor rischio di alterazioni lipidiche, più frequenti invece negli ispanici, soprattutto se associate all'abuso di alcol. I neri hanno, generalmente, un rischio inferiore rispetto a caucasici ed ispanici di sviluppare osteopenia/osteoporosi correlate alla terapia antiretrovirale, grazie alla loro maggiore densità ossea e al loro maggior indice di massa corporea. La terapia antiretrovirale deve, quindi, essere impostata valutando i rischi e le comorbidità del migrante ed i rischi aggiuntivi legati all'appartenenza etnica.

I fattori appena descritti si riflettono notevolmente in termini di efficacia, tossicità ed aderenza alla terapia antiretrovirale nella popolazione migrante e la loro conoscenza è fondamentale per la gestione del soggetto immigrato HIV-positivo.

Un fattore chiave per il controllo dell'infezione da HIV è la costante assunzione della terapia antiretrovirale.

Diversi studi nazionali ed internazionali evidenziano che la condizione di immigrato sia legata ad una maggior probabilità di perdita al follow-up e di fallimento terapeutico.

Pertanto è opportuno implementare programmi di counselling transculturale specifici, formazione e aggiornamento degli operatori socio-sanitari in ambito transculturale, semplificare laddove possibile la terapia antiretrovi-

rale privilegiando la terapia a monosomministrazione giornaliera, eventualmente ricorrere a protocolli di terapia DOT (*Directly Observed Therapy*) o semi-DOT in contesti specifici (quali carcere, centri di accoglienza, Servizi per le Tossicodipendenze), coinvolgere le comunità stesse degli immigrati per favorire i programmi di prevenzione e cura.

Bibliografia

Bausserman L.L. et al. *Racial differences in serum lipids in HIV+ women treated with protease inhibitor regimens*. HIV Clin Trials, 2004; 5(6): 399-405

Burns F.M. et al. *Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain*. AIDS Care, 2007; 19(1): 102-108

Centro Nazionale AIDS dell'ISS, Ministero della Salute, SIMIT. *Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1*. Ottobre 2011

118

Centro Operativo AIDS (COA). *Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2009 e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2010*. Suppl. del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 2011; 24 (5) suppl. 1

Cressey T.R, Lallemand M. *Pharmacogenetics of antiretroviral drugs for the treatment of HIV-infected patients: an update*. Infect, Genet Evolution, 2007; 7: 333-342

Curtis J.R. et al. *Ethnic variations in the prevalence of metabolic bone disease among HIV-positive patients with lipodystrophy*. AIDS Res Hum Retroviruses, 2006; 22(2): 125-131

Dixon-Mueller R. e Germain A.. *HIV testing: the mutual rights and responsibilities of partners*. Lancet, 2007; 370: 1808-9

ECDC and WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS Surveillance in Europe*, 2009

ECDC. *Technical report. Improving HIV data comparability in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA countries: findings from a literature review and expert panel*. Agosto 2011

ECDC. *Technical report. Migrant health: HIV testing and counselling in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA Member States*. Agosto 2011

Geretti A.M. *HIV-1 subtypes: epidemiology and significance for HIV management*. *Curr Opin Infect Dis*, 2006; 19 (1): 1-7

Haour-Knipe M. et al. *HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation*. *Soc Sci Med*, 1999; 49(10):1357-72

Kantor R. et al. *Antiretroviral drug resistance in non-subtype B HIV-1 isolates from treated patients*. *HIVresistanceWeb*; 2002

Pezzoli M.C. et al. *HIV infection among illegal migrants, Italy, 2004-2007*. *Emerg Infect Dis*, 2009; 15(11): 1802-1804

Rodes B. et al. *Viral response to antiretroviral therapy in a patient coinfectd with type 1 and type 2*. *Clin Infect Dis*, 2005; 41: e19-e21

Salehian B. et al. *Prevalence and incidence of diabetes in HIV-infected minority patients on protease inhibitors*. *J Nation Med Associat*, 2005; 97(8): 1088-1092

Sobrino-vegas P. et al. *Delayed diagnosis of HIV infection in a multicenter cohort: prevalence, risk factors, response to HAART and impact on mortality*. *Curr HIV Res*, 2009; 7(2): 224-30.

Staehelin C. et al. *Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: Access to antriretroviral therapy, disease progression and survival*. *AIDS*, 2003; 17(15):2237-44

UNAIDS. *Global Report – UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*



Michael Faraday nel suo laboratorio all'Istituto Reale, Harriet Jane Moore, 1081-1884

PROBLEMATICHE SANITARIE DEL MIGRANTE IN AMBITO DI MEDICINA GENERALE

Daniela Pasini, Fulvio Lonati

Il fenomeno della migrazione è complesso e dinamico: rappresenta una sfida difficile e problematica per i Paesi di approdo dei migranti. La realtà multietnica nel nostro Paese è infatti in rapida evoluzione: nel corso dei primi anni '90 il flusso migratorio aveva origine essenzialmente dal centro Africa; successivamente è divenuta consistente la componente a provenienza dal lontano Oriente, mentre negli ultimi anni ha prevalso quella dai Paesi dell'est europeo.

121

Anche il profilo demografico della migrazione sta rapidamente cambiando: se un tempo il migrante era essenzialmente giovane e di sesso maschile, ora la proporzione di donne sta pareggiando quella degli uomini e comincia ad essere rappresentata anche la fascia di età adulta-anziana.

I ricongiungimenti familiari inoltre favoriscono naturalmente una natalità locale delle coppie migranti, con tassi di fertilità decisamente superiori a quelli della popolazione italiana autoctona.

Facendo riferimento alla situazione al 30.06.2011 dell'ASL di Brescia, fortemente interessata dal fenomeno migratorio, a fronte di una popolazione totale di 1.159.818 assistiti, gli stranieri regolarmente iscritti al Servizio Sanitario Regionale sono risultati essere 158.382, pari al 13,7% (Tab. 1); le nazionalità rappresentate sono risultate essere ben 178.

L'incremento medio degli stranieri regolarmente iscritti nella stessa area territoriale, analizzati in modo mirato nel periodo 2003-2008, è stato del 13% annuo (da 72.066 a 132.361) contro lo 0,5% della popolazione italiana: l'aumento della popolazione assistita nell'ASL di Brescia, pari a +1,57% annuo, è quindi da ascrivere in massima parte alla crescita della popolazione straniera.

Va peraltro rilevato che l'incremento degli stranieri appare in rallentamento: era +21% tra il 2003 ed il 2004 e risulta essere intorno a +10% dopo il 2006 (Fig. 1).

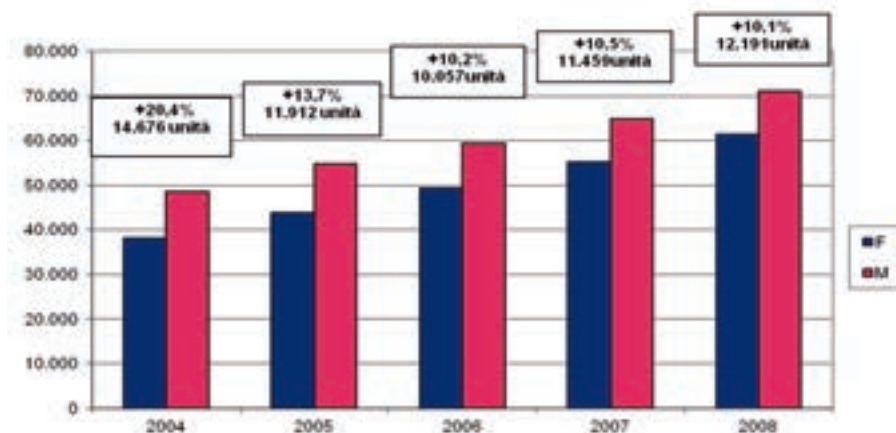
Tab. 1. Numerosità della popolazione straniera assistita nell'ASL di Brescia al 30.6.2011

CONTINENTE DI PROVENIENZA	N. STRANIERI ISCRITTI AL SSR	N. NAZIONALITÀ RAPPRESENTATE
EUROPA	59.265	48
ASIA	42.958	45
AFRICA	51.266	48
AMERICA	4.842	29
OCEANIA	29	8
APOLIDE	22	---
TOTALE STRANIERI	158.382	178

Un altro aspetto interessante emerso dal monitoraggio effettuato nel territorio bresciano è il riscontro di una maggior crescita del sesso femminile tra gli stranieri: le donne rappresentavano il 43,3% degli stranieri nel 2003 e sono divenute il 46,3% nel 2008, con una crescita del 14,6% annuo rispetto all' 11,7% dei maschi.

Fig. 1. Numerosità popolazione straniera assistita nell'ASL di Brescia dal 2003 al 2008

122



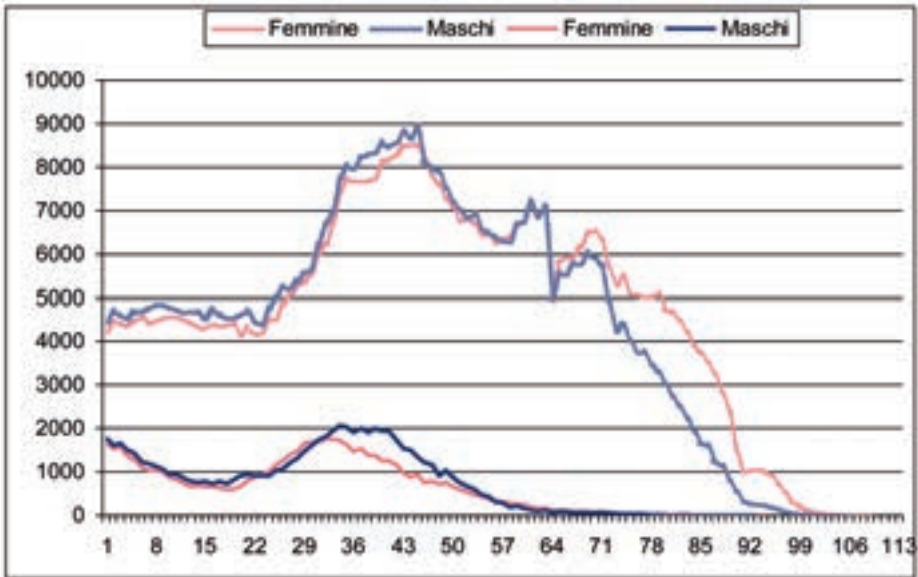
Inoltre, la distribuzione per età degli stranieri è risultata essere assai diversa da quella degli italiani (Fig. 2): molto più giovane la popolazione straniera, con un'età media di 28,0 anni rispetto ai 43,7 degli italiani. La proporzione degli stranieri è risultata più elevata nelle categorie d'età più giovani, come di seguito evidenziato:

- 29% dei neonati;
- 25% nella classe d'età 1-4 anni;
- 16% nella classe d'età 5-14 anni;
- 17% nella classe d'età 15-44 anni;
- 6% nella classe d'età 45-64 anni;

- 1,2% nella classe d'età 65-74 anni;
- 0,4% nella classe d'età oltre i 75 anni.

L'età media della popolazione italiana del territorio bresciano che, in quanto poco influenzata da fenomeni migratori, fornisce un miglior indice dell'invecchiamento naturale della popolazione, è passata nel periodo 2003-2008 dai 42,3 anni ai 43,7, pari ad un aumento medio annuo di più di 3 mesi.

Fig. 2. Distribuzione per età e sesso popolazione assistita nell'ASL di Brescia per nazionalità



123

In un contesto di così rapida, consistente e variegata trasformazione, la tutela della salute dei migranti si configura come uno degli aspetti più impegnativi da affrontare.

Le implicazioni sanitarie del fenomeno migratorio coinvolgono ovviamente tutte le figure sanitarie, anche se in misura diversa, a seconda del tipo di prestazione sanitaria e del ruolo dell'operatore.

In particolare, il migrante pone l'operatore sanitario di fronte a situazioni complesse, con quadri clinico-sanitari associati a problematiche di altra natura, mutevoli, difficilmente inquadrabili, per le quali spesso non esiste una concreta risposta univoca.

Tale difficoltà è condivisa anche da insegnanti, operatori sociali, impiegati degli uffici pubblici aperti all'utenza; tuttavia, per il personale sanitario, ospedaliero o territoriale, "essendo in gioco la salute", gestire la problematica risulta non di rado un compito difficile e impegnativo.

Ma se nel contesto ospedaliero responsabilità, rischi legali e problematiche morali sono ripartite fra più operatori, nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale spesso esiste solo il "qui ed ora": il medico si trova a confrontarsi, in estemporanea e sostanzialmente da solo, con una persona che parla una lingua diversa, ha una cultura diversa, vive con abitudini diverse.

Un ruolo strategico potrebbe essere giocato da mediatori culturali e linguistici, ma ciò è di fatto improponibile, non essendo realisticamente immaginabile una loro presenza in ogni studio medico; peraltro, quali e quanti mediatori?

Tutt'al più, il Medico di Medicina Generale può essere facilitato nella comunicazione quando è in grado di parlare e di capire una o più lingue tra quelle più diffuse a livello internazionale, quali ad esempio inglese e francese.

Vanno peraltro tenuti presenti alcuni problemi pratici che il Medico di Medicina Generale deve affrontare e cui può dare risposte di tipo organizzativo:

- l'immigrato richiede più tempo e disponibilità, a causa di difficoltà linguistiche, di cultura, di capacità e modalità di accedere agli altri servizi socio-sanitari;
- ulteriore criticità può essere generata dagli orari di attività ambulatoriale del Medico di Medicina Generale (l'immigrato regolare ha spesso maggiori possibilità di accedere nelle ore serali ed al sabato);
- gli spostamenti dei migranti sono frequenti, rendendo ulteriormente difficile la continuità delle cure;
- le diversità culturali sono non di rado all'origine di difficoltà nella accettazione da parte del migrante di efficaci azioni preventive.

Una relazione medico-paziente contestualizzata per il migrante

La scelta del Medico di Medicina Generale si basa eminentemente sul rapporto di reciproca fiducia; ciò è ancor più vero nella relazione che si stabilisce con il cittadino straniero immigrato, che ha maggiore necessità di *"appoggiarsi"* ad una persona competente e di cui possa personalmente fidarsi.

Purtroppo questa interazione, che dovrebbe essere basata sulla libera scelta dell'assistito e su un rapporto di fiducia reciproca, risulta di fatto particolarmente difficile, in quanto passa necessariamente attraverso meccanismi di comprensione *"trans-culturale"*.

Oltre alle possibili difficoltà comunicative linguistiche, entrano infatti in gioco i diversi immaginari e i diversi modelli interpretativi dei fenomeni correlati allo stato di salute e, più in generale, di benessere.

In alcuni casi, stati emozionali vengono innestati su retroterra di interpretazioni religiose che portano ad incasellare in questo contesto disturbi funzionali ed organici.

Ad esempio, la sintomatologia di un senegalese che si lamenta della propria salute, apparendo teso, ansioso, con atteggiamenti ipocondriaci e che riferisca il disagio di sentirsi osservato da tutti in un Paese straniero, potrebbe mimare persino il quadro di un paziente delirante, allucinato, con idee di persecuzione. E quella di un magrebino, che si presenti in ambulatorio dicendo di sentire male dappertutto, di *"avere fastidio ora qua ora là per il corpo"* senza darsene una plausibile spiegazione e che sia ossessionato dal fatto che questa disgrazia è accaduta proprio a lui e non ad altri, potrebbe apparire affetto da una forma psicotica. Probabilmente si tratta in entrambi i casi di pazienti con disturbi minori interpretati secondo altri modelli culturali: in molte culture africane, infatti, la malattia è vista come una minaccia proveniente dall'esterno, dal mondo soprannaturale e magico.



Il paziente extracomunitario tende spesso a “*comunicare la sua malattia*” essenzialmente con il corpo: “*Male qua, male là. Tutto male*”. Questo comunemente ascolta il Medico di Medicina Generale, avendo dinnanzi un paziente che si tocca continuamente in questa o in quella parte del proprio corpo, riferendo in modo allarmante anche piccoli sintomi o sensazioni.

125

L’allarme per il proprio corpo, che nulla ha a che vedere con il vissuto ipocondriaco, rappresenta il segnale più chiaro di una concezione del proprio soma come “*macchina per lavorare e produrre in terra straniera*”, di cui il paziente immigrato è depositario.

Non infrequenti sono i casi in cui, pur utilizzando paziente e medico gli stessi termini, il significato attribuito dall’uno e dall’altro sono decisamente discordi.

Parlare di palpitazioni, ansietà, depressione, ipertensione, bile, pancia, non sempre porta ad una univoca attribuzione concettuale: l’uso del medesimo vocabolo non garantisce necessariamente una comunicazione reale nè una reciproca comprensione.

Di conseguenza il Medico deve necessariamente prestare molta attenzione all’utilizzo dei termini, specie quando formula domande al paziente relative ai suoi sintomi o quando gli fornisce spiegazioni.

Una valutazione nosologica mirata

Va sottolineata l’importanza di evitare di stigmatizzare gli immigrati come untori di patologie esotiche: oggi ciò è chiaramente smentito da numerose evidenze scientifiche ed epidemiologiche, che mostrano come le patologie a maggiore prevalenza negli immigrati siano strettamente connesse

alle condizioni di vita nel Paese ospite. La maggiore parte delle patologie sono correlate alle scadenti condizioni abitative e lavorative, alle difficoltà di relazione ed alla possibilità di accesso alle strutture sanitarie.

I riscontri epidemiologici evidenziano una fragilità sociale e una situazione di sofferenza sanitaria con malattie del disagio, infortuni sul lavoro e alcune patologie infettive a larga diffusione anche nel Paese ospitante.

Il profilo sanitario della popolazione immigrata non permette, dunque, considerazioni a favore di un allarme sanitario e l'attuale quadro epidemiologico, che emerge dalle diverse esperienze maturate su scala nazionale, non consente di ipotizzare reali rischi infettivologici per la popolazione locale.



126

Al fine di individuare la caratterizzazione dei consumi sanitari degli stranieri rispetto a quella degli italiani, l'ASL di Brescia ha effettuato un apposito studio¹ che ha permesso di evidenziare alcuni aspetti significativi, che si ritiene possano essere comuni ad altri contesti territoriali:

- la percentuale di stranieri che non ha alcun contatto con i servizi sanitari è del 28,5%, nettamente maggiore rispetto a quella degli italiani (16,4%).
- Il consumo complessivo di risorse sanitarie (valutato in termini di costo lordo medio pro capite annuo per farmaceutica, assistenza specialistica e ricoveri ospedalieri) degli stranieri è circa la metà di quello degli italiani, come conseguenza della diversa composizione demografica della popolazione straniera, in cui sono marginalmente rappresentate le classi di età più anziane. Va tuttavia evidenziato che le donne straniere in età fertile presentano indici di consumo sanitario maggiore di quelli delle coetanee italiane, consumo correlato al più elevato tasso di natalità, e gli stranieri maschi in età lavorativa consumano meno farmaci e prestazioni specialistiche rispetto agli italiani, ma hanno costi di ospedalizzazione maggiori, verosimilmente per una maggiore incidenza di traumi e incidenti.
- La prevalenza di stranieri presi in carico per patologie croniche è minore di quella degli italiani. Tale differenza potrebbe essere spiegata da una sorta di selezione naturale dei migranti, per la quale i soggetti affetti

¹ Scarcella C. e altri. *La popolazione straniera assistita nell'ASL della Provincia di Brescia: caratteristiche e costi sanitari a confronto con la popolazione italiana*, Mecosan – Management ed economia sanitaria – N. 57 – 2006; pag. 107-120

da malattie croniche sarebbero meno propensi ad affrontare le difficoltà legate all'emigrazione; potrebbe peraltro anche essere invocata una minor propensione ad accedere ai servizi sanitari per problematiche non a carattere acuto.

Dal punto di vista della pratica clinica, presso lo studio del Medico di Medicina Generale, la valutazione sotto il profilo nosologico delle malattie dei migranti potrebbe essere ricondotta ad una semplice suddivisione tra patologie acquisite e patologie importate. Le prime possono essere ulteriormente suddivise in:

- cataboliche, connesse agli stati mal nutrizionali, al degrado abitativo ed allo stato di indigenza o di estrema povertà;
- anaboliche, identificabili in quelle conseguenti al consolidamento dei processi di integrazione. L'acquisizione, ad esempio, di nuove abitudini alimentari e di stili di vita diversi da quelli dei Paesi di origine determina, in taluni immigrati ben inseriti e regolarmente residenti da lunga data nei Paesi occidentali, l'aumento del livello di colesterolemia e la comparsa di ipertensione arteriosa.

Le patologie importate sono invece malattie, trasmissibili o non trasmissibili nel nostro Paese, originate nei luoghi di provenienza, dove sono endemiche:

- le malattie trasmissibili contagiose sono tutte quelle che possono essere diffuse per contatto oro-fecale, sessuale, aereo, ecc.;
- le malattie non trasmissibili sono, ad esempio, quelle relative ai traumi o infortuni od a pregresse malattie invalidanti.

È da segnalare, inoltre, la possibilità che nel nostro Paese una patologia da "importata" possa divenire "acquisita". È il caso, ad esempio, di malattie come la tubercolosi, che possono slatentizzarsi e manifestarsi nel Paese ospite proprio a causa delle precarie condizioni abitative, igieniche e sociali.

Altro problema di grande rilievo è quello delle richieste di interruzione volontaria di gravidanza: in questi casi il MMG dovrebbe essere in grado di orientarsi rispetto ai servizi mirati ad affrontare questa problematica attivi nel proprio territorio e di indirizzare opportunamente la migrante.

Una particolare fragilità è riscontrabile anche in migranti, giovani o meno giovani, senza una famiglia in Italia: si tratta spesso di soggetti che, per la frequente condizione di disadattamento e degrado sociale, sono a maggior rischio di patologie psichiche minori e maggiori, di alcolismo e di altre tossicodipendenze.

Va inoltre tenuto presente che, fino a qualche anno fa, il paziente immigrato era giovane e sano: si ammalava qui a seguito soprattutto di infortuni sul lavoro, condizioni di degrado sociale, alcol, tossicodipendenza e patologie psichiatriche. Ora, non di rado, il MMG deve relazionarsi anche con immigrati anziani e multiproblematici.

Al fine di effettuare un **“bilancio di salute dell’immigrato”**, si propone di seguito uno schema riepilogativo di riferimento.

Migrante sano

Migrare per lavoro presuppone una selezione iniziale: emigra chi ha buona salute e forza per lavorare in un Paese straniero

Patologie da degrado e povertà

Problemi di salute connessi a:

- condizioni climatiche avverse
- degrado abitativo
- precarie condizioni igieniche
- disordini e scarsità di apporto nutrizionale

Patologie importate

Problemi di salute da valutare attentamente dal punto di vista infettivologico

Patologia di urgenza

Problemi di salute da riferire a:

- traumi accidentali
- incidenti stradali
- infortuni sul lavoro
- episodi di violenza e criminalità

Patologie pregresse non trasmissibili

Problemi di salute riferibili a:

- postumi di torture
- postumi di ferite da guerra
- postumi malattie invalidanti

Patologie della fascia materno - infantile

Problemi di salute riferibili a:

pratiche escissorie e mutilanti a motivazione religiosa, culturale o sociale quali infibulazione, clitoridectomia, circoncisione

Procreazione e maternità responsabili:

- interruzione volontaria di gravidanza ed aborto
- assistenza gravidanza, parto, puerperio
- assistenza peri e neonatale
- evoluzione crescita bambino
- vaccinazioni e malattie in età pediatrica



Il giovane dottore, Albert Roosenboom, 1845-1875

APPROCCIO VACCINALE AL MIGRANTE

Guglielmino Baitelli, Stefania Premi

Il migrante arriva nel nostro Paese sostanzialmente indenne da particolari patologie trasmissibili ed in uno stato di buona salute. Sono infatti i soggetti con le migliori condizioni generali psicofisiche che di solito scommettono la loro speranza di un futuro migliore nella migrazione. È per questo che i dati di evidenza hanno dimostrato che tra i migranti, a causa delle difficoltà di adattamento, le patologie acquisite nel Paese ospitante sono più frequenti rispetto a quelle d'importazione.

Dal 1990 studi e ricerche, facilitate anche dalla fondazione della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) con la realizzazione di periodiche Consensus Conference sui temi dell'immigrazione, hanno supportato, con riscontri scientifici, queste evidenze.

L'immigrato, nella stragrande maggioranza di casi, non porta con sé malattie esotiche, come paventato con enfasi da alcuni mass media, ma è piuttosto una persona da tutelare e proteggere dal punto di vista sanitario. Questa tutela va attuata anche attraverso l'offerta delle vaccinazioni che raccomandiamo abitualmente per la popolazione che vive in Italia, così da ottenere, insieme alla protezione individuale, anche il mantenimento delle nostre coperture vaccinali a garanzia della salute pubblica.

Tra i vari fattori che giocano un ruolo di rilievo nell'approccio vaccinale ai migranti risulta non infrequente l'incertezza nel poter conoscere lo stato di protezione immunitaria già esistente per ogni singolo soggetto. Questa incertezza è dovuta alla difficoltà di comunicazione, che spesso rende poco efficace il rapporto medico-migrante, ed alla frequente difficoltà ad avere documentazioni sanitarie affidabili.

Vi sono, per contro, evidenze scientifiche relative sia a fattori legati ai regimi vaccinali dei vari Paesi di origine dei migranti, sia alla reale capacità immunizzante dei vaccini disponibili, che possono semplificare l'approccio vaccinale ai migranti.

Coperture vaccinali nei Paesi certificati dall'OMS

I migranti in Italia provengono da tutti i continenti e da quasi tutti i Paesi del mondo. Questa è una caratteristica peculiare dell'immigrazione nel nostro Paese che evoca l'immagine di un caleidoscopio di persone, culture e religioni.

A fronte della notevole variabilità dei programmi vaccinali presenti in molte nazioni del mondo che hanno sviluppato un accettabile livello sanitario, dal 1974 l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è impegnata nel Programma Allargato di Immunizzazione (PAI) con l'obiettivo di raggiungere nei Paesi in via di sviluppo l'immunizzazione di tutti i bambini contro morbillo, tetano, difterite, pertosse, poliomielite e tubercolosi. Queste patologie, prevenibili con l'impiego dei vaccini sono state scelte per il loro grande impatto mondiale sia dal punto di vista numerico sia per la loro grande letalità. Grazie al PAI la copertura vaccinale della popolazione mondiale è andata migliorando (Tab.1) con risultati sorprendenti anche in molti Paesi in via di sviluppo che hanno ottenuto un buon controllo di queste patologie.

Tab. 1. *Difterite, Tetano e Pertosse (3 dosi di DTP): Anni 1980 - 2009, Coperture immunitarie nei Paesi certificati dall'OMS*

Copertura DTP3	>90%	<90% >80%	<80% >70%	<70% >60%	<60%	Totale
2009	128	30	16	11	8	193
1999	86	44	22	8	33	193
1989	49	42	20	11	71	193
1980	12	6	7	10	158	193

Sostanzialmente sono rimasti pochi i Paesi in cui, ancora oggi, a causa di guerre o di pregiudizi religiosi saldamente radicati, le coperture vaccinali contro le patologie previste dall'OMS non sono sufficienti. Nel 2009 solo 19 Paesi hanno avuto coperture vaccinali per Tetano e Difterite inferiori al 70%; di questi solo 8 inferiori al 60% (Tab. 2).

Lo stesso vale per la copertura immunitaria contro l'Epatite B, che, nonostante la campagna avviata solo recentemente dall'OMS, ha già ottenuto, negli ultimi anni, livelli apprezzabili in 179 Paesi sui 193 censiti.

Quanto sopra precisato non vale per la malattia tubercolare per la quale non si dispone, a tutt'oggi, di un vero vaccino ma solo di uno strumento (il Bacillo di Calmette-Guérin - BCG) utile a ridurre l'impatto della malattia nella popolazione infantile ma non in grado di conferire un'immunità duratura.

Nel mondo, molte popolazioni sono ancora colpite pesantemente dalla tubercolosi, per contro, altre nazioni, come l'Italia, hanno ottenuto un buon controllo della malattia grazie a complesse ed articolate azioni di prevenzione basate su una diagnosi rapida dell'infezione tra i contatti stretti dei malati ed una terapia efficace dei pazienti con malattia aperta. L'analisi dei dati registrati in Lombardia ed in Italia mostra come i casi di malattia tubercolare segnalati si attestano su valori pressoché costanti ormai da decenni.

Tab. 2. Difterite, Tetano e Pertosse (3 dosi di DTP), Coperture immunitarie ad un anno di età (%) nei Paesi certificati dall'OMS. Paesi con coperture inferiori all'80% - Anno 2009

Coperture DTP3 anno 2009	Totale	%	Nazioni			
Paesi con meno del 60% di copertura	8	4%	Chad (23%)	Somalia (31%)	Guin.Eq. (33%)	Nigeria (42%)
			Gabon (45%)	Rep. Centrafrica (54%)	Laos (57%)	Guinea (57%)
Paesi con copertura compresa tra 60% e 70%	8	4%	Haiti (60%)	Uganda (64%)	Mauritania (64%)	Liberia (64%)
			Papua N.Guinea (64%)	Iraq (65%)	Yemen (66%)	India (66%)
Paesi con copertura compresa tra 70% e 80%	18	10%	Niger (70%)	Sud Africa (70%)	Vanuatu (70%)	Samoa (72%)
			Timor-est (72%)	Angola (73%)	Azerbaijan (73%)	Malta (73%)
			Zimbabwe (73%)	Libano (74%)	Mali (74%)	Ecuador (75%)
			Kenya (75%)	Sierra Leone (75%)	Mozambico (76%)	Rep.dem Congo (77%)
			Madagascar (78%)	Etiopia (79%)		

133

Nello specifico, nelle popolazioni italiane, si registra un progressivo calo dei casi tra i cittadini italiani, per lo più anziani e con problematiche respiratorie preesistenti. Al contrario sono in crescita i casi tra gli stranieri, quasi sempre riscontrati in giovani adulti di recente immigrazione ed infettati nei Paesi di origine in età infantile. In queste persone le particolari condizioni di fragilità abitativa (in alloggi inadeguati e carceri) e le carenze nutrizionali e/o immunitarie fanno evolvere, una volta arrivati in Italia, l'infezione verso la malattia conclamata. Queste situazioni vanno sempre diagnosticate e trattate rapidamente per impedire la diffusione nell'intera popolazione. Stante l'assenza di una profilassi vaccinale efficace contro la malattia tubercolare, sono certamente utili, nel migrante, le campagne di screening al fine di evidenziare le infezioni latenti o diagnosticare eventuali casi di patologia già in essere. Infatti, questi screening prevengono la circolazione del micobatterio tra persone che versano spesso in uno stato di particolare disagio socio-economico ed abitativo.

Per quanto riguarda l'Epatite A, negli ultimi anni, si è visto che i casi di questa malattia a trasmissione alimentare si sono presentati sempre più frequentemente nelle popolazioni lombarde e sempre più spesso in soggetti immigrati. In particolare sono stati registrati un numero crescente di casi



134

nelle comunità infantili scolastiche. Grazie alle campagne di vaccinazione messe in atto nelle singole comunità scolastiche dove sono stati registrati i casi si è potuta prevenire la diffusione di ulteriori casi.

In un recente studio francese sulla sieroprevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite A nei migranti sono stati valutati soggetti nati e che hanno vissuto per almeno un anno in un Paese in via di sviluppo. La sieroprevalenza complessiva osservata è stata dell'82% ma con significative differenze a secondo dell'area di provenienza dei soggetti; quelli provenienti dall'Africa sub-sahariana presentavano un'immunità del 90%, quelli del medio oriente dell'83%, quelli del nord Africa dell'81%, quelli dell'estremo oriente del 68%, quelli del Centro-sud America del 57% ed, infine, quelli dell'est Europa del 50%. Lo studio ha evidenziato altre due variabili importanti. La prima legata all'età, con un incremento dei soggetti immuni direttamente proporzionale all'età; e la seconda legata alla durata della permanenza nell'area endemica, con un tasso di sieropositività più alto a seguito di una permanenza prolungata. Altri recenti studi sulla sieroprevalenza negli immigrati in Italia dall'Africa sub-sahariana, hanno dimostrato che la protezione contro l'Epatite A è presente nel 99,5% di queste persone.

Caratteristiche dei vaccini che ne influenzano l'utilizzo

Molti vaccini compresi quelli raccomandati nel nostro Paese devono essere somministrati in più dosi, per garantire al meglio un'efficace immunizzazione capace di durare nel tempo. Sulla base di prove scientifiche consolidate, sono ormai ben definiti anche quali debbano essere gli intervalli minimi e massimi tra le dosi dei vaccini

a prescindere dalle disposizioni amministrative dettate negli ultimi decenni dai singoli calendari nazionali.

Allo stato attuale, la scelta della cadenza nella somministrazione delle dosi, infatti, non discende, come in passato, da sole considerazioni teoriche, ma anche da studi sperimentali e dall'esperienza ottenuta con studi sia nazionali sia internazionali sul campo. Per ogni vaccino esiste un'età minima per la sua somministrazione efficace (Tab. 3) ed esistono anche intervalli minimi fra le diverse dosi del vaccino quando necessarie, pena una immunizzazione scarsa o del tutto transitoria.

Al contrario, secondo la letteratura internazionale, in linea di massima un ritardo nell'esecuzione di una dose successiva di vaccino, per quanto somministrata al di là dei tempi massimi previsti dalle norme o dalle circolari ministeriali, provoca risposte immunitarie sempre ottimali e non richiede mai la necessità di ricominciare dall'inizio il ciclo vaccinale.

In genere, l'età per la prima dose di vaccino è indicata per raggiungere una protezione adeguata prima dell'età di maggiore rischio di contrarre la stessa malattia, spesso legata all'ingresso del bambino nelle comunità scolastiche. Per quasi tutti i vaccini dell'infanzia sono necessarie due o più dosi per ottenere una risposta immunitaria non solo efficace ma anche duratura. La conoscenza dell'età minima alla prima dose e dell'intervallo minimo fra le dosi è utile quando si deve ottenere una immunità nel modo più rapido possibile, ad esempio per viaggi o epidemie imminenti. Se la dose di vaccino viene somministrata troppo presto, rispetto ai tempi minimi stabiliti, il vaccino deve essere somministrato nuovamente al tempo corretto previsto.

135

Tab. 3: Età ed intervalli minimi tra le dosi dei vaccini raccomandati in Italia (Fonte: Bartolozzi G., Chiamenti C., Tozzi A.E.; Manuale delle vaccinazioni, cap.3: come e quando vaccinare, pag.64)

Vaccino/dose		Età raccomandata per la dose ai nuovi nati	Età minima per la dose	Intervallo per la dose successiva	Intervallo minimo per la dose successiva
Epatite B	1 ^a dose	3 ^o mese	Alla nascita	1/4 mesi	4 settimane
	2 ^a dose	5 ^o mese	4 settimane	2/18 mesi	8 settimane
	3 ^a dose	11 ^o / 12 ^o mese	6 mesi	----	----
DTPa	1 ^a dose	3 ^o mese	6 settimane	2 mesi	4 settimane
	2 ^a dose	5 ^o mese	10 settimane	2 mesi	4 settimane
	3 ^a dose	11 ^o / 12 ^o mese 5 ^o / 6 ^o anno	9 mesi 4 anni	4/5 anni ----	6 mesi ----
Hib	1 ^a dose	3 ^o mese	8 settimane	1/4 mesi	4 settimane
	2 ^a dose	5 ^o mese	4/12 settimane	2/18 mesi	4 settimane
	3 ^a dose	11 ^o / 12 ^o mese	6 mesi	----	----
Polio inattivato (SalK)	1 ^a dose	3 ^o mese	61 ^o giorno	1/4 mesi	4 settimane
	2 ^a dose	5 ^o mese	4 ^o mese	2/18 mesi	4 settimane
	3 ^a dose	13 ^o /18 ^o mese	6 ^o mese	2 mesi	4 settimane
	4 ^a dose	5 ^o /6 ^o anno	12 ^o mese	----	----
MPR	1 ^a dose	13 ^o /15 ^o mese	12 ^o mese	4/5 anni	4 settimane
	2 ^a dose	5 ^o / 6 ^o anno	13 ^o mese	----	----

Per le eventuali dosi o richiami successivi non esistono intervalli massimi oltre i quali si debba ricominciare l'intero ciclo vaccinale. Risulta sempre sufficiente una dose unica per continuare il ciclo di base o effettuare l'eventuale richiamo, anche se si è andati oltre il tempo stabilito. Le conoscenze attuali indicano, infatti, come l'interruzione anche prolungata della serie di inoculazioni del ciclo di base dei vaccini, così come dei richiami successivi, non comporta alcun bisogno di ricominciare da capo l'immunizzazione che può essere, invece, proseguita fino a completare l'intero calendario vaccinale, senza tener conto del tempo trascorso dall'ultima dose somministrata.

L'interferenza tra vaccini diversi si manifesta soltanto quando vengono somministrati agenti infettivi vivi. In realtà i vaccini vivi a somministrazione orale possono essere ingeriti sia contemporaneamente sia con qualsiasi intervallo di tempo da un vaccino parenterale antigenico o vivo. I vaccini vivi parenterali, invece, nelle due settimane successive alla loro somministrazione, inducono nell'organismo la produzione di interferone che può causare una ridotta risposta ad un secondo vaccino parenterale vivo o antigenico. Per questo motivo è preferibile la somministrazione contemporanea per via parenterale di quanti più vaccini risultino necessari alla protezione di un soggetto, utilizzando eventualmente sedi diverse di inoculazione. I soli limiti reali della somministrazione simultanea di più vaccini, ancorché sempre possibile, vanno ritrovati nella poca tolleranza delle numerose iniezioni contemporanee che, per distinguere le eventuali reazioni locali, devono essere, comunque, praticate in varie sedi di iniezione, distanziate di almeno 2,5 centimetri l'una dall'altra, e con siringhe diverse, senza mai mescolare i vaccini.

136

Tra due vaccini antigenici o tra un vaccino vivo ed uno antigenico non c'è alcun bisogno di mantenere una distanza minima di tempo tra le due somministrazioni. Solo se si tratta di due vaccini vivi da somministrare per via parenterale si devono eseguire le iniezioni o contemporaneamente o a distanza di almeno 4 settimane uno dall'altro (Tab. 4).

Tab.4. Linee guida per la somministrazione non simultanea di antigeni vivi e inattivati

Combinazione antigenica	Intervallo minimo raccomandato tra le dosi
Antigeni inattivati	Nessuno: possono essere somministrati contemporaneamente oppure a qualsiasi intervallo di tempo tra loro
Antigeni vivi ed inattivati	
Antigeni vivi (parenterali)	Simultaneamente oppure con 4 settimane di intervallo

Con i vaccini attualmente disponibili, l'eventuale interferenza può svilupparsi solo con la somministrazione non contemporanea di vaccino anti morbillo-parotite-rosolia e di vaccino contro la varicella. Grazie alle caratteristiche di alcuni singoli vaccini monovalenti, le ditte produttrici hanno potuto predisporre prodotti vaccinali contenenti gli antigeni di più agenti eziologici contemporaneamente. Questi prodotti vaccinali multivalenti, quando disponibili, devono essere preferiti. Ciò consente di minimizzare sia la probabilità di reazioni locali indesiderate nei punti di inoculazione, sia lo stress psicofisico del paziente e dei familiari, sia gli eventuali errori di somministrazione.

Sono oggi a disposizione alcuni prodotti vaccinali per diversi agenti causali di malattie infettive come, ad esempio, il vaccino esavalente contro difterite, tetano, pertosse, emofilo di tipo b, virus dell'epatite B e virus della poliomielite, il vaccino tetravalente contro difterite, tetano, pertosse e virus della poliomielite, il vaccino tetravalente contro morbillo, parotite, rosolia e varicella, il vaccino trivalente contro morbillo, parotite e rosolia, il vaccino trivalente contro difterite, tetano e pertosse, il vaccino trivalente contro difterite, tetano e poliomielite ed il vaccino bivalente contro difterite e tetano. È disponibile anche un prodotto vaccinale contenente gli antigeni dei due virus epatitici A e B che, ove possibile, è preferibile alle due iniezioni singole.

Aspetti critici dell'approccio vaccinale al migrante

Tutti i minori presenti in Italia hanno accesso ai consultori pediatrici, ai servizi di pronto soccorso ed agli ambulatori vaccinali territoriali. La vigente normativa di riferimento relativa all'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri, infatti, nonostante preveda che lo status regolare o irregolare del migrante determini una differenza di accesso al nostro Sistema Sanitario Nazionale, sancisce che anche per i minori che risiedono irregolarmente nel Paese, sia garantito un pacchetto di servizi di base a tutela della loro salute. Tale garanzia sanitaria comprende anche i servizi vaccinali.

La possibilità di comunicare con il migrante nell'ambito della relazione sanitaria riveste un ruolo fondamentale ed irrinunciabile quanto maggiore è la diversità culturale ed il disagio di adattamento. Particolarmente critica può rivelarsi la scarsa comprensione dovuta alle barriere linguistiche. Spesso la comunicazione può avvenire tramite la lingua francese o inglese che, comunque, restano lingue estranee sia al migrante sia al personale sanitario e possono, per questo, limitare la capacità di esprimere e comprendere i problemi generando fraintendimenti ed equivoci.

Proprio per questo molti centri vaccinali si sono dotati di strumenti informativi sulle vaccinazioni tradotti nelle principali lingue straniere. Di grande importanza è anche la figura del mediatore linguistico-culturale che, ove disponibile, consente non solo la traduzione linguistica dei concetti, ma anche una miglior comprensione ed interpretazione dei bisogni, aiutando così i sanitari a predisporre e fornire risposte più adeguate.



Tutte le volte che si presenta l'occasione di poter indagare il livello di immunizzazione di un minore migrante, il controllo dello stato vaccinale deve di regola basarsi, ove possibile, sulla visione diretta del certificato vaccinale del minore. Se il certificato fornito risulta incomprensibile può essere richiesta una traduzione anche solo ad un mediatore linguistico-culturale, se presente, in caso contrario all'ufficio stranieri del Comune o al Consolato. In ogni caso per valutare l'attendibilità dei dati anamnestici forniti si possono anche consultare i dati certificati del Programma Allargato di Immunizzazione (PAI) dell'OMS che, come abbiamo sottolineato, ha già ottenuto in una larga maggioranza dei Paesi in via di sviluppo buoni risultati vaccinali.

Stato vaccinale incerto o sconosciuto

La mancanza di documentazione relativa alle vaccinazioni ricevute in passato è una evenienza abbastanza frequente. Le precedenti vaccinazioni di alcuni minori possono non essere, infatti, documentabili perché per molti adolescenti e giovani adulti, ma anche per alcuni bambini, non si riesce ad ottenere una certificazione adeguata e la ricostruzione dell'avvenuta immunizzazione da parte dei genitori o dei parenti può essere poco attendibile.

In caso di dubbio vaccinale devono essere accettate solo certificazioni scritte. D'altro canto, quando si ha la presenza del soggetto da vaccinare, soprattutto se minore, non si devono mai rimandare le vaccinazioni per mancanza di documentazione, perché in questo modo si rischia di perdere un'importante, e forse esclusiva, opportunità di protezione.

Gli operatori sanitari dei servizi vaccinali devono controllare con attenzione la situazione sanitaria del Paese di provenienza del migrante e, nel caso, sondare se esiste la possibilità di ricevere rapidamente dichiarazioni, anche telefoniche, da altri servizi sanitari in attesa di un successivo invio della certificazione vaccinale mancante.

Per gli adulti, salvo situazioni epidemiologiche particolari o di rischio specifico legate allo stato di salute del soggetto o alla sua attività lavorativa, è indicata la sola profilassi anti-tetanica post-esposizione in presenza di lesioni a rischio di tetano, secondo le indicazioni nazionali vigenti. Per i minori, nel caso in cui non venga recuperata alcuna documentazione affidabile delle vaccinazioni effettuate, il soggetto deve essere, comunque, immunizzato con tutti i vaccini previsti in base alla sua età anagrafica (Tab. 5).

Tab. 5. Schema dei recuperi vaccinali: intervallo minimo tra le dosi

SOGGETTI CON MENO DI 24 MESI DI ETÀ		
VACCINO	TRA PRIMA E SECONDA DOSE	TRA SECONDA E TERZA DOSE
Tetano Difterite Pertosse	4 settimane	4 settimane
Polio parenterale (IPV)	4 settimane	4 settimane
Epatite da virus B	4 settimane	8 settimane
Emofilo inf. Tipo b	4 settimane se prima dose fatta a meno di 12 mesi	4 settimane se prima dose fatta a meno di 12 mesi
	8 settimane se prima dose fatta a 12-14 mesi	8 settimane se prima dose fatta a 12-14 mesi
	Nessuna dose se la prima è fatta oltre i 15 mesi	Nessuna dose se la prima è fatta oltre i 15 mesi
Morbillo Parotite Rosolia	Seconda dose secondo calendario	-----

SOGGETTI CON PIÙ DI 24 MESI DI ETÀ			
VACCINO	TRA PRIMA E SECONDA DOSE	TRA SECONDA E TERZA DOSE	TRA TERZA E QUARTA DOSE
Tetano Difterite Pertosse	4 settimane	4 settimane	6 mesi
Polio parenterale (IPV)	4 settimane	4 settimane	4 settimane
Epatite da virus B	4 settimane	8 settimane	-----
Morbillo Parotite Rosolia	4 settimane	-----	-----

Quando la situazione garantisce un successivo contatto con il minore da vaccinare, per valutare il suo stato immunitario rispetto alle vaccinazioni raccomandate, è anche possibile richiedere esami sierologici per ricercare anticorpi contro alcune malattie quali morbillo, parotite, rosolia, tetano ed epatiti A e B (circ. regionale 11, 2006).

L'esame sierologico per il tetano può essere indicativo di una immunizzazione attiva per l'intero pacchetto di vaccinazioni previste dal PAI dell'OMS (TBC, difterite, tetano, pertosse, poliomielite e morbillo).

Nonostante quanto appena indicato, il personale sanitario può, in alcuni casi di minori immigrati, continuare ad avere dubbi ragionevoli sul reale valore protettivo anche dei vaccini documentati da certificazioni scritte. I vaccini disponibili nei Paesi in via di sviluppo, come ha avuto modo di dimostrare l'OMS, sono in linea di massima di buona qualità e perfettamente affidabili anche quando prodotti direttamente in loco. L'OMS solo in alcune situazioni particolari ha messo in dubbio non tanto l'efficacia dei vaccini impiegati, quanto la qualità delle campagne vaccinali di alcuni Paesi in via di sviluppo a causa della scarsa educazione sanitaria del personale sanitario e delle popolazioni e delle non sempre efficienti garanzie di mantenimento della catena del freddo. D'altra parte le campagne vaccinali sono di non facile realizzazione nei Paesi con guerre o pregiudizi religiosi.

In tutti i casi che appaiono dubbi va sempre considerato che non esiste alcuna prova di evidenza riguardo a danni locali o sistemici, in caso di nuova somministrazione dei vaccini, in soggetti già immunizzati per morbillo, parotite, rosolia, poliomielite, Emofilo di tipo b (Hib) ed epatite da virus B. Solamente nei casi di ripetute somministrazioni dei vaccini per la difterite ed il tetano vi è la possibilità di reazioni indesiderate, talvolta gravi, da formazione di complessi antigene-anticorpo (fenomeno di Arthus). Per questo può essere indicata la verifica sierologica dello stato di protezione contro il tetano che può risultare indicativa anche per le altre cinque vaccinazioni previste dal P.A.I.. Infatti nei Paesi in via di sviluppo risulta praticamente non ipotizzabile la semplice vaccinazione per un solo tipo di antigeni rispetto ai sei previsti dal programma vaccinale.

Una sintesi schematica di un possibile approccio nei casi dubbi è sintetizzata nella Tabella 6.

Conclusioni

Un protocollo vaccinale praticabile nell'approccio al migrante, tenuto conto di tutte le evidenze attualmente disponibili, applica le seguenti indicazioni. Per l'adulto e il minore con più di 14 anni, in presenza di lesioni a rischio di tetano, salvo situazioni epidemiologiche particolari o di rischio specifico legate allo stato di salute del soggetto, è indicata la sola profilassi anti-tetanica post-esposizione. Per conferire un'immunità anche per difterite ed eventualmente pertosse è raccomandata negli adulti, di qualunque età, la somministrazione ogni dieci anni di un richiamo con vaccino contenente, oltre all'antigene tetanico, anche quantità ridotte di tossoide difterico (Td) ed eventualmente dell'antigene pertossico (dTPa).

Tab.6. Approccio per la valutazione dell'immunità e per l'immunizzazione dei minori migranti

VACCINO	APPROCCIO VACCINALE	APPROCCIO ALTERNATIVO
Tetano Difterite Pertosse	Se la documentazione e le informazioni disponibili sono attendibili proseguire il ciclo vaccinale. Nei casi dubbi effettuare la determinazione degli anticorpi antitetano, prima di fare una dose addizionale o una dose booster di DT, dT, DTPa o dTPa seguita dal controllo degli anticorpi IgG tetanici con rivaccinazione se risulta opportuna (il riscontro di anticorpi antitetanici per i soggetti provenienti da Paesi in via di sviluppo con buone coperture del Programma Immunizzazione dell'OMS sono indicativi anche per difterite, pertosse, morbillo, polio e TBC).	Effettuare sempre la ricerca degli anticorpi antitetano prima di fare una dose addizionale o una dose booster di DT, dT, DTPa o dTPa seguita dal controllo degli anticorpi IgG tetanici con rivaccinazione se opportuna (il riscontro di anticorpi antitetanici per i soggetti provenienti da Paesi in via di sviluppo con buone coperture vaccinali sono indicativi anche per difterite, pertosse, morbillo, polio e TBC).
Morbillo Parotite Rosolia	Se la documentazione e le informazioni sono attendibili proseguire il ciclo vaccinale; nel dubbio rivaccinare con anti Morbillo-Parotite-Rosolia.	Ricerca anticorpi IgG per Morbillo
Emofilo inf. di tipo b	Se la documentazione e le informazioni sono attendibili proseguire il ciclo vaccinale; nel dubbio rivaccinare solo se l'età è appropriata.	-----
Epatite da virus B	Se la documentazione e le informazioni sono attendibili proseguire il ciclo vaccinale; nel dubbio rivaccinare.	Test sierologico per HBsAg e HBsAb.
Poliovirus	Se la documentazione e le informazioni sono attendibili proseguire il ciclo vaccinale; nel dubbio rivaccinare con antipolio inattivato (IPV - Salk)	Somministrare dose singola di IPV (il test sierologico ha validità limitata)

Il vaccino trivalente contenente antigeni difterici (ridotti), tetanici e per tossici (dTPa) è indicato anche nei soggetti che non sono stati vaccinati in precedenza contro la pertosse.

Nei soggetti adulti mai vaccinati va comunque sempre usato il vaccino Td per le prime due dosi immunizzanti ed il vaccino TdPa per la terza dose (Tab. 7). Per il bambino da 0 a 14 anni si evidenziano tre diverse possibilità: se il bambino non è mai stato vaccinato va immunizzato seguendo il nostro calendario nazionale, in rapporto all'età; se, invece, il bambino è stato vaccinato regolarmente nel Paese d'origine e lo stato vaccinale è sufficientemen-

te documentato, dovrà essere seguito il nostro vigente calendario nazionale per l'eventuale completamento del ciclo vaccinale primario e/o i richiami. Nel caso in cui la documentazione fosse insufficiente e lo stato vaccinale dubbio, va praticato il vaccino esavalente con anti polio, anti Hib, anti HBV, anti difto-tetano-pertosse ed il vaccino trivalente con anti morbillo-parotite-rosolia eventualmente praticato con il vaccino antivaricella. Ulteriore opportunità andrebbe data alla somministrazione di vaccino anti-epatite A . Nel caso in cui sia prevista la permanenza del minore nel nostro Paese, sarà sempre possibile completare il ciclo vaccinale, tenendo conto dei tipi di vaccino da somministrare secondo i tre schemi seguenti (Tab. 8).

Tab. 7. Indirizzi per le vaccinazioni raccomandate nei migranti che non hanno completato i cicli vaccinali o che sono sprovvisti di certificazione vaccinale

Vaccino	Età						
	dalla nascita ad un mese	da 2 mesi a 11 mesi	da 12 mesi a 6 anni	da 7 anni a 10 anni	da 11 anni a 17 anni	da 18 anni a 64 anni	più di 65 anni
DTPa/DT	NO	SI				NO	
Tra/TdPa		NO			SI		
Polio (IPV/OPV)	NO		SI		Sopra i 7 anni TdPa. Sopra i 65 anni Td		SI
MPR	NO			SI			NO
Hib	NO	SI		per chi è nato dal 1967 in poi		NO	
Epatite A	NO						NO
Epatite B		SI					NO
Pneumococco 13 valente	NO	SI		dalla nascita ai 18 anni		NO	
Influenza	NO fino a sei mesi			tra i 2 mesi e 5 anni	SI	NO	SI oltre i 50 anni

dal sei mesi (una volta l'anno ad ogni stagione influenzale)

DTPa = Difente, Tetano e Pertosse acellulare pediatrica; dTPa = Difente, Tetano e Pertosse acellulare per adolescenti/adulti; DT = Difente e Tetano formulazione pediatrica; dT = Difente e Tetano Formulazione per adulti; IPV = antipolio orale (vivo); Hib = Haemophilus influenzae di tipo b.

Tab. 8. Calendario delle vaccinazioni raccomandate nei soggetti non vaccinati nel primo anno di vita

SOGGETTI CON MENO DI 7 ANNI		
ETÀ/INTERVALLI RACCOMANDATI	IMMUNIZZAZIONE	NOTE
Prima visita	Difterite, Tetano, Pertosse, Hib, Epatite B, Polio (IPV), Morbillo, Parotite, Rosolia	Se l'età è maggiore di 5 anni non si esegue Hib. Nei lattanti eventuale Anti-Rotavirus
Dopo 6 – 8 settimane	Difterite, Tetano, Pertosse, Hib, Epatite B, Polio(IPV)	Se l'età è maggiore di 5 anni non si esegue Hib. Eventuale Varicella
Dopo 8 mesi	Difterite, Tetano, Pertosse, Hib, Epatite B, Polio(IPV)	Se l'età è maggiore di 5 anni non si esegue Hib
a 4 - 6 anni	Difterite, Tetano, Pertosse, Polio(IPV), Morbillo, Parotite, Rosolia	Polio (IPV) non è necessaria se la terza dose è stata fatta dopo i 4 anni
SOGGETTI CON ETÀ COMPRESA TRA I 7 ED I 12 ANNI		
ETÀ/INTERVALLI RACCOMANDATI	IMMUNIZZAZIONE	NOTE
Prima visita	Difterite(dose ridotta), Tetano, Epatite B, Polio (IPV), Morbillo, Parotite, Rosolia	Morbillo, Parotite, Rosolia a 12 anni Eventuale Meningococco C
Dopo 2 mesi	Difterite(dose ridotta), Tetano, Epatite B, Polio (IPV)	Eventuale Varicella
Dopo 8 – 14 mesi	Difterite(dose ridotta), Tetano, Epatite B, Polio(IPV)	

142

Per quanto riguarda difterite, tetano e pertosse, dopo aver valutato la protezione contro il tetano si procederà alla immunizzazione specifica anti difto-tetano-pertossica con due diverse possibilità a seconda dell'età del bambino. Per i bambini con meno di sette anni il vaccino DTPa andrà somministrato a dose piena, eventualmente anche in formulazione esavalente con gli antigeni della poliomielite (IPV), dell'epatite B e dell'emofilo tipo B. Invece, per i bambini con più di sette anni, andrà praticato il vaccino a formulazione ridotta per il tosoide difterico in uso per adulti, eventualmente in associazione tetravalente con il vaccino anti-polio (IPV). Va sempre tenuto presente che il vaccino a formulazione ridotta per il tosoide difterico (dTPa) non è indicato come prima dose del ciclo primario, per cui nei soggetti con più di sette anni, mai immunizzati in precedenza, deve essere somministrato il vaccino Td per le prime due dosi, ed il vaccino dTPa per la terza dose.

Nel caso della poliomielite si procederà a somministrare un ciclo completo di tre dosi della preparazione esavalente con il vaccino antipolio-IPV, anti-difto-tetano-pertossico, anti-epatite B ed anti-Hib.

Per quanto concerne, infine, la vaccinazione anti morbillo-parotite-rosolia dovrà essere somministrato un ciclo completo con l'esecuzione di due dosi di vaccino.

Non va mai dimenticata l'importanza, sia nei bambini sia negli adulti, della puntuale registrazione di tutte le vaccinazioni effettuate, annotando, oltre ai dati anagrafici del soggetto, anche le caratteristiche del vaccino. È inoltre opportuno aggiornare anche la documentazione attestante lo stato vaccinale della persona, quando questa viene presentata, o rilasciare in tutti i casi un certificato di vaccinazione nel quale siano indicate anche le caratteristiche del vaccino somministrato. Infine, sarà necessaria l'attenta sorveglianza di ogni eventuale evento avverso alla vaccinazione che, nel caso, dovrà essere segnalato ai servizi di farmacovigilanza secondo quanto previsto.

Bibliografia

A.G. Ugazio e A Guarino. *Le vaccinazioni per la pratica pediatrica*. SIP, Ed. Pacini Medicina, 2006

American Academy of Pediatrics. Red book 2009: *Rapporto del Comitato sulle malattie infettive*. Ed. Pacini Medicina, 2009

Atti della X Consensus Conference. VIII Congresso nazionale della SIMM, Trapani, febbraio 2009

Bartolozzi G., Chiamenti C., Tozzi A.E. *Manuale delle vaccinazioni*. Ed. Cuzzolin, 2009

Conclusioni della XI Consensus conference. X Congresso nazionale Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Palermo, maggio 2011

Decreto legislativo n. 219 del 24 aprile 2006. *Sistema nazionale di farmacovigilanza*.

Del. 7/19767 del 10.12.2004. *Prevenzione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare*. B.u.r.l. 2005

Del. n. 8/1587 del 22.12.2005 ad oggetto *Determinazioni in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia. Piano Vaccini della Regione Lombardia*. B.u.r.l., 2005

El-Hamad I. *Il profilo sanitario del migrante*. Atti convegno nazionale "Migrazioni e salute", Bari, maggio 2002

Geraci S., Marceca M. *Il profilo di salute dell'immigrato*. In: Geraci S. Argomenti di medicina delle migrazioni. Regione Veneto, 2000.

Giannini P., Caramello P. *Patologie infettive dell'immigrato*. Ed. Minerva Medica, 1994

Gushulak BD., MacPherson D. Editors Hamilton. *Migration Medicine and Health: Principles and Practice*. ON: BC Decker, 2006.

Kemp C., Rasbridge LA. *Refugee and Immigrant Health. A Handbook for Health Professionals*. Ed. editors. New York: Cambridge University Press; 2004

Lockie C., Walker E., Calvert L., Cossar J., Knill-Jones R., Raeside F. *Travel Medicine and Migrant Health*. Ed. editors. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000

Pasini W. *Il Medico ed il paziente immigrato*. Ed. Alfa Wassermann News and Views, 1996

Pontecorvo M., Piazza M. *Vaccini e Immunoglobuline*. Ed. Minerva Medica; VIII edizione, 2000

SItI, FIMP, SIP. *Proposta di calendario vaccinale dell'età pediatrica ed adolescenziale*. Versione finale, luglio 2010

SItI. *Proposta di calendario vaccinale per gli adulti e per gli anziani*. Versione finale, ottobre 2011

144

Walker PF., Barnett. *Immigrant Medicine*. Ed. editors. Philadelphia: Saunders, 2007

Zannino L. *Le vaccinazioni, perché, quando e come*. Ed. Editeam, 1999



Le lavandaie, Pierre-Auguste Renoir, 1841-1919

SALUTE NELL'AMBIENTE DI LAVORO

Domenica Sottini, Laura Benedetti

Fenomeno migratorio e mondo del lavoro

Al 31 dicembre 2010 gli stranieri residenti in Italia erano oltre 4,5 milioni, incidendo sulla popolazione totale per il 7,5%. Ai residenti, secondo la stima del Dossier Caritas Migrantes 2011, bisogna aggiungere oltre 400 mila persone regolarmente presenti ma non ancora registrate in anagrafe, per una stima totale di quasi 5 milioni di persone.

147

All'aumento del numero delle presenze di stranieri corrisponde una crescita del numero di lavoratori stranieri impiegati nel mercato del lavoro italiano. Nel 2010 gli stranieri assicurati all'INAIL erano poco meno di 2,7 milioni, costituendo **un decimo della forza lavoro**.

I settori in cui gli occupati immigrati lavorano sono per il 57,7% i Servizi, per il 29,9% l'Industria (di cui il 16,7% nelle Costruzioni) e per l'8,8% l'Agricoltura, una distribuzione ormai nota che, però, rispetto al 2009, vede i Servizi crescere di quasi 2 punti percentuali e l'Industria calare in pari misura.

Il bilancio nei due anni della crisi (2009-2010) indica, a fronte di un calo degli occupati italiani pari a circa 863 mila unità, una **crescita complessiva dell'occupazione immigrata** di 309 mila unità (+17,6%), prevalentemente come personale non qualificato (+37%) (manovale edile, addetto pulizie, collaboratore domestico, bracciante agricolo), e artigiani e operai specializzati (+13,8%) (carpentiere, camionista, addetto a macchinari e impianti). Nell'Industria si registra invece una contrazione pari circa al 3%. La componente femminile trascina questo risultato positivo grazie all'incremento massiccio nel comparto dei Servizi alla persona e in quelli sociali.

L'aumento del numero di occupati immigrati è da ricondurre essenzialmente alla crescita della popolazione straniera nel suo complesso; tuttavia, se consideriamo il tasso di occupazione (soggetti in età lavorativa occupati sul totale della popolazione 15-64 anni), nel caso degli immigrati la **riduzio-**

ne del tasso di occupazione è stato più che doppio rispetto a quello degli italiani. Al protrarsi della discesa del tasso di occupazione degli stranieri si è poi associato un **accrescimento del tasso di disoccupazione** (dal 11,2% del 2009 all'11,6% nel 2010), soprattutto nel Nord Italia dove la loro presenza è maggiore. Attualmente gli immigrati sono arrivati a incidere per un quinto sui disoccupati. Il protrarsi dello stato di disoccupazione per i non comunitari pregiudica il rinnovo del permesso di soggiorno, costringendoli al rimpatrio o a trattarsi irregolarmente.

L'impatto della crisi ha colpito in misura relativamente più accentuata gli stranieri per vari motivi, tra cui la maggiore presenza in settori più "sensibili" (manifatturiero e costruzioni), in occupazioni meno specializzate dove il turnover della forza lavoro risulta più semplice, la minore tutela contrattuale, l'impiego in lavoro a carattere temporaneo o a tempo parziale. **La tendenza all'imprenditorialità** da parte dei lavoratori immigrati (+ 20.000 circa a fine 2010 rispetto al 2009, nel complesso 228.540 unità) è un dato di non facile interpretazione: può coprire forme di auto impiego di rifugio in risposta al venir meno dei tradizionali sbocchi occupazionali; può contenere un certo numero di para-imprese, ossia di attività soltanto formalmente autonome, in realtà dipendenti da un unico committente; può persino rappresentare un semplice espediente per poter rinnovare il permesso di soggiorno. La quota di imprese individuali con titolare un cittadino straniero è del 7,4% (10,8% in Lombardia), concentrate nel Commercio (40%), nelle Costruzioni (27%) e nel Manifatturiero (10%). Va a tale proposito osservato che in questi settori, in cui si registrano bassi salari contrattuali, si assiste sempre più frequentemente ad accordi su forme di rapporti a prestazione, in cui vi è un indubbio interesse del datore di lavoro, che sfrutta la maggiore soddisfazione economica degli immigrati rispetto al lavoro dipendente, specie se si tratta di lavoratori con un progetto transitorio di emigrazione per guadagnare il più possibile e fare ritorno nel Paese di origine.

148

Infortunati e malattie professionali nei lavoratori stranieri

A differenza dei lavoratori italiani, per i quali nel 2010 si è registrata una riduzione degli **infortunati sul lavoro** pari a quasi il 2%, nel caso dei lavoratori stranieri lo stesso anno è stato peggiore del precedente, con un incremento dello 0,8% degli infortuni, passati dai 119.240 del 2009 ai 120.135 del 2010. A questo incremento ha contribuito in maniera significativa la componente femminile per la quale si è registrato un aumento del 6,8%, contro un calo dell'1,2% dei maschi (Fig. 1).

Nel complesso, circa il **15% degli infortuni complessivi** coinvolgono lavoratori immigrati, con particolare rilevanza di quelli provenienti da Paesi extra-UE che compongono l'11,5% del totale. Secondo le stime INAIL riferite all'anno 2010, l'incidenza infortunistica, espressa dal rapporto tra infortuni denunciati e lavoratori assicurati all'INAIL, risulta più elevata per gli stranieri rispetto a quella degli italiani, rispettivamente 45 casi denunciati ogni 1.000 occupati contro i 39,2. Un caso particolare è quello del settore domestico, nel quale 77 infortuni su 100 riguardano proprio colf e badanti immigrate.

Migliore la situazione per i casi mortali, che sono ancora diminuiti passando dai 144 nel 2009 ai 138 del 2010.

Fig. 1. Infortuni occorsi a lavoratori stranieri negli anni 2009-2010 per sesso (Rapporto Annuale INAIL 2010)

Sesso	Infortuni			Casi mortali		
	2009	2010	Var%	2009	2010	Var%
Femmine	29.290	31.277	6,8	10	17	70,0
Maschi	89.950	88.858	-1,2	134	121	-9,7
Totale	119.240	120.135	0,8	144	138	-4,2

Il 94,4% degli infortuni degli stranieri si verifica nell'Industria e Servizi, il 4,9% in Agricoltura e lo 0,7% tra i Dipendenti conto Stato. In particolare, nell'Industria il settore più colpito è quello delle **Costruzioni** che copre il 12,5% del complesso delle denunce di infortunio e 32 casi mortali ovvero il 23,2% del totale occorsi a stranieri; a seguire i Trasporti (7,8% denunce e 21 morti) e i Servizi alle imprese, che agli stranieri riservano quasi esclusivamente attività di pulizie e manutenzione (7,7% denunce e 12 morti).

Rispetto al genere, anche per gli stranieri il sesso **maschile** prevale nettamente su quello femminile quanto a numero di infortuni (75% denunce; 88% dei casi mortali). La distribuzione degli infortuni per età rispecchia quella degli assicurati immigrati, trattandosi prevalentemente di **giovani** (il 43% ha meno di 35 anni; l'88% ha meno di 50 anni). Rispetto al Paese di provenienza, Romania, Marocco e Albania sono nell'ordine le comunità che ogni anno denunciano il maggior numero di infortuni sul lavoro, totalizzando circa il 40%.



Le regioni a maggior densità occupazionale sono anche quelle nelle quali si registra il maggior numero di denunce di infortunio e di malattia professionale a carico di lavoratori stranieri: nel 2010 il 75% degli infortuni occorsi a stranieri è avvenuto al **Nord**, con 84 casi mortali che si ripartiscono equamente tra Nord-Est e Nord-Ovest. In particolare in Lombardia nel 2010 ci sono state 25.072 denunce, pari al 20,9% del complesso, con un incremento del 2,2% rispetto all'anno precedente e con il sostanziale contributo della componente femminile (colf e badanti), in linea con la tendenza registrata a livello nazionale. L'incremento si è verificato nonostante la stabilità di lavoratori stranieri assicurati all'INAIL. Gli infortuni mortali sono al contrario diminuiti, anche in questo caso in linea con i dati nazionali.

Per quanto riguarda le **malattie professionali** occorse a lavoratori stranieri, coerentemente con quanto osservato negli ultimi anni e con l'andamento del fenomeno in generale, il 2010 ha fatto registrare un aumento di denunce pari al 19%: si è passati dalle 2.068 denunce del 2009 alle 2.462 del 2010. Tuttavia, se negli infortuni sul lavoro gli stranieri incidono per il 15% e negli infortuni mortali per il 16%, nel caso delle malattie professionali essi incidono solo per il 6%. L'incidenza relativamente più modesta rispetto alle altre due dimensioni può forse spiegarsi con una scarsa consapevolezza dei rischi di tali malattie e delle loro conseguenze da parte dei lavoratori immigrati rispetto agli italiani.

150

Per la grande maggioranza le denunce riguardano malattie professionali dell'Industria (95%), tuttavia rilevante è stato l'aumento delle denunce in Agricoltura (58 casi del 2009, 111 nel 2010). Rispetto al tipo di malattia, aumentano le **malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee** che rappresentano ormai quasi i due terzi del complesso delle denunce. Tornano a crescere anche le ipoacusie da rumore che, dopo la frenata del 2009 (281 casi) sono arrivate a quota 364 denunce, e i tumori con 44 denunce. I Paesi di provenienza dei tecnopatici sono principalmente Marocco (14,0%), Romania (9,8%) e Albania (9,6%), gli stessi che detengono il primato per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro.

Con 598 casi nel 2010 l'Emilia Romagna è la regione che registra il maggior numero di denunce di malattie professionali (circa il 25%) a carico di lavoratori stranieri, seguono la Lombardia (290), il Veneto (254 casi) e la Toscana (223).

Si sottolinea che i dati sopra riportati risentono certamente del notorio problema della **sottonotifica** sia degli infortuni che delle malattie lavoro-correlate, che per gli immigrati viene accentuato dal fenomeno del lavoro sommerso e dalla scarsa propensione a notificare gli eventi, per varie motivazioni. Per quanto riguarda le malattie professionali, va osservato che la presenza degli immigrati si riferisce all'ultimo decennio, periodo ancora breve per mettere in evidenza la comparsa di eventuali epidemie. A ciò va aggiunto che i lavoratori immigrati fanno rientro nei Paesi di origine quando lo stato di salute non è più confacente il progetto migratorio. Infine, la maggiore mobilità degli stranieri all'interno del Paese ospite, insieme alla quasi costante presenza nella storia lavorativa di un periodo "in nero"

(spesso determinante per il riconoscimento del nesso di causalità) fungono da deterrente alla denuncia da parte dei medici.

Condizioni di lavoro dei migranti



151

La maggiore vulnerabilità dei lavoratori immigrati rispetto agli autoctoni è stata oggetto di studio in numerose pubblicazioni e convegni sul tema specifico, ed è considerata a livello internazionale come rischio emergente che necessita di nuove forme di prevenzione. Le variabili che contribuiscono a caratterizzare tale fragilità possono essere così sintetizzate, sapendo che nessuna da sola riesce a spiegare il fenomeno:

- segregazione del mercato del lavoro in contesti a maggiore rischiosità (lavori più sporchi, più pericolosi e più faticosi), collocabili in nicchie di domanda di bassa qualificazione (edilizia, industria pesante, agricoltura). Tale segregazione è giustificata non soltanto dalla carenza di manodopera, ma anche da barriere linguistiche e legali insieme con forme di discriminazione più sottili.
- Maggiore presenza in aziende di piccola e media dimensione (98% per lavoratori stranieri rispetto al 91% per i lavoratori italiani), dove l'attuazione della normativa vigente in tema di salute e sicurezza è spesso trascurata ed i rischi lavorativi sottostimati.
- Assenza o non adeguata informazione/formazione sulle misure di sicurezza e, di conseguenza, ridotta percezione dei rischi legati al lavoro.
- Difficoltà di comprensione della lingua: la conoscenza della lingua del

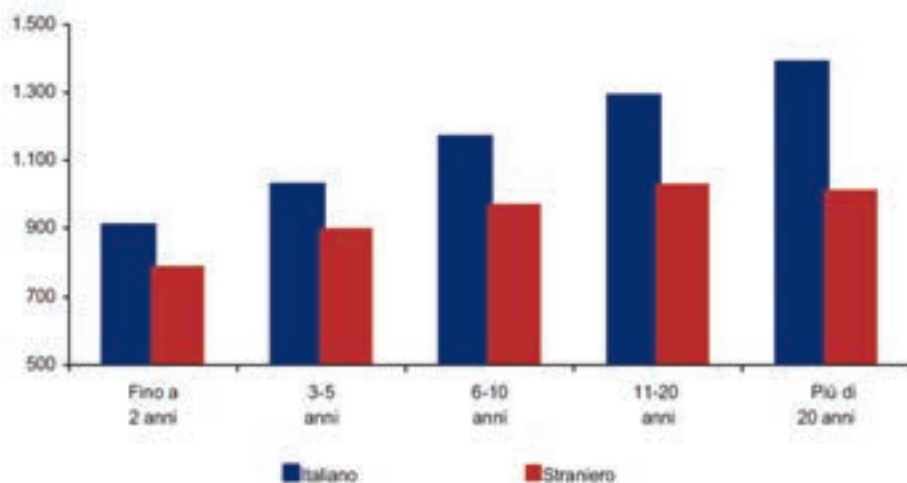
Paese ospite rappresenta non solo uno dei principali fattori che condiziona l'accesso del migrante al mercato del lavoro e il modo nel quale egli viene considerato (posizione lavorativa bassa e/o precaria), ma influisce anche sui livelli di sicurezza e di salute sul luogo di lavoro e costituisce spesso una barriera al loro miglioramento.

- Possibili differenze nella percezione del rischio con particolare riferimento all'influenza della dimensione socio-culturale. Si consideri l'habitus mentale di un lavoratore immigrato inserito in una "cultura della sopravvivenza" nel Paese ospitante: il tema della sicurezza è percepito come un fattore non immediatamente necessario rispetto ad altre variabili quali il lavoro, il permesso di soggiorno, l'alloggio, il sostegno economico alla famiglia rimasta nel Paese di origine etc. Quello che un lavoratore italiano può ritenere pericoloso o non lecito, per un lavoratore straniero può essere vissuto come regolare, giusto, quasi auspicabile ai fini della riuscita del proprio progetto migratorio.
- Maggiore incidenza di fattori di rischio infortunistico legati a maggiore disponibilità ad orari prolungati di lavoro, turni di lavoro sfavorevoli, senza riposo, ritmi di lavoro pressanti etc.
- Progetto migratorio (stabilizzazione nel Paese ospite oppure periodo da emigrato per guadagnare e costruirsi nel Paese di origine una solida posizione) che può comportare approcci molto diversi da parte del lavoratore immigrato al tema delle tutele e della sicurezza e prevenzione.
- Sovra-qualificazione, ovvero occupazione in posizioni lavorative più basse rispetto alle effettive capacità, a causa delle difficoltà burocratiche, linguistiche e sociali che rendono laborioso ottenere il riconoscimento dei titoli di studio e/o del curriculum professionale, con aggravamento della condizione di malessere e difficoltà sul piano fisico e psicologico. Fra gli uomini stranieri la quota dei sovra istruiti è del 36% del totale degli occupati, fra le donne del 50%, con picchi superiori al 60% nel comparto dei servizi alle famiglie.
- Retribuzione più bassa rispetto ai colleghi italiani, anche tenendo in considerazione fattori come l'occupazione, l'educazione, il tipo di industria e l'esperienza (Fig. 2).
- Molte indagini hanno evidenziato altre forme di discriminazione nei confronti dei lavoratori immigrati rispetto ai colleghi italiani (turni peggiori, rifiuto di concessioni disponibili per gli autoctoni, molestie più frequenti,



etc.). La dinamica è confermata dall'ILO (Organizzazione Internazionale del Lavoro), che denuncia come, in fase di crisi, si assiste un po' ovunque a un incremento delle discriminazioni sul lavoro. La discriminazione razziale, particolarmente se combinata al genere e all'etnia, è stata identificata avere una forte influenza sullo stress lavoro correlato.

Fig. 2. Retribuzione netta mensile dei dipendenti per cittadinanza e anzianità lavorativa - Anno 2010 (valori assoluti in euro)¹



153

- Elevata mobilità del lavoratore immigrato, tre volte più alta rispetto agli italiani, unitamente alla significativa presenza di lavoro strutturato in modo informale, altamente flessibile e precario.
- Giovane età, che, congiuntamente alle altre criticità già evidenziate, influenza la ridotta percezione dei rischi legati al lavoro.
- Occupazione femminile: le donne straniere sono impiegate in larga misura nel comparto della collaborazione familiare, ambito che occupa per oltre i tre quarti immigrati (508.638, 78%), donne in 9 casi su 10. Tuttavia le posizioni registrate dall'INPS sono nettamente inferiori alla presenza effettiva: trattandosi di un settore in cui la fragilità del lavoratore immigrato si associa a quella delle famiglie, sono in molti a lavorare in nero. Le mura domestiche entro cui tali servizi vengono espletati non garantiscono un ambiente di lavoro sicuro, visto l'andamento crescente di infortuni per queste lavoratrici. Rilevanti in questo comparto, oltre ai rischi fisici, chimici e da sovraccarico muscolo-scheletrico, sono i rischi psico-sociali. Si sottolinea infine che, se nel 2010 le donne hanno inciso per la metà sui nuovi assunti immigrati, le stesse si vedono discriminate nella possibilità di conciliare gli impegni familiari con il lavoro poiché l'accesso a prestazioni o servizi di welfare richiedono spesso un consistente periodo di residenza.
- Scarsa conoscenza della normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e tutela dei diritti, in particolare assicurativi.

¹ Fonte: dati ISTAT, Rilevazione sulle forze di lavoro

- Difficoltà di accesso alle tutele sanitarie per scarsa conoscenza e comprensione (per ragioni culturali e linguistiche) delle opportunità offerte dal sistema sanitario e di welfare del Paese che li ospita.
- Situazioni di vita extralavorativa di maggiore precarietà (precarietà abitativa, stili di vita poco idonei, mancanza di protezione da parte del nucleo familiare lontano), che incidono sul benessere psico-fisico dell'individuo.

Lavoratori immigrati e normativa di prevenzione

Il problema della salute e sicurezza sul lavoro ha assunto ormai notevole importanza sia nell'ambito sociale e pubblico sia in quello aziendale, dato l'elevato onere che grava sulla collettività a causa degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Una attenzione crescente è stata rivolta ai lavoratori immigrati per i quali, data la sempre maggiore presenza nel contesto sociale e produttivo e la maggiore vulnerabilità sopradescritta, si rende necessaria l'individuazione di misure di tutela e prevenzione che siano in grado di far fronte alle specifiche condizioni di rischio.

A livello internazionale, si ricorda la Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie del 1990 (che fornisce per la prima volta la definizione ufficiale di "lavoratore migrante"²), nonché le Convenzioni dell'ILO sui lavoratori migranti (n. 97 del 1948 e n. 143 del 1975) e le Raccomandazioni n. 86 e 151. In particolare la Convenzione n. 143 del 1975 richiama al rispetto dei principi di eguaglianza di trattamento in materia di condizioni di lavoro di tutti i lavoratori migranti, prevedendo che siano attuate attività destinate a garantire condizioni di vita e di lavoro dignitose.

154

In Italia, il **D.Lgs 81 del 2008** sottolinea esplicitamente la necessità di tenere in opportuna considerazione la maggiore "vulnerabilità" dei lavoratori immigrati. Infatti, già l'**art. 1** afferma che la finalità del decreto legislativo consiste nel "**garantire l'uniformità della tutela** delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale... anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati". Si evidenzia, tuttavia, che il D.Lgs 81/08 non contempla nel campo d'applicazione coloro che espletano servizi di assistenza domiciliare e i lavoratori domestici (art. 1 c.2; art. 3 c.8), escludendo dalle tutele previste molteplici figure professionali, quali colf e badanti, nella grande maggioranza immigrati.

L'**art. 28** del decreto stabilisce l'obbligo per il datore di lavoro di garantire la salvaguardia dei propri lavoratori e **valutare i rischi** a cui gli stessi sono esposti, tenendo conto di rischi particolari tra cui quelli connessi alla provenienza da altri Paesi. È pertanto compito del datore di lavoro promuovere un sistema di valutazione che sia in grado di individuare ed esaminare l'esposizione al rischio a seconda della tipologia degli esposti nella propria azienda, tenendo conto del "rischio aggiuntivo" conseguente allo stato di "lavoratore im-

² "Persone che esercitano, hanno esercitato o eserciteranno un'attività remunerata in uno Stato cui loro non appartengono".

migrato” al fine di identificare le possibili misure di prevenzione e protezione.

La formazione rappresenta certamente lo strumento imprescindibile per aumentare i livelli di sicurezza nelle aziende per tutti i lavoratori. Nel caso dei lavoratori stranieri, affinché il progetto formativo sia efficace, è necessario sia predisposto tenendo conto delle capacità linguistiche dei discenti e delle differenze culturali, utilizzando per esempio trainer della stessa etnia. A tale riguardo, gli **art. 36** e **art. 37** del decreto prevedono che, ove i destinatari siano lavoratori immigrati, l'**informazione** e la **formazione** avvengano previa verifica della comprensione e della conoscenza della lingua utilizzata.

Per quanto concerne il ruolo svolto dal **medico competente aziendale**, va osservato che l'**art. 25** prevede la sua collaborazione fin dal processo di valutazione dei rischi, oltre che lo svolgimento delle attività proprie di sorveglianza sanitaria previste dall'**art. 41**. Il medico competente avrà il compito di identificare soggetti portatori di particolari ipersuscettibilità al fine di assumere eventuali provvedimenti preventivi e protettivi necessari. Si sottolinea che la presenza di lavoratori immigrati nella comunità aziendale richiede che i sanitari adeguino la loro formazione, dovendo conoscere il profilo epidemiologico dei Paesi di origine e i segni e sintomi di nuove patologie, non sufficientemente note ai medici italiani, prestando particolare attenzione ai lavoratori con storia di immigrazione più recente. Si segnala inoltre la difficoltà nel rapporto medico-paziente poiché le barriere linguistiche e le differenze culturali nell'interpretare e definire il sintomo, la malattia o la salute rendono difficoltose l'anamnesi, la diagnosi e la terapia. Il medici dovranno pertanto sviluppare le abilità di ascolto necessarie per mettersi in relazione con persone portatrici di culture e sensibilità diverse. Il medico competente si trova spesso ad essere il primo, talora l'unico, professionista della salute che si occupi effettivamente della salute dell'immigrato: la sorveglianza sanitaria può consentire di individuare condizioni patologiche in stato iniziale o conclamato in soggetti che non hanno l'abitudine a recarsi dal Medico di Medicina Generale, pur avendone il diritto, e di includere questi lavoratori, per i quali gioca anche l'aspetto di maggior disagio socio-economico, in programmi volontari di promozione della salute (educazione alimentare, promozione di attività fisica o riduzione del tabagismo) secondo i principi della responsabilità sociale delle imprese.

155

Infine, l'**art. 11** del decreto indica che “nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali, le amministrazioni pubbliche promuovono attività specificamente destinate ai lavoratori immigrati... finalizzate a migliorare i livelli di tutela dei medesimi negli ambienti di lavoro”. All'interno di questo mandato si colloca il Progetto dell'ASL di Brescia “Valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute con riferimento alla provenienza da altri Paesi”.

Valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute con riferimento alla provenienza da altri Paesi: la proposta dell'ASL di Brescia

Per quanto riguarda i lavoratori immigrati, chi effettua la valutazione del rischio in azienda ha, ad oggi, a disposizione solamente una modesta letteratura scientifica e le statistiche riferite a infortuni e malattie professionali.



Il Progetto dell'ASL di Brescia è nato in risposta alla necessità di mettere a punto uno strumento che permettesse la valutazione del “rischio aggiuntivo” specifico dei lavoratori migranti presenti nel contesto aziendale, per integrare gli altri elementi contenuti nel documento di valutazione dei rischi, quali l'andamento infortunistico, i risultati della sorveglianza sanitaria e la valutazione dei rischi tradizionali incluso lo stress lavoro-correlato, consentendo riflessioni sulle possibili ricadute legate alla maggiore vulnerabilità della condizione di migrante e ottenere indicazioni sulle prioritarie aree di intervento.

156

Sulla base della revisione della letteratura scientifica e dell'esperienza maturata, sono state identificate le principali variabili che contribuiscono alla maggiore vulnerabilità dei lavoratori immigrati, prendendo in considerazione sia l'ambito personale e sociale sia quello lavorativo. Ad ognuna di esse è stato attribuito un punteggio in base alla rilevanza emersa dalla letteratura o su base empirica, in relazione ad una oggettiva valutazione di svantaggio rispetto agli italiani, al fine di permettere un confronto fra i gruppi di lavoratori stranieri e gli italiani. Molte variabili e criticità indagate, in particolare lavorative, non sono infatti di interesse esclusivo dei lavoratori migranti, tuttavia gli stessi hanno più probabilità di ricadere in più elementi di rischio rispetto agli autoctoni. È stato così predisposto un modello pluridimensionale mirato a individuare e, per quanto possibile, pesare le diverse fragilità caratteristiche della condizione di migrante, attraverso un questionario e un test linguistico.

Il metodo proposto è stato sperimentato in sette aziende di medio-grandi dimensioni, appartenenti a settori produttivi con indice infortunistico significativo (metallurgico, metalmeccanico e materie plastiche), con il coinvolgimento di 267 lavoratori maschi (136 stranieri e 131 italiani), tutti collocati nei reparti produttivi, e assunti con contratto a tempo indeterminato. In generale, nel gruppo di lavoratori stranieri in esame sono state riscontrate criticità rispetto alla conoscenza del sistema di tutela nei luoghi di lavoro, alla

comprensione della formazione ricevuta in materia di sicurezza e all'atteggiamento culturale nei confronti delle azioni da intraprendere per ridurre gli infortuni nei luoghi di lavoro.

L'esperienza condotta ha rappresentato un primo approccio nei confronti della tematica all'interno delle singole realtà lavorative ed è stata apprezzata dagli stessi lavoratori immigrati che si sono sentiti oggetto di attenzione. La discussione dei dati ottenuti ha portato il sistema di prevenzione e protezione aziendale (Datore di Lavoro, RSPP, RLS, Medico Competente) a riflettere sull'argomento avviando un processo di consapevolezza e cambiamento che ha interessato in particolare l'ambito della formazione e della comunicazione. Sono state infine individuate possibili misure preventive e protettive da mettere in atto da parte delle aziende riconducibili a tre principali aree di intervento: conoscenza della lingua italiana; discriminazione/integrazione/conoscenza diritti; formazione/atteggiamento culturale nei confronti della sicurezza.

Bibliografia

ASL di Brescia. *Progetto "Valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute con riferimento alla provenienza da altri Paesi"*. Disponibile: http://www.aslbrescia.it/media/documenti/medicina_lavoro/documentazione/malattie_da_lavoro/immigrati%20progetto%20sicurezza%2019102011.pdf

157

Atti Convegno "Nuove sfide per la Medicina del Lavoro: Immigrazione - Promozione della Salute". Brescia, 6 Novembre 2010, *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33:2, Suppl.

Caritas-Migrantes. *Dossier Statistico Immigrazione*, 2011

European Agency for Safety and Health at Work. *European Risk Observatory: Literature study on migrant workers*. Disponibile: http://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/migrant_workers

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007. *Employment and working conditions of migrant workers*. Disponibile: <http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn0701038s/tn0701038s.pdf>

Iavicoli S., Valenti A., Persechino B. *La gestione dei lavoratori stranieri in Italia*. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33:3, 355-365

INAIL. *Rapporto Annuale 2010*

International Labour Conference, 92nd sessions. *Towards a fair deal for migrant workers in the global economy*, 2004. Disponibile: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/meetingdocument/kd00096.pdf>



La giovane malata, Francisco Goya, 1746-1828 r.

ACCESSO AL Ser.T E TOSSICODIPENDENZE NEL MIGRANTE

Enrico Elba

Tossicodipendenza e immigrazione

In Italia, le conoscenze disponibili sul fenomeno della tossicodipendenza tra le persone immigrate sono limitate e raramente riescono a dare un'idea aggiornata di un fenomeno in costante evoluzione.

La presenza di immigrati nel nostro Paese in modo numeroso e in progressivo aumento, rappresenta una realtà piuttosto giovane, a differenza, invece, di Paesi in cui la componente migratoria è di vecchia data, come gli Stati Uniti, la Germania, l'Inghilterra, la Francia e l'Olanda.

La tossicodipendenza esiste tra gli immigrati, è un problema pressante ed oggi è argomento di studio di grandissima rilevanza e interesse.

In Italia, ormai da tempo, si è venuta a sviluppare un'ampia letteratura sull'approccio culturalmente differenziato ai soggetti stranieri all'interno di discipline come l'antropologia medica, l'etnopsichiatria¹ e le pratiche pedagogiche e sociali.

Tuttavia, per quanto concerne la tossicodipendenza tra le minoranze etniche o nazionali immigrate, si è ancora in una fase di sperimentazione, con una produzione scientifica frammentata. I dati epidemiologici sulla tossicodipendenza degli stranieri in Italia sono ancora molto parziali.

La droga nella storia

Le indagini storiche ed etnologiche dimostrano che la ricerca dell'alterazione degli stati mentali è un tratto costante nell'evoluzione dell'umanità.

¹ L'etnopsichiatria clinica nasce dalla scuola francese di Tobie Nathan, psicologo, che ha applicato in campo psicoterapeutico le teorie dell'etnologo Georges Devereux, riconosciuto come il fondatore dell'impianto teorico dell'etnopsichiatria. Con questo termine si intende la disciplina che pratica e studia l'arte del prendersi cura della "psiche" in territori e gruppi umani specifici e definiti.

La tendenza a usare sostanze psicoattive, lo psicotropismo, si presenta in tutte le epoche, a tutte le latitudini geografiche, in ogni civiltà. Nelle sostanze psicoattive l'uomo ha cercato il sostegno per affrontare la natura e le sfide con gli altri, l'evasione e il godimento estetico. Attraverso le sostanze psicoattive si è cercato di curare le malattie, superare i disagi morali, rompere i vincoli della quotidianità, acquisire una percezione mistica e giungere all'esperienza del sacro.



160

Ogni cultura porta con sé una storia e questo si verifica anche per l'assunzione di sostanze stupefacenti; molti popoli utilizzano tuttora la droga come rito d'iniziazione o religioso, o addirittura come stile di vita e sicuramente questo è molto diverso dall'utilizzo che ne viene fatto nella società occidentale.

L'uso di sostanze psicotrope è conosciuto fin dall'antichità, nel 7000 a.C. venivano utilizzati funghi allucinogeni, dal 4000 a.C. è noto l'uso di oppio, nel 2700 a.C. viene utilizzata la cannabis come terapia.

La domanda che ci si pone è se gli immigrati, quando giungono nel nostro Paese, continuano a rimanere legati alle loro usanze, alla loro cultura, anche nella modalità di utilizzo delle sostanze, o si adeguano precipitosamente, e con le relative conseguenze, ad una cultura così diversa dalla loro, che attualmente promuove la competitività e la lotta al potere attraverso le sostanze eccitanti.

L'incontro fra uomo e droga nei soggetti di culture nelle quali il contenuto simbolico della sostanza è molto più profondo e radicato, rispetto all'uso edonistico che ne viene fatto nelle società occidentali, è carico di significati profondamente diversi.

Inoltre, era acquisita la capacità di controllare gli effetti di sostanze potenti e indirizzarli a scopi ben definiti, con significati riconosciuti, ad esempio lo stato di trance conseguente all'uso di allucinogeni utilizzato per raggiungere una maggior conoscenza di se stessi.

Un uso profondamente diverso da quello massivo delle nostre società.

L'utilizzo di sostanze da parte degli immigrati è orientata in modo prevalente al superamento della nostalgia, aspetto sempre presente, determinato dal dover vivere in Paesi molto diversi per cultura, religione e costumi dal proprio Paese d'origine. L'uso di droghe permetterebbe un legame con il senso di appartenenza etnica, riducendo quei sentimenti di disagio e nostalgia determinati dalla migrazione.

Gli studi effettuati indicano ancora limitata conoscenza riguardo il consumo di sostanze da parte della popolazione immigrata in Italia e l'impatto dei fattori culturali sui "patterns" del consumo.

I dati statistici offrono solo un quadro parziale del fenomeno e si evidenzia la necessità di compiere maggiori indagini qualitative e quantitative per la raccolta di dati sui "patterns" di consumo, sul legame tra esclusione sociale e uso di sostanze, sulle difficoltà di accesso ai servizi per le tossicodipendenze e sulla sottoutilizzazione di essi da parte della popolazione immigrata tossicodipendente.

I dati più significativi a riguardo del fenomeno della tossicodipendenza tra la popolazione straniera in Italia sono relativi agli immigrati detenuti, una popolazione definita e controllabile attraverso i circuiti giudiziari e riconducibile primariamente a reati di spaccio che, anche se non sempre sovrapponibili, risultano associati anche a problemi di consumo di sostanze stupefacenti.

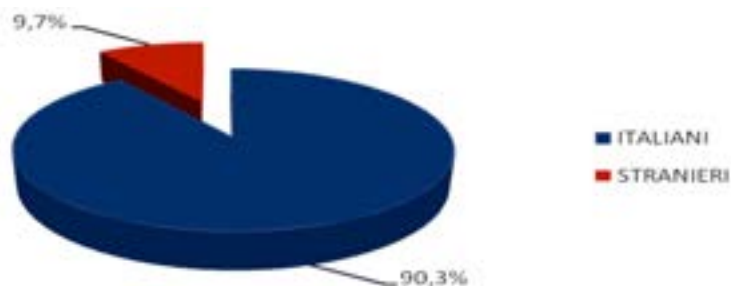
La tossicodipendenza di un immigrato si rende evidente, nella maggior parte dei casi, in corrispondenza del contatto con la giustizia e la carcerazione; ciò connota il carcere come luogo di prima accoglienza per tossicodipendenti stranieri e di "presa in carico" per un orientamento su trattamenti e terapie adeguate.

Dati relativi al Ser.T di Brescia

La presenza di utenti stranieri nell'ASL di Brescia, seguiti per problemi di tossicodipendenza, rispecchia le rilevazioni effettuate in altre province limitrofe e, in particolare, si attesta su un valore di poco inferiore al 10% del totale dell'utenza.

Di 720 utenti complessivi seguiti nell'arco del 2010, presso il Ser.T 1 di Brescia, nella sede centrale cittadina, 70 sono stranieri.

Fig 1. Totale utenza 2010



Tab. 1. Suddivisione degli utenti stranieri per nazionalità e numerosità

NAZIONALITA'	NUMERO UTENTI
NORD AFRICA	
ALGERIA	3
EGITTO	2
MAROCCO	10
TUNISIA	18
AFRICA OCCIDENTALE	
SENEGAL	5
SUD AMERICA	
BRASILE	1
COLOMBIA	1
ASIA MERIDIONALE	
INDIA	7
PAKISTAN	1
ASIA ORIENTALE	
CINA	1
EUROPA	
ALBANIA	5
UCRAINA	8
LETTONIA	1
AUSTRIA	2
MOLDAVIA	2
ROMANIA	1
SERBIA	1
GEORGIA	1
TOTALE	60

Tab. 2. Suddivisione degli utenti stranieri per zone geografiche

ZONA GEOGRAFICA	NUMERO UTENTI	PERCENTUALE
EXTRA EUROPA		
NORD AFRICA	33	47,80 %
AFRICA OCCIDENTALE	5	7,20 %
SUD AMERICA	2	2,9 %
ASIA MERIDIONALE	8	11,60 %
ASIA ORIENTALE	1	1,40 %
TOTALE	49	70 %

La maggioranza degli utenti immigrati di area extracomunitaria proviene dai Paesi dell’Africa settentrionale (circa il 48%), con maggior prevalenza per Marocco e Tunisia, seguiti dal Senegal. Piuttosto corposa anche la quota di migranti di provenienza asiatica, in particolare dall’India.

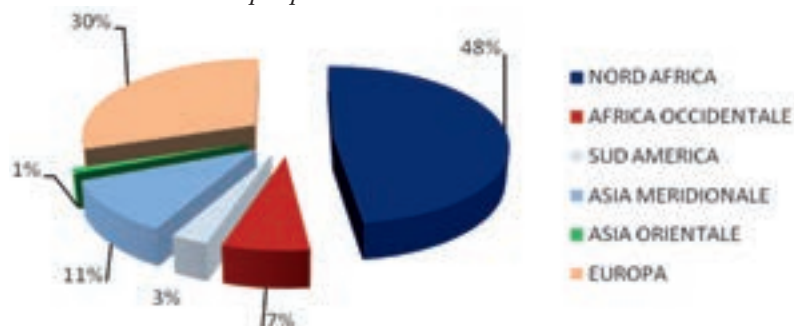
Tab. 3. Suddivisione degli utenti stranieri per zone geografiche: *EUROPA*

ZONA GEOGRAFICA	NUMERO UTENTI	PERCENTUALE
EUROPA		
ALBANIA	5	7,1 %
UCRAINA	8	11,4 %
LETONIA	1	1,4 %
AUSTRIA	2	2,9 %
MOLDAVIA	2	2,9 %
ROMANIA	1	1,4 %
SERBIA	1	1,4 %
GEORGIA	1	1,4 %
TOTALE	21	30 %

163

Abbastanza numerosa anche la componente di immigrati provenienti da Paesi europei, in particolare extracomunitari in maggioranza da Ucraina e Albania.

Fig. 2. Utenza straniera suddivisa per provenienza



Una rapida analisi dei dati relativi alle modalità della presa in carico dei tossicodipendenti stranieri e dei programmi terapeutici proposti e accettati, evidenzia come la principale richiesta sia orientata a terapie farmacologiche con farmaci definiti come sostitutivi della sostanza stupefacente, e quindi rivolti a utenti eroinomani, i quali, in massima parte, si rivolgono volontariamente al Servizio, anche perchè spinti da problemi di natura fisica dovuti all'astinenza dalla sostanza.

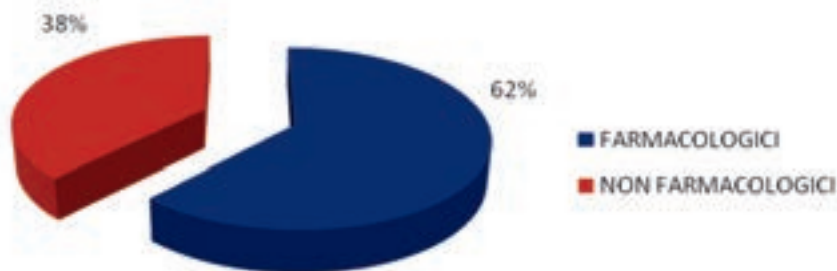
Dei circa 480 trattamenti farmacologici attivati durante il corso dell'anno 2010, con farmaci agonisti degli oppiacei (metadone cloridrato, buprenorfina), 43 sono stati rivolti a pazienti stranieri, evidenziando come l'accesso al servizio sia prevalentemente utilizzato da tossicodipendenti da eroina (62%).

Meno numerosa (38%) la quota di utenti stranieri, afferenti al servizio tossicodipendenze, che usufruisce di programmi non farmacologici. Tali soggetti, nella maggioranza dei casi, approdano al Ser.T perchè obbligati da problemi con la giustizia e, quindi, con programmi di controllo e di tipo alternativo alla detenzione.

Dall'analisi dei dati, diverse risultano le modalità di utilizzo delle sostanze a seconda della provenienza, in generale all'inizio l'assunzione avviene per via inalatoria e solo in una fase successiva può avvenire, ma in una bassa percentuale di casi, il passaggio alla via endovenosa.

164

Fig. 3. Trattamenti attuati per utenza straniera



Differenziata è anche la scelta della sostanza in relazione all'appartenenza e alla cultura.

Gli immigrati nordafricani usano eroina per via endo nasale, ma in genere sono politossicomani, giunti in Italia in modo illegale, frequentemente coinvolti in attività criminose.

Gli indiani rappresentano un gruppo piuttosto omogeneo con caratteristiche definite: usano eroina, sono in regola con il permesso di soggiorno, lavorano nell'agricoltura e zootecnia, non conoscono le lingue europee.

Isolati dal contesto locale, sono persone che non desiderano affatto lasciare il proprio Paese, mantengono legami stretti con persone del proprio gruppo etnico, tornano in India per sposarsi. Il trattamento richiesto è esclusivamente farmacologico con metadone.

L'immigrato sudamericano è frequentemente transessuale, brasiliano, cocainomane, che poi, però, tende a virare verso l'eroina e chiede metadone.

Gli europei dell'est dediti all'uso di sostanze stupefacenti presentano, nella quasi totalità, gravi problemi di alcolismo.

I programmi terapeutici di tipo farmacologico che, come rilevato, rappresentano la maggioranza degli interventi attuati, tendono a rimanere l'unica possibilità di intervento proponibile date le oggettive difficoltà di approccio che primariamente sono di tipo linguistico.

L'utente straniero, inoltre, non accede a interventi di tipo psico-sociale, se non obbligato, anche per una radicata diffidenza verso le istituzioni e gli operatori, che potrebbero (dal loro punto di vista) interferire o determinare un contrasto con loro usi e costumi, convinzioni, credenze e punti di vista culturali.

Questi aspetti si accompagnano alla comprensibile difficoltà degli operatori stessi a rapportarsi con problematiche che, in persone di provenienze culturali diverse, assumono significati, a volte, profondamente diversi rispetto all'utenza tossicodipendente italiana e richiedono modalità di approccio particolari.

In questo panorama risulta estremamente importante la formazione e preparazione degli operatori addetti, per acquisire capacità di accoglienza e di vicinanza a persone lontane dai luoghi d'origine e spesso in Italia da soli e senza alcun legame affettivo.

165

Tossicodipendenti immigrati e servizi

Risulta diffusa la difficoltà da parte della popolazione immigrata a rivolgersi ai Servizi.

La "presa in carico" presso i Ser.T, così come l'assistenza sanitaria in genere, è garantita sia per gli stranieri regolari presenti sul territorio italiano, tramite l'iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale, sia per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, definiti anche Stranieri Temporeaneamente Presenti (S.T.P.).

Per poter usufruire dei servizi sanitari lo straniero irregolare, che si trovi in uno stato di indigenza, può farsi rilasciare dall'A.S.L. la tessera sanitaria con la dicitura S.T.P.

La tossicodipendenza viene compresa tra le misure definite continuative e gli interventi terapeutici, farmacologici e non farmacologici, tra le terapie delle malattie infettive.

La circolare n.5 del 24/03/2000 del Ministero della Sanità precisa che per gli stranieri irregolari vanno applicate le norme previste dalla Legge 309/90 per i tossicodipendenti italiani.

La possibilità di accesso ai servizi non si accompagna però con l'effettivo utilizzo di questa risorsa da parte degli stranieri in modo diffuso.

Una diffidenza radicata nei confronti delle strutture pubbliche da parte degli stranieri e il disagio degli operatori socio-sanitari a rapportarsi con uno

scenario nuovo e problematico sul piano culturale fa sì che lo straniero immigrato, regolare o irregolare, si rivolga preferenzialmente a strutture di emergenza, quale il Pronto Soccorso ospedalieri o al volontariato cattolico e laico attraverso i rappresentanti dei loro gruppi di appartenenza etnica o religiosa.

Un motivo di resistenza da parte degli immigrati nel recarsi al Ser.T è il timore di patologizzare l'etnia di appartenenza, preferiscono quindi nascondersi dietro uno stigma.

Bibliografia

Coppo P. *Guaritori di follia*. Torino, Boringhieri, 1994

Coppo P. *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*. Bollati Boringhieri, Torino, 2005

Marcucci M., Chiappa K., Bartolacci L. *Immigrazione e Tossicodipendenza: aspetti culturali*. Centro studi e ricerche Nostos. Disponibile: www.dipendenze.com

166

Nathan T., *Principi di etnopsicanalisi*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996

Nathan N., *Medici e stregoni*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996

Pelliccia A. *Tossicodipendenza e immigrazione - Storie di vita*. C.N.R., 2006

Sironi F. *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*. Feltrinelli, Milano, 1999



Dettaglio de Il giardino delle delizie della terra, Hieronymus Bosch, 1450-1516

IL SERVIZIO DI ALCOLOGIA DI FRONTE AL SOGGETTO MIGRANTE

Daniela Rossi, Elisabetta Rizzi, Fabio Roda, Mario Biazzi

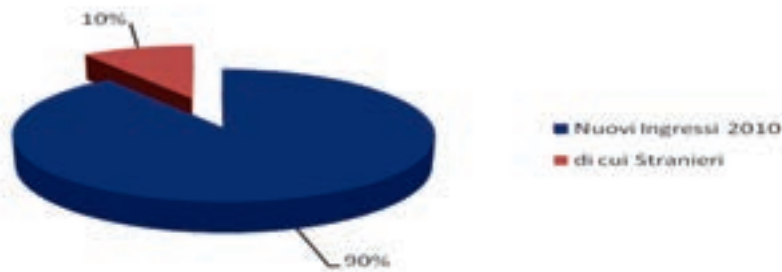
L'accesso di cittadini stranieri ai servizi ambulatoriali di alcologia è garantito come a tutti i cittadini, per le prestazioni di carattere sanitario di tipo diagnostico, terapeutico, farmacologico e riabilitativo. I cittadini stranieri possono, inoltre, usufruire di prestazioni sanitarie anche in regime di anonimato, ai sensi dell'art.120 del Testo Unico n.309/90. La regolarità o meno, rispetto alla presenza nel territorio italiano, può influire sui livelli di accesso alle prestazioni erogate a causa della difformità degli orientamenti regionali; in alcune regioni, gli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno possono usufruire solo di prestazioni cliniche ambulatoriali. In regione Lombardia, la circolare della Giunta Regionale n.20209 del 2000 ha riconosciuto che anche agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e senza permesso di soggiorno, vengano garantite tutte le prestazioni erogabili nell'area delle dipendenze, tra cui l'inserimento nelle strutture riabilitative degli Enti Ausiliari della regione.

Per tale motivo il servizio di alcologia dell'ASL di Brescia intercetta un'utenza straniera che presenta una molteplicità di richieste, sia sul versante clinico sia su quello sociale. La nostra esperienza operativa trova conferma in osservazioni della letteratura (cfr. A. Pelliccia, 2006), laddove si rintraccia un distinguo tra i fattori protettivi e i fattori di rischio rispetto al consumo alcolico. In particolare, tra i fattori di rischio più noti si evidenziano la facile accessibilità e il basso costo delle bevande alcoliche, la disoccupazione, nonché fattori strutturali e soggettivi di vulnerabilità individuale che generano fenomeni di etichettamento, processi di esclusione e autoesclusione, scarso senso di appartenenza alla comunità. Al contrario tra i fattori protettivi, cioè quei fattori che inibiscono o diminuiscono la possibilità che il comportamento patologico si manifesti, vengono individuati soprattutto fattori di tipo culturale, fattori che promuovono l'appartenenza etnica e il biculturalismo, come il rafforzamento dei legami familiari, amicali e sociali che stimolano una positiva identificazione col gruppo di appartenenza, alcuni vincoli religiosi e/o spirituali.

Gli operatori dei nuclei operativi alcoldipendenza, afferenti al servizio alcolgia dell'ASL di Brescia, si confrontano sempre più spesso con un'utenza di provenienza estera.

I dati statistici relativi ai nuovi ingressi al Servizio per l'anno 2010, rivelano che la percentuale di nuovi utenti riguardante i cittadini stranieri, è superiore al 10% del totale.

Fig. 1. Nuovi ingressi anno 2010 al Nucleo Operativo Alcolgia (Noa) di Brescia



La presenza di stranieri stabili nel nostro Paese è andata man mano aumentando negli anni, consolidando una tendenza già in essere e facendo in particolare della nostra città una destinazione strategica (prevalentemente per ragioni di opportunità di offerta lavorativa) per immigrati di diversa etnia e nazionalità, portatori non solo di linguaggi ma anche di culture, valori e modi di vita profondamente diversi.

Nonostante tutte le possibili diversità, l'**uso patologico dell'alcol** risulta permanere una costante trasversale in grado di accomunare fra loro le persone, quale ne sia la provenienza, la cultura, l'esperienza.

All'interno del Servizio Alcolgia dell'ASL di Brescia è stato necessario ripensare alle modalità di approccio in uso per garantire il rispetto di culture diverse nell'ambito di una prassi clinica fortemente consolidata e convalidata, in modo da gestire più capillarmente ed efficacemente le richieste provenienti dalla nuova utenza.

Pur essendo a tutt'oggi limitate le richieste, l'accoglienza e la presa in carico di cittadini stranieri presenta alcuni elementi di complessità che è importante sottolineare, al fine di rendere l'intervento di supporto e cura il più efficace possibile.

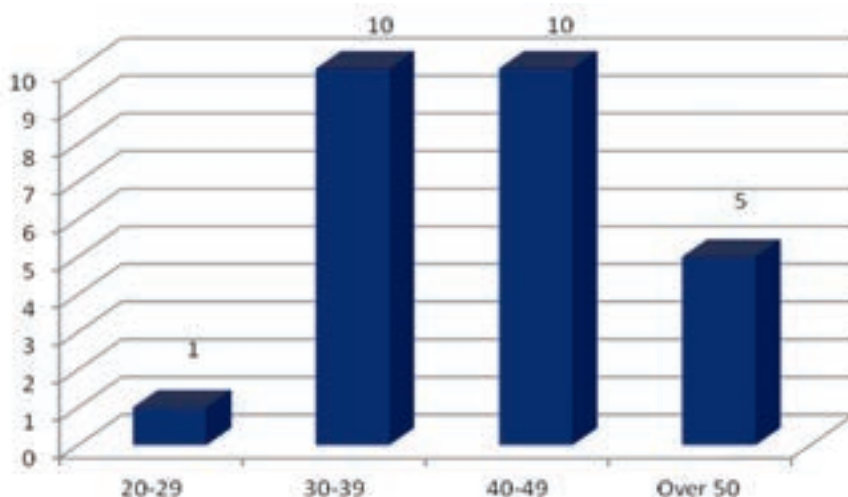
Tali elementi sono emersi dalla pratica clinica quotidiana e rappresentano un insieme di considerazioni ed accorgimenti che, da un lato, facilitano l'ingresso e la permanenza dei pazienti stranieri nel servizio e, dall'altro, aiutano gli operatori a muoversi con maggiore consapevolezza nel percorso di cura.

Una riflessione professionale su questo particolare tipo di utenza, caratterizzata prevalentemente da utenti maschi di età compresa tra i 30 ed i 50 anni, aiuta gli operatori a focalizzare gli elementi problematici affrontabili con alcuni particolari accorgimenti e, nel contempo, a tenere in massima considerazione ciò che non è modificabile e pone dei limiti, o comunque, dei confini alle possibilità di intervento.

Fig. 2. Stranieri: suddivisione per genere (Noa U.O. Brescia 2010)

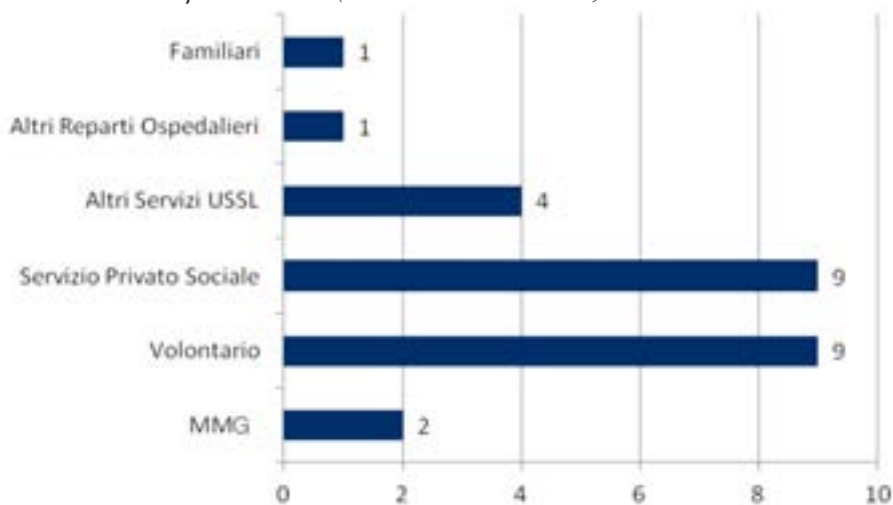


Tab. 1. Stranieri: suddivisione per classe di età (Noa U.O. Brescia 2010)



Un primo dato da tenere in considerazione riguarda la modalità di accesso al Servizio, che spesso non avviene in modo diretto ma, frequentemente, su invio di altri Enti ed istituzioni pubbliche. I cittadini stranieri, quindi, in molti casi, non sono motivati spontaneamente ad intraprendere un percorso terapeutico e accettano una presa in carico perché indotti da un mandato esterno, diverso da caso a caso.

Uno scarso livello di consapevolezza di Sè e di comprensione dei propri problemi con l'alcol e del percorso terapeutico di cura sono, ovviamente, due elementi che spesso condizionano lo sviluppo di un'adeguata *compliance* e, nel medio- lungo termine, influiscono negativamente sul buon esito di un percorso di cura. Inoltre, va sottolineato che, usualmente, i servizi di alcologia sono poco conosciuti dagli stranieri, soprattutto se la comprensione della lingua italiana, orale e scritta, è carente. In questi casi, il cittadino straniero tende ad accedere al Servizio con un atteggiamento di sospetto e di limitata disponibilità, a causa di una carente comprensione della tipologia e della finalità del servizio, delle prestazioni erogate e delle attese terapeutiche.

Tab. 4. *Stranieri: fonte di invio (Noa U.O. Brescia 2010)*

La prima fase di accoglienza e presa in carico del paziente richiede, quindi, molte energie agli operatori coinvolti, flessibilità ed elasticità nella gestione dei colloqui, capacità di utilizzare un attento ascolto nonchè di mettere in atto modalità di comunicazione alternative a quelle tradizionali. In questa fase possono emergere difficoltà legate alla reciproca comprensione linguistica.

Le difficoltà comunicative, se rilevanti, rappresentano un ostacolo sensibile alla funzionale interazione tra gli operatori e i pazienti stranieri; la reciproca non comprensione della lingua, può interferire negativamente sul piano cognitivo e conseguentemente motivazionale nell'approccio al paziente e, in casi estremi, può finanche costituire un deterrente motivazionale e un inibitore della compliance terapeutica per lo straniero. Infatti, l'eventuale grave carenza di requisiti linguistici condivisi è di grosso ostacolo alla strutturazione di colloqui finalizzati alla valutazione diagnostica e alla implementazione di programmi di cura il cui punto di maggior efficacia consiste, spesso, nella comunicazione verbale e successiva rielaborazione dei problemi e dei vissuti connessi all'uso e abuso di alcol. La dimensione della comprensione linguistica e, conseguentemente, dei processi offerti dal servizio al paziente, devono essere sottesi, pertanto, da chiarezza espositiva e di trasparenza di intenti nella dinamica clinica complessiva. La frequente e contestuale presenza di familiari, amici o conoscenti costituisce non sempre e non necessariamente una risorsa positiva nella relazione terapeutica.

Le **differenze culturali** sono un altro elemento di complessità sul quale vale la pena di soffermarsi poichè le ricadute operative che i servizi alcologia devono fronteggiare sono molteplici e a differenti livelli. Un primo elemento da analizzare è l'estrema varietà delle nazionalità dei pazienti che afferiscono ai Servizi in quanto impone agli operatori di doversi confrontare nel quotidiano con culture e stili di vita spesso molto differenti tra loro e con pochi punti di contatto. Muoversi all'interno di un simile scenario significa acquisire dati, notizie ed informazioni, spesso poco familiari, relative a molteplici culture al fine di meglio mirare e individualizzare i propri interventi.

Fig. 3. Stranieri: macro area geografica di provenienza (Noa U.O.Brescia 2010)



Un secondo elemento culturale da considerare è la difficoltà più o meno rilevante da parte del paziente straniero di relazionarsi con un operatore di sesso diverso dal proprio. Su questo elemento, eventualmente problematico, pesa il ruolo assegnato alla cultura del genere nei Paesi d'origine. Inoltre si rimarcano alcuni aspetti peculiari che alcuni stranieri, specialmente se donna, possono presentare nel doversi relazionare con una persona estranea alla famiglia.

173

Da una ricerca del 2008 effettuata dalla provincia di Milano su "Alcol e stranieri", si evidenziano alcune implicazioni interessanti nel rapporto tra alcol e cultura. In modo particolare si evidenzia che nella macro area geografica **Africa** (Nord in particolare) e **Medio Oriente** i fenomeni più eclatanti in rapporto al consumo di alcol, sembrano trasferiti dal Paese di origine, piuttosto che causati dalla cultura specifica del nostro Paese. Inoltre, la scarsa familiarità con l'alcol (anche per motivi connessi ad aspetti religiosi) renderebbe, secondo questa ricerca, le persone più esposte alla perdita di controllo nella gestione del consumo dell'alcol.

Nell'utenza proveniente dal **Sud America** si evidenzia l'intreccio tra alcol e situazioni ludiche e socializzanti. Il contesto di "*fiesta*" rende meno minacciosa la percezione delle problematiche anche di discontrollo comportamentali correlate all'abuso di alcol.



Ciò che caratterizza principalmente l'utenza dell'area dell'**Est Europa** è il consumo di superalcolici associato allo svolgimento di lavori spesso frustranti. Nella percezione degli operatori, il rapporto con la sostanza sembra essere un comportamento molto integrato nella cultura di origine e utilizzato per far fronte a condizioni di stress lavorativo e sociale innegabili: lavori pesanti, precari e mal retribuiti; lontananza dalla famiglia, sradicamento culturale e scarsa rete sociale.

Per quanto riguarda l'area dell'**Oriente**, va prima di tutto sottolineato l'elemento di chiusura ed isolamento in cui paiono vivere alcune comunità, con uno scambio limitato con la cultura ospitante ed uno scarso o nullo invio ai Servizi (la comunità cinese, per esempio). In generale, si può affermare che spesso il consumo problematico di alcol (quasi sempre superalcolici) nell'utenza di questa macro area geografica è da mettere in relazione al senso di solitudine, allo stress lavorativo, ai conflitti familiari connessi al ricongiungimento di parenti e figli.

Un dato trasversale alle differenze culturali pare essere la funzione svolta dall'alcol nel primo periodo di migrazione, in molti casi il più duro per le precarie condizioni di vita materiale, il maggior isolamento relazionale che il migrante si trova a vivere, l'eventuale condizione di irregolarità rispetto al permesso di soggiorno in Italia. In questo quadro, emerge un tendenziale ricorso all'alcol con funzione "antidepressiva".

174

Gli aspetti fenomenologici culturali impongono all'operatore la necessità di avere un atteggiamento di attento ascolto e di ricerca induttiva, relativamente alla percezione ed elaborazione di elementi significativi nel dialogo clinico, nelle diverse fasi dell'iter clinico diagnostico terapeutico del paziente. Questo atteggiamento è fondamentale poichè sottende una relazione di tipo multidimensionale e multidisciplinare con il paziente.

La strutturazione della famiglia, i rapporti tra parenti, le relazioni tra uomini e donne, l'iniziazione all'alcol, i valori fondanti l'educazione familiare, scolastica e sociale in genere, nulla di tutto ciò può essere dato per "scontato", per già noto e conosciuto, ma va indagato dall'operatore in modo aperto e attento al fine di comprendere il "mondo interiore" della persona che ha di fronte.

La provenienza da zone di cultura islamica si caratterizza per una forte incidenza di pazienti di genere maschile, portatori di istanze religiose ed etico morali che sostengono la scelta di cambiamento e di superamento del consumo di alcolici.

Al contrario, nella nostra esperienza clinica, una significativa incidenza di pazienti provenienti dalla zona geografica dell'est Europa, di cui molte sono donne, portatrici di un'elevata tolleranza all'alcol, con scarsa possibilità di *insight* rispetto alle proprie condizioni di dipendenza.

Altro fattore non trascurabile risulta la marcata incidenza di pazienti stranieri che accedono al servizio ai fini di una indagine diagnostica, in seguito a precedenti episodi di slatentizzazione dell'aggressività, spesso nella dimensione intrafamiliare.

Dai decreti del Tribunale dei minorenni, trasmessi d'ufficio al Servizio di alcologia, si evince che l'episodio di violenza possa essere indotto da intossicazione acuta di alcol. Il più delle volte all'episodio di aggressione seguono procedimenti penali ai quali i pazienti sono sottoposti, accompagnati da istanze di allontanamento dal nucleo familiare. Sia in questo caso, sia nelle altre situazioni di segnalazione, ad esempio di supposti stati di intossicazione cronica alla quale potrebbero correlarsi stati di trascuratezza o di abbandono della prole, con evidenti ripercussioni sulla capacità genitoriale (che non rientra nella competenza del NOA, ma rimane di stretta competenza del servizio di Tutela Minori), si impone la necessità di una attenta valutazione diagnostica, con rilevanza medico-legale in cui è centrale la certificazione di alcol-dipendenza o di stato d'abuso alcolico. La fase diagnostica è di rilevanza, in primis medica con riferimetro alle classificazioni internazionali DSM IV e/o ICD-10; successivamente viene integrata da una valutazione multidimensionale con presa in carico multidisciplinare sanitaria e psico-socio-educativa.

Dal punto di vista della rilevazione epidemiologica si nota nella popolazione straniera, con problemi alcolcorrelati, una scarsa presenza di poliabusatori, ossia di soggetti in cui lo stato di intossicazione alcolica sia correlato all'assunzione di altre sostanze psicoattive.

Un adeguato spazio di indagine e riflessione meritano, inoltre, le tematiche connesse alla migrazione dal proprio Paese di origine, la scelta di lasciare il proprio Paese ed i vissuti ad essa collegati, l'eventuale percezione di fallimento parziale o totale del progetto migratorio originario, le difficoltà di adattamento culturale, i risultati raggiunti ed i progetti per il proprio futuro in Italia, i rapporti con la propria famiglia in patria e con i connazionali in Italia.

175

La puntuale analisi delle considerazioni sopra menzionate e il dato esperienziale raggiunto nell'approccio multidisciplinare ai problemi alcolcorrelati della persona straniera ha consentito, in una logica di una ottimizzazione metodologica:

- una efficacia diagnostica strategicamente mirata;
- l'individuazione di un possibile percorso di *recruitment* e gestione;
- l'ideazione e la creazione di nuovi strumenti a valenza diagnostica di comprovata maneggevolezza sinottica;
- la revisione critica con l'ottimizzazione degli strumenti operativi già utilizzati.

Ciò è stato possibile grazie alla consapevolezza di poter contare sulla presenza di competenze già acquisite e presenti in loco contemporaneamente, in diversi ambiti delle professionalità esercitate al NOA.

Quella che segue è la presentazione di una proposta, un **costrutto di sperimentazione** su quanto emerso di vitale e produttivo nel corso del lavoro sopra esposto.

Trattamento individuale per stranieri

Di seguito, un maggiore dettaglio riguardo ai passi individuati per la modalità di presa in carico dell'utente straniero, successiva alla fase diagnostica multidisciplinare psico-socio-sanitaria ed educativa:

- 1) colloqui conoscitivi, individuali, fatti da operatori con esperienza in problematiche per stranieri;
- 2) incontri informativo-educativi in lingua utilizzando materiale predisposto dal NOA, sia in forma cartacea sia su supporto informatico
- 3) colloqui di restituzione e proposta del progetto terapeutico.

Il Trattamento Individuale si propone i seguenti *obiettivi*:

- sensibilizzazione rispetto ai danni da abuso/dipendenza alcol-correlati;
- auto-valutazione dei problemi alcol-correlati (tramite auto-somministrazione del CAGE/AUDIT test in lingua);
- inquadramento del paziente tramite il riconoscimento dei suoi valori, la sua storia. Lo strumento individuato è la Griglia di Osservazione ideata dal Servizio.

Dal punto di vista metodologico clinico, l'approccio al paziente straniero ha richiesto quindi, per l'equipe del servizio alcolologia di Brescia, una riflessione più approfondita rispetto alla percezione dell'alcol da parte del paziente stesso, partendo dal suo background culturale di appartenenza, veicolo di valori emotivi personali, familiari e culturali confrontati in un secondo momento con la sua quotidianità attuale.



È parso interessante consentire al paziente di ripercorrere il suo “viaggio culturale” a ritroso, fino a ritrovare le origini dei suoi *assunti culturali*, che ha respirato fin da bambino nei giochi con gli amici, i compagni di scuola, e condiviso con la propria famiglia nel suo Paese d’origine, nelle tradizioni religiose e popolari e rielaborarli in un confronto dialogico con l’operatore di riferimento; all’interno di questo percorso un’attenzione particolare è stata dedicata alla rilettura del rapporto del paziente con l’*alcol* sia nel Paese d’origine sia in Italia. Ciò consente al paziente di focalizzare quelle parti della propria vita che non sono state elaborate, integrandole in un “puzzle identitario” dal quale riprogettare il proprio futuro, soprattutto in un’ottica di motivazione alla remissione dall’abuso dell’alcol.

Si è costruito quindi uno strumento di lavoro, una **griglia di osservazione** che è la concretizzazione di questo approccio “culturale” alla storia identitaria del paziente, partendo dall’osservazione di alcuni “elementi di identità”: i valori personali/familiari, le risorse, le criticità (i punti di forza e di debolezza), la progettualità del passato (anche tenendo presente il progetto migratorio), del presente (collocato nella quotidianità) e nel futuro (progetto di vita prossimo). Tutti gli elementi di identità ripercorrono l’andamento ciclico della vita del paziente, nella dimensione globale del suo spazio di vita, consentendogli di individuare quel “filo rosso” che è stato strappato dallo “sradicamento culturale”.

Griglia di osservazione delle problematiche correlate allo sradicamento culturale (Rossi D., Noa Brescia)

Ciclo di Vita Elementi di Identità	PASSATO	PRESENTE	FUTURO	Eventuali osservazioni dell'operatore
VALORI Personali				
Familiari				
RISORSE				
CRITICITA'				
PROGETTUALITA'				

In un momento “diagnostico” successivo, un operatore specializzato fornisce un quadro sintetico, l’epicrisi clinica, con l’individuazione dell’even-

tuale “evento traumatico” (correlato ad esempio al progetto migratorio), ai sintomi psichici autoriferiti (ad esempio ansia, insonnia, sbalzi d’umore, rabbia ecc.), alla qualità dell’attaccamento relazionale, ai suoi modelli di identificazione e agli investimenti oggettuali che manifesta.

Epicrisi clinica (Rossi D., NOA Brescia)

		Eventuali osservazioni dell'operatore
Sintomi psichici auto-riferiti		
Qualità dell'attaccamento relazionale		
Modelli di identificazione		
Investimenti oggettuali		
Livello di comunicazione		
competenze linguistiche		
livello culturale		
altro		
Quadro della dipendenza		

178

Alla luce delle considerazioni di cui sopra, è stato interessante definire il livello di comunicazione sia per quanto riguarda le competenze linguistiche possedute sia il livello culturale di appartenenza, come requisito per l’individualizzazione dell’intervento riabilitativo, nonché il quadro della dipendenza (da sostanze legali, illegali, da stili compulsivi) che emerge. Anche lo stato di emarginazione e grave disagio di molti stranieri che si

rivolgono ai Servizi, nonché lo status di clandestinità o irregolarità, sono elementi che incidono sull'avvio di un percorso di cura, sul suo andamento positivo nel tempo e sul recupero sociale della persona straniera. Sono ostacoli spesso insuperabili che pongono gli operatori in una condizione di debolezza o che ne limitano l'agire professionale. La necessità di attivare risorse o di creare una rete di supporto relazionale e materiale alla persona, contribuisce a rendere l'intervento più complesso ed articolato, poiché non tutti i gruppi etnici sono organizzati sul territorio attraverso forme associative ed aggregative alle quali fare riferimento in termini di supporto materiale e relazionale alla persona. Va inoltre sottolineato che non sempre i gruppi e le Associazioni presenti sul territorio di Brescia sono conosciuti dagli operatori dei Servizi; spesso mancano i riferimenti cui appoggiarsi per favorire il reinserimento di pazienti che la dipendenza da alcol ha portato ad una solitudine estrema. Una mappatura delle realtà esistenti sul territorio fornirebbe agli operatori degli ottimi ed utili strumenti di lavoro, ed offrirebbe alle realtà organizzate esistenti la possibilità di giocare un ruolo da protagoniste nei processi di inclusione sociale delle proprie comunità.

È tenendo conto di tutto ciò che l'ASL di Brescia, nell'ambito del **Progetto Regionale "Contatto. Servizi integrati di prevenzione"**, ha istituito un tavolo territoriale di lavoro sul tema dell'accoglienza e della presa in carico degli stranieri nei Servizi per le dipendenze, al quale partecipano operatori in rappresentanza dei Servizi pubblico e privato accreditato operanti sul territorio provinciale e che si pone l'obiettivo di definire modalità di accesso e presa in carico omogenee nei differenti servizi.

Il punto di partenza è l'analisi di quanto già esistente nei servizi, la messa in comune di modalità e procedure già utilizzate, per arrivare alla realizzazione di materiale spendibile nell'operatività quotidiana dei diversi servizi. Il tavolo territoriale si avvale della consulenza di esperti, sia per la costruzione del materiale utilizzabile dai Servizi, sia per la costruzione di una rete di realtà, gruppi, persone con cui collaborare in sinergia al fine di rendere gli interventi più efficaci.

L'incontro tra operatori operanti in aree geografiche differenti e con storie e culture professionali diverse, sta gettando le basi per la costruzione di una rete di collaborazione tra Servizi che potrà portare, nel tempo, all'elaborazione di strategie e materiali operativi, alla creazione di una rete di risorse utilizzabili sul territorio, alla collaborazione con le agenzie esistenti.

In conclusione la specificità dell'utenza straniera che impatta quotidianamente con i servizi per l'alcolologia richiede un **approccio clinico antropologico** attento e flessibile in grado di offrire risposte specialistiche e terapeutiche differenziali ai bisogni individuali, ma contemporaneamente stimola il **contesto territoriale** ad attivare processi di integrazione per il cambiamento culturale nella prevenzione e nel trattamento della problematica dell'alcol.

Bibliografia

Cattaneo M.L., Dal Verme S. (2009). *Terapia transculturale per le famiglie migranti*, Franco Angeli, Milano

Coppo P. (2005) *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*. Ed. Bollati Boringhieri, Torino

Moro M.R. (2002) *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*. Raffello Cortina Editore, Milano

Moro M.R. A cura (2009) *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*. Franco Angeli, Milano

Nathan T. (1996) *Medici e stregoni*. Bollati Boringhieri, Torino

Pelliccia A. *Alcol e immigrazione. Uno sguardo transculturale*. Istituto di Fisiologia Clinica C.N.R., 2006

Perocco F. (a cura di) *Alcol e immigrazione. Schede di lettura*. Fondazione Benetton Studi ricerche, Rapporto di ricerca, Treviso, 1999

180

Pompeo F. *Il mondo è poco. Un tragitto antropologico nell'interculturalità*. Meltemi, Roma, 2002

Progetto "Alcol & Stranieri", Provincia di Milano 2008, Direzione Cultura e Affari Sociali, in coll. Società Metodi di Milano. (www.retemetodi.it)

Ranci D. (2011) *Migrazioni e migranti. Esperienze di cura a Terrenuove*, Franco Angeli, Milano

Riva E. "Dipendenza da sostanze nel paziente immigrato". In: Rizzi R., Iossa Fasano A., Ospitare e curare. Dialogo interculturale ed esperienze cliniche con gli immigrati. Franco Angeli, Milano, 2002

Rotondo A. *Etnopsichiatria e Territorio*. Edizioni di Terrenuove, Milano

Sherrat A. *L'alcol e i suoi sostituti: simbolo e sostanza nelle culture preindustriali*. In Goodman J., Lovejoy P.E., Sherrat A. (a cura di), Usi Sacri, consumi profani. Il ruolo storico e culturale delle droghe, Ecig, G, 1998

Sironi F. (1999) *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*. Feltrinelli, Milano

Sironi F. (2007) *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*. Feltrinelli, Milano

Trenti A., Zavatti P. "Migrazione ed alcolismo". *Alcologia*, 5 (2), 1993, p.42



La principessa Tarakanova, Konstantin Dmitriyevich Flavitsky, 1830-1866

CARCERE E MIGRAZIONE

Alessandra Wuhrer, Annalisa Massoletti, Rosangela Pezzetta

Il problema della devianza, della criminalità e del controllo sociale dei cittadini stranieri è largamente dibattuto con una notevole produzione letteraria, scientifica e giornalistica. Questo capitolo tratta in modo descrittivo le attività che l'A.S.L. di Brescia effettua in carcere per la tutela della salute dei cittadini stranieri. Alcuni dati ci sono sembrati necessari per inquadrare il fenomeno a livello nazionale e locale.

183

Dai dati nazionali, il Ministro della Giustizia, onorevole Nitto Palma, mette in evidenza che: *“gli Istituti penitenziari Italiani sono 206 con presenza regolamentare di 45.732 e presenza effettiva di 67.377 detenuti di cui il 42% del totale in custodia cautelare”*.

Il totale complessivo degli stranieri è del 36,1% di cui 12.035 in attesa di giudizio e 12.147 in espiazione pena. Quasi il 70% della popolazione detenuta straniera è formata da:

- 20% Marocchini;
- 15% Rumeni;
- 13% Tunisini;
- 11% Albanesi;
- 5% Nigeriani;
- 3% Algerini.

Dei detenuti che transitano in carcere provenienti dalla libertà (circa 90.000 arresti in flagranza, fermo, custodia cautelare) la percentuale degli stranieri è maggiore di quella degli italiani”.

Nel territorio dell'ASL di Brescia sono presenti due Istituti Penitenziari: la Casa Circondariale maschile di Brescia “Canton Mombello” e la Casa di Reclusione (CR) di Verziano che ha anche un reparto femminile Circondariale. Al 30 Settembre 2011, la presenza totale effettiva dei detenuti a Canton Mombello è di 512 persone di cui stranieri 298 (58,20%); nella CR di Verziano di 141 soggetti di cui stranieri 43 (30,4%).



Detenuti negli Istituti di Brescia e Verziano

L'A.S.L. di Brescia opera all'interno degli Istituti con il personale dell'U.O. Assistenza Penitenziaria Servizio Medicina del Disagio in staff alla Direzione Sanitaria e garantisce, per **tutti gli stranieri presenti**, l'effettuazione degli screening per la malattia tubercolare ai nuovi giunti, coordina le attività degli screening di prevenzione dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon. Nel periodo dal 28.08.2009 al 01.09.2010, dei 742 detenuti che hanno accettato lo screening per la malattia tubercolare, gli stranieri avevano la maggioranza di risultati positivi alla intradermoreazione alla Mantoux: 197 soggetti (26,5%) mentre gli italiani sono stati 111 (14,9%). Elegibili alla chemioprolassi, che hanno quindi iniziato la stessa, sono state in totale 62 persone, in maggioranza straniere: a Canton Mombello 51 (89,4%) e 3 (60%) detenute a Verziano. La più alta percentuale di stranieri è in parte dovuta alla maggior incidenza di positività alla intradermoreazione alla Mantoux in questa popolazione (in particolare quello proveniente dal continente africano e, oggi, anche da quello asiatico).

L' A.S.L. di Brescia ha posto attenzione alla tutela della salute delle persone immigrate negli Istituti anche nel garantire la continuità degli interventi; ha attuato a tal fine, nel suo territorio e all'interno degli Istituti, il Progetto Regionale "Contatto, servizi integrati di prevenzione" con lo scopo di avvicinare gli stranieri ai servizi territoriali e informare sulla presenza degli stessi: da quelli in grado di dare una risposta ai bisogni primari a quelli terapeutici. Sono stati effettuati incontri personalizzati gestiti da un agente di rete e dagli operatori dell'U.O. Assistenza Penitenziaria utilizzando volantini plurilingue predisposti ad hoc dal "Gruppo Regionale Contatto" istituito dalla Regione Lombardia per definire e programmare le attività progettuali.

Per gli stranieri tossico o alcol dipendenti vengono garantite l'accoglienza, la diagnosi, la prevenzione cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze legali e illegali. Dopo la diagnosi e la certificazione di tossico o alcol dipendenza, si procede alla valutazione multidisciplinare integrata, necessaria per la definizione di un progetto terapeutico personalizzato che può essere attuato all'interno dell'Istituto o all'esterno (intra od extramurario). Si predispongono, nei casi di idoneità, programmi terapeutici alternativi alla detenzione sia per gli stranieri regolarmente presenti in Italia sia per quelli non in regola con il permesso di soggiorno. L'assistenza ai soggetti tossicodipendenti è garantita, inoltre, anche nello stabilire rapporti di integrazione clinica, sia all'interno degli Istituti Penali sia nel territorio, con la rete dei servizi sanitari e sociali che sono coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossico o alcol dipendenti.

La presa in carico dei detenuti tossico o alcol dipendenti

Il più importante indicatore del fenomeno della tossicodipendenza tra la popolazione immigrata in Italia è rappresentato dai dati provenienti dagli Istituti di detenzione, in quanto, nella maggior parte dei casi, la tossicodipendenza dell'immigrato emerge essenzialmente attraverso il contatto con il sistema giudiziario. Un numero limitato di migranti, infatti, si rivolge ad un Servizio per le dipendenze prima dell'ingresso in carcere.

185

Dal 1° Gennaio 2011 al 30 Settembre 2011 i detenuti in carico sono stati 276, di cui 66 stranieri (23,9%), la cui fascia di età più rappresentata è quella tra i 25 e i 29 anni, che utilizzano come sostanza primaria, intesa come la sostanza che condiziona maggiormente il comportamento del soggetto, la cocaina (51,5%), seguita dagli oppiacei (34,8%), dai cannabinoidi (9%) e dall'alcol (4,5%).

I Paesi di provenienza sono principalmente quelli del Magreb: dal Marocco il 39,3%, il 25,7% dalla Tunisia. Gli stranieri provengono anche dall'Albania (9,09%), dal Senegal (4,5%) e il 3,03 % dall'India e dall'Algeria.

ASPETTI PSICOLOGICI E FATTORI DI RISCHIO

Disagio psichico e immigrazione, un tema importante per chi si occupa oggi di disagio e di sofferenza psichica; una problematica che investe il mondo dei Servizi e degli operatori. È importante soffermarsi sui rischi che corre il migrante dal punto di vista della sua salute psichica nella misura in cui la separazione, la partenza, il viaggio, l'arrivo e l'incognito creano situazioni di ansia e producono la rottura di equilibri prestabiliti. In effetti, in tutte le storie di migrazione abbiamo a che fare con la scelta della separazione rispetto al contesto familiare, affettivo, sociale e culturale originario; questa scelta provoca una rottura dell'equilibrio presente nella vita della persona che decide di emigrare. Costituisce un momento contraddittorio di sofferenza e di aspettative.

L'emigrante è di fronte alla sfida di dover ridefinire il proprio progetto di vita, di delineare le coordinate nello spazio e nel tempo. Deve elaborare il lutto della separazione dal gruppo originario, dai legami costruiti durante l'infanzia ed interiorizzati nella sua costruzione psico-affettiva.



186

La partenza, le condizioni nelle quali avviene la partenza, i motivi stessi della scelta dell'emigrare sono importanti perchè condizionano tutta la traiettoria del migrante. Traiettorie che non è solo spaziale e geografica ma anche mentale ed emotiva.

Come dice Sayad **“il passaggio dell'illusione dell'emigrazione”** alla **“sofferenza dell'immigrazione”** costituisce il passaggio dove si gioca la possibilità del migrante di ridefinirsi come progetto di vita nuova in Italia. L'immigrato elabora il lutto della separazione e si trova nello stesso tempo a dovere rinegoziare il senso della sua esistenza. Si trova anche in un sistema di relazioni che non riesce ad interpretare e che lo vive come corpo estraneo. L'immigrato vive la solitudine, l'indifferenza, una condizione d'inferiorità

sociale e di minoranza culturale; si sente osservato, giudicato, si sente di troppo. La famiglia, se è con lui, può aiutarlo ma non sempre; la famiglia può finire per funzionare come un circuito chiuso che sviluppa, al suo interno, tutte le patologie comunicative dell'isolamento sociale. L'impresa principale della famiglia è quella di adattarsi mantenendo un'identità familiare compatibile con l'ambiente circostante. Si sviluppano complesse regole sui cambiamenti delle regole (metaregole) spesso implicite, creando malintesi. Alcuni valori familiari del passato si rivelano meno adatti nelle circostanze del Paese di accoglienza. L'impatto transgenerazionale nel quale emergono i conflitti tra genitori e figli, è vissuto come contrasto o scontro più interculturale che transgenerazionale. La situazione sembra comprometersi quando la vita della famiglia si svolge in un "ghetto" e l'urto tra le generazioni crea nei figli un comportamento deviante.

Dall'esperienza di diversi anni lavorativi, negli Istituti Penitenziari di Brescia e Verziano, con soggetti immigrati tossico/alcolodipendenti, i maggiori Disturbi Correlati all'uso di sostanze (amplificati/slatentizzati dalla condizione detentiva) emersi nelle valutazioni psicodiagnostiche sono:

- Disturbo dell'umore;
- Disturbo d'ansia;
- Disturbo psicotico;
- Disturbo del sonno;
- Disturbi di personalità (Asse II sono i più riscontrati).

L'ACCOMPAGNAMENTO DURANTE LA DETENZIONE

I nodi critici

La situazione amministrativa

In carcere accedono principalmente persone che si trovano in situazione di irregolarità relativamente alla propria posizione di permanenza sul territorio italiano, sia perché non hanno mai ottenuto o richiesto il permesso di soggiorno, sia perché, in seguito al reato commesso, non hanno più diritto all'eventuale rinnovo.

Relativamente al progetto migratorio come scritto dall'Equipe Carcere Programma Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma, si possono indicativamente individuare tre categorie di persone:

- soggetti con **progetto migratorio deviante**, ovvero intenzionati ad arricchirsi in modo illegale già alla partenza dal proprio territorio d'origine;
- soggetti con **progetto migratorio deviato**, partiti dai loro Paesi con il desiderio di trovare un lavoro e di avere una regolarizzazione e poi, a causa delle difficoltà incontrate, scivolati in una fase di marginalità fino ad arrivare a compiere reati;
- soggetti con **deviazione del progetto migratorio**, che dopo aver lavorato in Italia per un periodo anche lungo ed in modo regolare, hanno perso il lavoro e di conseguenza anche la possibilità di rinnovo del permesso di soggiorno, sono stati indotti all'uso di sostanze ed in seguito "costretti" a spacciare dopo aver raggiunto un elevato livello di dipendenza.

188

La qualità ed il grado di soddisfazione verso il progetto migratorio sono di importanza fondamentale, essendo tale progetto strettamente connesso alle aspettative non solo personali, ma anche familiari e del contesto comunitario di appartenenza.

Il soggetto che fallisce il proprio progetto migratorio si ritrova in una situazione di limbo: nel Paese d'arrivo vive in una posizione di marginalità ed esclusione ed il ritorno nel proprio Paese di provenienza viene prefigurato come impossibile da accettare.

La comunicazione

Tra l'operatore e il detenuto straniero può verificarsi un problema di riconoscimento e di comunicazione, in quanto all'interno del colloquio il linguaggio di entrambi evoca delle rappresentazioni proprie delle culture alle quali si appartiene. L'utilizzo di sostanze, che per la nostra cultura si coniuga a parametri terapeutici ed assistenziali, in altre culture si colloca nella categoria del "vizio" e la possibile interruzione dell'uso sembra avere a che fare quasi esclusivamente con la volontà individuale.

Le alternative alla detenzione

L'accesso alle alternative alla pena è necessariamente legato ad eventuali programmi terapeutici fuori dal carcere e, in questo senso, ci si trova a dover fare i conti con le reali possibilità: i percorsi terapeutici territoriali sono di difficile esecuzione per la mancanza sia di un alloggio sia di un lavoro regolare; i percorsi residenziali si scontrano con il fatto che pochissime sono le Comunità Terapeuti-

che disponibili ad accogliere stranieri non regolari, soprattutto in relazione alla concreta possibilità di definire un percorso terapeutico completo: il passaggio fondamentale del “reinserimento sociale” deve necessariamente confrontarsi con l'impossibilità, per lo straniero irregolare, di essere inserito nel mondo del lavoro e con l'assenza di persone di riferimento che offrano un reale supporto. La presenza della famiglia (generalmente il coniuge con regolare permesso di soggiorno e i figli minori), rappresenta una possibilità (per l'operatore sociale un dovere) di avviare un progetto terapeutico che non può e non dovrebbe essere disgiunto dalla concreta possibilità di offrire un percorso di integrazione che, partendo dal detenuto, si riflette sull'intero nucleo familiare.

Le attività

Il carcere diventa, in alcuni casi, il luogo di cura dove poter ricevere, oltre alle prime attenzioni per la salute, anche un concreto supporto per la tossicodipendenza.

Il contatto con l'operatore si sostanzia nella possibilità di raggiungere un certo livello di consapevolezza del problema tossicomane ed una riappropriazione della propria storia e dei propri riferimenti.

Il colloquio con la persona migrante si prefigge di dare la possibilità alla stessa di raccontarsi, dando forma alla propria storia e alle proprie sofferenze, rendendole collocabili in un tempo e in uno spazio, al fine di poter immaginare il possibile contrasto alle avversità e proiettarsi nel futuro con un nuovo piano esistenziale. Si utilizzano, durante il colloquio, alcuni strumenti che possano facilitare la conoscenza della cultura e dell'ambiente di vita del migrante, al fine di poter, in parte, avviare alcuni problemi relativi alle proprie differenti rappresentazioni: il *genogramma*, lo *storiogramma* e le *carte geografiche* rendono le informazioni più chiare e visibili.

Le persone sembrano avere, quasi tutte, un progetto di vita carico di speranze ed aspettative; nella maggior parte dei casi l'immaginazione è legata al poter vivere la vita futura in Italia, quale possibile luogo dove raggiungere i propri obiettivi, come all'inizio del progetto migratorio.

Molti migranti desiderano rompere la situazione di esclusione sociale e di potersi collocare o ricollocare nel mondo del lavoro per poter avviare il processo di inserimento sociale.

La proposta di un possibile rientro presso il proprio Paese di origine assume la funzione di un reale confronto con il dato di realtà, soprattutto per le persone che, avendo commesso un reato ostativo al rinnovo o alla richiesta di permesso di soggiorno, si ritroverebbero, una volta scarcerate, nuovamente in situazione di clandestinità. Nei rari casi in cui il detenuto accetta tale proposta, il Servizio di Assistenza Penitenziaria collabora con il Comune di Brescia, referente locale per il Progetto Europeo “Ritornare” della Rete Nirva. Tale progetto consente agli interessati di rientrare nel luogo di origine avendo garantita la copertura delle spese di viaggio ed un contributo economico che consenta loro di avviare un'attività.

Nei casi in cui sia l'alternativa alla pena sia l'eventuale progetto di rientro non siano perseguibili o non accolti dal migrante, è cura degli operatori garantire al detenuto tutte le informazioni relative ai diversi Servizi del territorio ai quali rivolgersi dopo la scarcerazione.

Obiettivi auspicabili

Uno degli obiettivi principali da perseguire è quello di favorire percorsi intramurari, anche di gruppo, in collaborazione con le Direzioni ed il personale di Polizia Penitenziaria, l'Area Trattamentale, e l'Area Sanitaria (A.O.) degli Istituti, volti a sostenere e a stimolare:

- percorsi di educazione alla salute;
- un percorso detentivo migliore;
- un miglior futuro al termine della pena (per soggetti con permesso di soggiorno);
- un possibile rimpatrio dignitoso (per soggetti clandestini).

Tra gli obiettivi da continuare a perseguire vi è la formazione sul tema della migrazione, nella consapevolezza che si tratti di un concetto ancora nuovo per gli operatori, rispetto al quale si rende necessario un continuo aggiornamento, al fine di rendere, laddove possibile, meno critici e più efficaci i possibili interventi.

Bibliografia

Caroselli L., Artoni C., Gran Dall'Olio D. *Stranieri tossicodipendenti e carcere*. Equipe Carcere Programma Dipendenze Patologiche AUSL PR

Comunicazioni del Ministro della Giustizia sul sistema carcerario e sui problemi della giustizia e conseguente discussione, Resoconto della seduta n° 606 del 21/09/2011

Direzioni degli Istituti di Canton Mombello - Brescia e di Verziano, *Dati relativi alle presenze al 30 Settembre 2011*

In attuazione del DPCM 1 Aprile 2008, n. 126 indicazioni attuative sono state fornite con la DGR n° 8120 del 01.10.2008 cui è seguito il Decreto Direttore Generale Sanità n° 14230 del 21.12.2009 "linee d'indirizzo regionale per la Sanità penitenziaria" e la DDG n° 3040 del 23 Marzo 2010 "Protocollo operativo per l'attuazione delle attività di prevenzione in ambito penitenziario"

L'altro diritto, Centro documentazione su carcere, devianza e marginalità. Seminario dedicato ai detenuti stranieri tossicodipendenti. La funzione rieducativa della pena e il detenuto straniero.
Disponibile: www.altrodiritto.unifi.it

Pelliccia A. *Tossicodipendenza e immigrazione. Storie di Vita*.
Disponibile: www.epid.if.cnr.it

Stranieri tossicodipendenti e carcere. Disponibile: www.storage.acoid.it

Sulle problematiche degli stranieri detenuti

Disponibile: www.carceriemiliaromagna.it

T.U. “delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” Dlgs 286/98 Titolo V Capo I” Disposizioni in materia sanitaria art. 34 (Assistenza agli stranieri iscritti al SSN) legge del 06 Marzo 98 n° 40, art. 32 e art. 35 (Assistenza agli stranieri non iscritti al SSN) legge del 06 Marzo 98 n°40, art. 33

T.U.309/90 “delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” e sue successive modificazioni



Madre e bambino dal focolare, Theodore Robinson, 1852-1896

LE FAMIGLIE DEI MIGRANTI NELLA RETE SOCIO-SANITARIA

Fausta Podavitte

Premessa

Il fenomeno dell'immigrazione straniera, che ha registrato un rapido e cospicuo aumento soprattutto in questi ultimi anni, è presente a Brescia in modo assai significativo, essendo il terzo polo nazionale per numero assoluto di immigrati. Se negli anni passati la loro presenza ha riguardato prioritariamente il mondo del lavoro ed i servizi sanitari dell'emergenza e di base, la progressiva ricongiunzione familiare ha modificato la società in modo sostanziale e con essa una significativa rosa di Servizi in ambito socio-sanitario, oltre che assistenziale.

193

Il primo fenomeno eclatante ha riguardato l'aumento del numero di nascite in Italia e nel tempo l'aumento di bambini stranieri frequentanti la scuola di vario ordine e grado. Il Consultorio familiare è stato il primo Servizio della rete socio-sanitaria a risentire profondamente della presenza di donne straniere, che lo hanno individuato come luogo privilegiato in cui chiedere assistenza durante la gravidanza ed a sostegno della maternità e della genitorialità. I Consultori sono stati il primo luogo in cui sperimentare mediatori linguistici e culturali ed una formazione mirata degli operatori per adeguare approccio e capacità di lettura dei problemi e dei bisogni attraverso i filtri culturali.

Successivamente la gestione di utenza straniera è divenuta di grande significato anche nell'ambito della tutela minorile, con tutte le implicanze che ne conseguono, considerato il delicato confine fra comportamenti dettati da culture diverse ed opportunità e necessità di segnalazione agli organi della magistratura di situazioni a rischio per il minore. Il numero elevato di casistica straniera in carico al settore è segnale di disagio sociale e familiare determinato da vari fattori, fra cui le difficoltà di inserimento in una società con regole chiare di tutela dei soggetti minori, considerati invece "proprietà privata della famiglia" nella cultura di altri popoli.

Una terza area che oggi evidenzia una significativa presenza di stranieri riguarda la disabilità, fenomeno emergente in età evolutiva e registrato di recente attraverso le certificazioni di Handicap per l'inserimento scolastico, a cura dei Collegi di Accertamento in capo alle ASL. Grazie ad una banca dati dedicata alla disabilità, ideata ed attivata di recente nell'ASL di Brescia, è possibile dare oggettività a quelle che rimanevano pure intuizioni sino a tempi recenti. La banca dati del Centro Territoriale Malattie rare completa il quadro che depone per una percentuale di tutto rispetto.

Una serie di motivazioni socio-culturali possono determinare una presenza così elevata di minori stranieri sul numero totale di certificati dovuta, si ipotizza, a mancanza di iniziative preventive prenatali, matrimoni fra consanguinei, oltre che alla tendenza a portare in Italia minori bisognosi di cure ed assistenza, ciò anche e soprattutto per le Malattie rare.

L'ultima area, sia in termini cronologici sia per ora in termini numerici, ad essere coinvolta da questo fenomeno è quella relativa agli anziani, poiché ricongiunzione più difficile da effettuare, visto che l'immigrazione ha riguardato prevalentemente persone giovani, adulte e in buona salute, sostegno nell'ambito lavorativo o almeno nel contesto familiare (gestione nipoti).

Si registrano invece alcune presenze nell'ambito della non autosufficienza che, seppur di minime dimensioni, sono di alto impatto assistenziale: persone tendenzialmente giovani, spesso clandestine, in stato vegetativo a seguito di incidenti sul lavoro o tentato suicidio.

194

La pianificazione degli interventi nella complessa e variegata rete di Servizi del mondo socio-sanitario deve tenere in considerazione però un'evoluzione ulteriore dello scenario attuale, con aumento di presenza di cittadini stranieri anche nell'ambito della non autosufficienza, oltre che negli altri settori.

Un'ultima riflessione riguarda il campo delle adozioni, in cui all'aumento di coppie miste ora si aggiungono nel 2010 le prime due coppie di persone straniere. Questo dato, seppur di ridotte dimensioni, è un segnale positivo di avvenuta piena integrazione nel nostro Paese.

Questa sintetica presentazione dello scenario attuale ed i dati che seguono, relativi alla presenza di cittadini stranieri nei servizi socio-sanitari, evidenziano il ruolo fondamentale della formazione da garantire agli operatori, perché acquisiscano strumenti di gestione di questa utenza, non solo in rapporto a culture diverse e nella flessibilità d'uso di strumenti diagnostici, ma anche nella conoscenza di regole normative e centri di riferimento competenti in materia. Da una prima fase informativa e formativa orientata a far conoscere agli operatori altri modi di vivere ed a rendere fruibili anche agli stranieri i servizi con percorsi facilitanti, si è passati ad una seconda fase, che necessita di approfondimento di conoscenze e strumenti specifici per aree tematiche. Contestualmente si è investito, inoltre, in progetti preventivi a favore di una miglior accoglienza e della riduzione del disagio, in particolare per la seconda e terza generazione, oggi le più a rischio di conflittualità fra Paese d'origine e Paese di nascita.

I dati di seguito riportati illustrano quanto sinteticamente delineato.

Il volto dei Consulteri Familiari

L'utenza straniera presente in numero sempre più massiccio, ha indotto i servizi socio-sanitari e le diverse istituzioni a confrontarsi con nuove richieste, nuove concezioni della crescita dei figli, nuove visioni della salute e della malattia e diverse modalità di cura, oltre che con le culture legate alle provenienze e incarnate da storie di vita individuali e famigliari. Sono pertanto fondamentali azioni che favoriscano l'informazione e l'orientamento dei cittadini stranieri, ma anche un maggior collegamento fra unità di offerta di diversa tipologia. Uno studio longitudinale dell'ASL di Brescia relativo all'andamento negli anni dell'utenza straniera nei Consulteri Familiari dal 2005 al 2010 evidenzia un incremento significativo, da 6.338 persone nel 2005 a 10.327 nel 2010, di cui 9.759 donne.

La tabella 1 mostra la distribuzione per anno dell'utenza straniera in rapporto all'utenza totale, evidenziando un incremento costante; si passa, infatti, dal 13,3% del 2005 al 23,3% del 2010.

Tab.1. Utenza straniera nei Consulteri Familiari anni 2005-2010

Anno	Utenza complessiva (italiani, stranieri e non rilevati)	di cui utenti stranieri	% utenza straniera
2005	47.728	6.338	13,3%
2006	49.747	7.210	14,5%
2007	50.078	8.415	16,8%
2008	48.741	9.719	19,9%
2009	45.270	9.914	21,9%
2010	44.414	10.327	23,3%

195

Interessante è anche il dato relativo ai principali Paesi di provenienza (Tab. 2)

Tab.2. Distribuzione per Paese di provenienza, anno 2005 -2010

Anno	Paesi Est Europa	Altri paesi europei	Centro Sud- America	Nord America	Africa	Asia Oceania	Totale stranieri
2005	1.884	637	445	39	2.062	1.271	6.338
2006	2.106	719	601	27	2.332	1.425	7.210
2007	2.556	729	606	36	2.694	1.794	8.415
2008	3.006	753	629	79	3.251	2.001	9.719
2009	2.714	1.048	636	44	3.301	2.171	9.914
2010	3.161	402	584	17	3.615	2.548	10.327

Le percentuali più significative, costanti negli anni in esame, nell'utilizzo dei Consulteri Familiari rispetto al totale degli stranieri, riguardano persone provenienti dall'Africa, con circa il 33%, seguite da quelle dei Paesi dell'Est Europa con il 30% ed infine dall'Asia (prevalentemente Cina) con il 22%.



Gli stranieri richiedono, prevalentemente, prestazioni nell'area del percorso nascita: dalla gravidanza al puerperio e ciò in numero certamente più significativo rispetto alle donne italiane.

Fra i loro comportamenti usuali rientra l'accesso delle donne al Consultorio accompagnate dal marito o dal partner, motivato dal particolare rapporto con l'altro sesso. In questo contesto rientra anche l'esigenza di presenza di personale femminile (ginecologhe) e di mediatori donne della medesima etnia. La familiarizzazione con il servizio avvenuta da parte delle donne straniere e la maggior fiducia nelle risposte, hanno reso possibile ed opportuno ampliare le iniziative a loro favore con l'avvio di azioni di sensibilizzazione verso interventi di prevenzione (es. screening), realizzate anche in luoghi di usuale incontro delle donne. In questa "espansione" delle attività ad esse rivolte, non più solo squisitamente cliniche, rientra anche il supporto nella gestione dei conflitti di valore fra la famiglia immigrata e la società di accoglienza.

Il Servizio di Mediazione linguistico-culturale è valido supporto nella gestione delle problematiche relative a lingua e conoscenza dei servizi. Esso facilita il rapporto con l'utenza nella rilevazione e maggior comprensione dei sintomi e del vissuto, al fine di favorire una corretta e completa diagnosi e formulare una proposta terapeutica, considerate le implicanze culturali. La mediazione permette di creare un legame tra l'operatore e l'utente pur mantenendo una posizione di neutralità rispetto ai contenuti del colloquio. L'acquisizione negli anni da parte degli operatori consultoriali di competenza attraverso la formazione e l'esperienza ha permesso la costruzione di rapporti positivi con l'utenza straniera; ciò anche grazie al servizio di mediazione, notevole supporto, come precisato, nelle situazioni difficili e per l'utenza che non sa esprimersi e orientarsi nei servizi. Merita pertanto una riflessione la ricerca di percorsi per individuare soluzioni che rendano tale servizio, pur non istituzionale, presenza certa.

La Tutela minori



197

La mediazione agisce positivamente anche nel favorire la collaborazione delle famiglie straniere sottoposte a decreto del Tribunale dei Minori con l'équipe psicosociale del Servizio Tutela Minori, facilitando l'accettazione, assai difficile, della presa in carico e contestualmente permettendo all'équipe di meglio comprendere gli agiti degli utenti. Lo studio longitudinale effettuato dall'ASL di Brescia dal 2003 al 2010 evidenzia che il costante incremento della casistica totale in carico al Servizio vede un corrispettivo aumento anche della casistica di minori stranieri: da 1.739 casi, di cui 321 stranieri nel 2003, a 3.245 casi, di cui 801 stranieri, nel 2010. La tabella 3 illustra l'evoluzione in otto anni di attività, evidenziando la percentuale in crescita dell'utenza straniera in riferimento a quella totale, passando dal 18,46% al 24,68%.

Tab.3. Evoluzione dell'utenza straniera

Anni	Utenti totali	Utenti stranieri totali	%
2003	1.739	321	18,46%
2004	1.531	355	23,19%
2005	2.106	428	20,32%
2006	2.320	506	21,81%
2007	2.506	566	22,59%
2008	2.805	672	23,96%
2009	2.975	702	23,60%
2010	3.245	801	24,68%

Anche nella popolazione straniera come in quella italiana, i minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria sono in prevalenza maschi (dati rilevati dal 2006 (Tab.4).

Tab.4. Utenza stranieri suddivisa per genere

Anni	Utenti stranieri totali	M	F
2003	321	nr	nr
2004	355	nr	nr
2005	428	nr	nr
2006	506	275	231
2007	566	316	250
2008	672	364	308
2009	702	391	311
2010	801	440	361

I provvedimenti civili sono preponderanti; essi sono riferiti alla capacità di tutela genitoriale nei confronti dei minori, inerenti la “tenuta del contesto familiare”. Questi minori si trovano pertanto in una situazione di pregiudizio per varie cause, fra cui grave trascuratezza, maltrattamento fisico o psicologico, violenza assistita. Per il 30% dei minori sono stati effettuati interventi sostitutivi del nucleo familiare: nel 14% dei casi è avvenuto un affidamento eterofamiliare e nel 16% dei casi si è ricorso alle comunità alloggio per minori. Si evidenzia un incremento anche nel numero di provvedimenti penali, segnale sempre di pesante disagio sociale quando riguarda i minori, in quanto autori di reato (dati rilevati dal 2006, Tab.5).

Tab.5. Provvedimenti per minori stranieri del Tribunale Ordinario e del Tribunale dei Minori

Anni	N. minori	N. minori non accompagnati	di cui provvedimenti	
			Civili	Penali
2003	321	9	nr	nr
2004	355	13	nr	nr
2005	428	13	nr	nr
2006	506	18	578	21
2007	566	29	535	26
2008	672	42	633	30
2009	702	32	651	34
2010	801	29	713	44

I minori stranieri con disabilità

I dati relativi ai Collegi per l'accertamento dell'handicap ai fini dell'inserimento scolastico sono disponibili dal 2010. In tale anno, a fronte di 682 certificazioni di Handicap, ben 247 hanno riguardato minori stranieri, di cui 138 nati in Italia e 109 nati all'estero (Tab. 6).

Tab. 6. Certificazioni anno 2010

Italiano	Straniero	Straniero nato in Italia	Straniero nato all'estero	Totale
435	247	138	109	682

I dati al 1° semestre 2011 evidenziano un incremento, con già 581 certificazioni, di cui 230 relative a minori stranieri. Il raffronto fra il 1° semestre del 2010 e quello del 2011 mostra, a fronte di una riduzione dei minori italiani (-3%), un aumento significativo del numero di minori stranieri (+20%). Di questi, quelli nati in Italia presentano una crescita del 15% e del 28% quelli nati all'estero (Tab. 7).

Tab. 7. Confronto tra certificazioni primo semestre 2010 e 2011

1° semestre	Italiano	Straniero	Straniero nato in Italia	Straniero nato all'estero	Totale
2010	360	192	117	75	552
2011	351	230	134	96	581
differenza in %	-3%	+20%	+15%	+28%	+5%

L'incremento di minori stranieri portatori di disabilità ha evidenziato nuovi bisogni per gli operatori del settore e l'opportunità di realizzare iniziative formative rivolte a psicologi ed assistenti sociali dell'Area Disabilità, come già avvenuto nell'ASL di Brescia. Fra gli aspetti più rilevanti che si sono evidenziati rientrano:

- il significato emotivo per i genitori dell'ingresso a scuola dei propri figli, poiché sancisce spesso la rinuncia al progetto di rientro nel proprio Paese;
- la delicatezza di inversione di ruolo, poiché i figli acquisiscono una maggiore competenza sociale dei genitori;
- l'incidenza della cultura sulla percezione genitoriale della presenza di difficoltà di apprendimento nei figli e pertanto la necessità di agire a favore dell'acquisizione di consapevolezza e motivazione al cambiamento;
- l'inadeguatezza sia linguistica sia culturale dei test attitudinali per sondare i limiti intellettivi e le difficoltà di apprendimento nel minore, parte fondamentale nella diagnosi di handicap o di disagio scolastico.

Si pone pertanto, in primo piano, il tema della revisione degli strumenti in uso, rendendoli più aderenti al contesto culturale delle persone sottoposte a valutazione con fini diagnostici.

Malattie rare e stranieri

Anche nell'ambito delle Malattie rare il numero di stranieri esenti per patologia è di tutto rispetto, come emerge dai dati relativi alla distribuzione degli esenti per Malattie rare (Mr) in base alla nazionalità. Dei 4.935 assistiti-

ti affetti da Mr presi in carico nell'ASL di Brescia, n° 325 casi, pari al 6,6%, sono di nazionalità straniera, con 329 esenzioni (6,5%); la distribuzione in base alla nazionalità è evidenziata nella Tabella 8.

Tab. 8. Distribuzione degli esenti per Mr in base alla nazionalità

Nazione	Maschi	Femmine	Totale	%
Italia	2.174	2.436	4.610	93,4
Europa	32	39	71	1,4
Asia	40	27	67	1,4
Africa	82	88	170	3,4
Nord America	3	2	5	0,1
Sud America	7	4	11	0,2
Apolide	1	0	1	0,02
Totale	2.339	2.596	4.935	100

La maggior parte degli stranieri provengono dall'Africa, n.170 (3,4%), seguono i 71 (1,4%) dai Paesi UE, i 67 asiatici (1,4%), gli 11 Sud Americani (0,2%) ed i 5 Nord Americani (0,08%).

L'età media degli stranieri esenti per Mr è 23,1 anni, significativamente più bassa rispetto a quella degli italiani (41,4 anni). Nella Tabella 9 viene mostrata la distribuzione degli assistiti in base alla nazionalità e all'età. Gli stranieri appartengono prevalentemente alle prime tre fasce d'età; hanno un'età compresa tra 0 e 14 anni; il 46,2% degli assistiti è di nazionalità africana, il 41,2% sono asiatici, il 31,9% europei. Degli 11 assistiti sudamericani, 5 hanno meno di 15 anni.

I casi appartenenti ai Paesi UE provengono per il 34,7% dall'Albania e per il 23,6% dalla Romania.

Gli asiatici provengono invece prevalentemente da Pakistan (44,1%) e India (26,5%). I principali Paesi d'origine degli assistiti africani sono: Marocco (25,2%), Ghana (19,9%), Senegal (19,9%) ed Egitto (9,4%).

La non autosufficienza nella popolazione straniera

Sono stati 317 gli utenti stranieri che nel 2010 hanno avuto accesso ad alcune tipologie di servizi/prestazioni per non autosufficienti. Tale numero rappresenta lo 0,91% in riferimento al totale degli assistiti italiani. Il numero maggiore degli stranieri è rappresentato dagli africani, con 111 pazienti (Tab. 10).

Tab. 9. Distribuzione degli esenti per Mr in base alla nazionalità e alla classe d'età

Classi di età	Italia	Europa	Asia	Africa	Nord America	Sud America	Totale stranieri	Totale	% di stranieri rispetto al totale della fascia
0-4	166	8	12	30	0	1	51	217	23,50%
5-9	239	8	11	25	0	2	46	285	16,14%
10-14	237	7	5	24	1	2	39	276	14,13%
15-19	281	6	8	8	1	1	24	305	7,87%
20-24	253	7	6	12	0	0	25	278	8,99%
25-29	281	3	6	11	0	0	20	301	6,64%
30-34	302	5	7	9	3	2	26	328	7,93%
35-39	394	7	4	12	0	1	24	418	5,74%
40-44	359	7	3	15	0	1	26	385	6,75%
45-49	394	2	4	14	0	1	21	415	5,06%
50-54	327	2	1	7	0	0	10	337	2,97%
55-59	306	1	0	2	0	0	3	309	0,97%
60-64	306	3	0	1	0	0	4	310	1,29%
65-69	241	3	0	0	0	0	3	244	1,23%
70-79	352	1	0	0	0	0	1	353	0,28%
>=80	172	1	0	0	0	0	1	173	0,58%
	4.610	71	67	170	5	11	324	4.934	

Tab. 10. Distribuzione dei pazienti in base alla nazionalità e alla tipologia di servizio

SERVIZI	Africa	America	Asia	Europa extra U.E.	Unione Europea	Totale stranieri
Assistenza Domiciliare (ADI- voucher/credit e prestazioni occasionali)	44	5	36	37	15	137
Accessi domiciliari MMG (ADP)	23	4	12	20	14	73
Nutrizione Artificiale Domiciliare	25		16	17	6	64
Ventilo/ossigenoterapia	19	1	8	4	3	35
Contributo Caregiver			1			1
Lista attesa RSA			3		3	6
SDAR*			1			1
Totale complessivo	111	10	77	78	41	317

* Servizio distrettuale assistenza residenziale

202

Nell'ambito delle cure domiciliari sono state 137 le persone straniere che hanno fruito di prestazioni. Va evidenziato che se esse rappresentano l'1,03% degli assistiti in cure domiciliari, la percentuale aumenta notevolmente nella fascia 0-4 anni (i 12 minori rappresentano il 34,29% del totale dei minori di 0-4 anni in carico). Ad ulteriore conferma della prevalenza di casistica di minori, l'ADP (accessi domiciliari del MMG) riguarda nel 40% dei casi situazioni di minori della fascia 0-4 anni, mentre è dello 0,62% la fascia compresa fra i 60-64 anni (Tab.11). Questo dato conferma quanto già affermato nell'ambito della disabilità e delle malattie rare.

Tab. 11. Pazienti stranieri in cure domiciliari per fasce di età e tipo di prestazione

Fasce d'età	Assistenza domiciliare	Accessi domiciliari del MMG	Nutrizione artificiale domiciliare	Ventilazione
0-14 *	23 **	6 ***	38	2
15-29	15	4	5	1
30-44	23	15	6	7
45-59	24	13	7	6
60-74	26	16	4	=
75-89	23	12	4	1
=>90	3	7	=	=
totale	137	73	64	17
% rispetto assistiti italiani	1,03%	0,63%	2,71%	1,29%
* 0 - 4 anni	** 12	*** 4		

Un altro aspetto interessante è la disamina dei pazienti stranieri per genere; infatti se le donne sono in numero superiore per quanto riguarda sia l'Assistenza Domiciliare sia gli accessi in ADP, gli uomini necessitano prevalentemente di interventi quali la NAD e la ventilo/ossigenoterapia (Tab. 12).

Tab. 12. *Pazienti stranieri delle cure domiciliari per genere*

	Maschi	Femmine	Totale	% delle femmine
Assistenza domiciliare	61	76	137	55,47%
Accessi domiciliari del MMG	24	49	73	67,12%
Nutrizione artificiale domiciliare	41	23	64	35,94%
Ventilo/ossigenoterapia	25	10	35	28,57%

A completamento del quadro sulla non autosufficienza, si rileva che le persone straniere in Stato Vegetativo (SV) sono state tre, di cui una con contributo al caregiver per la gestione a domicilio (15 pazienti italiani) e due inserite in RSA (17 pazienti italiani). Un ultimo dato che pone alcune riflessioni rispetto al futuro riguarda la presenza di 6 persone straniere in lista di attesa per l'ingresso in RSA, di cui 3 asiatiche e 3 dell'Unione Europea.

203

Conclusioni

Il fenomeno dell'immigrazione ha avuto un forte impatto sui Servizi socio-sanitari, in alcuni casi ampliando l'utenza in modo considerevole, oltre che richiedendo uno stile specifico di approccio da parte degli operatori. A loro volta i Servizi divengono un potente strumento di facilitazione per una integrazione effettiva.

Inoltre i Servizi, attraverso i loro operatori, sono stimolo per gli stranieri ad una crescita culturale e della consapevolezza, non solo dei propri diritti, ma anche dei bisogni per i quali è possibile avere risposte. Uno fra gli aspetti più significativi riguarda la presa di coscienza del proprio stato di salute, con la conseguente disponibilità ad adottare atteggiamenti preventivi. Per il prossimo futuro ci si deve attendere, quale fenomeno naturale, un aumento della presenza di stranieri anche in settori, quali quello della non autosufficienza, oggi ancora poco da essi fruiti.

È importante anche favorire la collaborazione con le associazioni di stranieri al fine di alimentare processi di inclusione sociale. Gli intrecci che i migranti e gli italiani hanno tessuto insieme con costanza e tenacia sono tanti e in tutta la provincia e hanno dato vita ad associazioni e ad importanti attività di solidarietà spesso però non conosciute.



Guerra e pace... entrambe cambiano il mondo, VectorArtmania

EDUCAZIONE ALLA SALUTE IN UN CONTESTO INTERCULTURALE

Fiorenza Comincini

*“Vision senza azione è solo sogno
Azione senza visione è solo agitarsi
Visione e azione possono cambiare il mondo”*

Joe Barker

Introduzione

L'Italia, al pari di molti altri Paesi europei, è ormai avviata in modo irreversibile a diventare un Paese multiculturale. Tra gli immigrati sono rappresentate più di 190 comunità, ognuna portatrice di vissuti, esperienze, culture differenti, ciascuna proveniente da nazioni assai diverse tra loro per cultura, tradizioni, organizzazione sociale e sanitaria.

205

Il processo di migrazione, anche quando avviene nei migliori dei modi, rappresenta per l'individuo un fattore di “fragilità” a causa dello “sradicamento dalla cultura di origine”, dei cambiamenti repentini dei luoghi e dei contesti culturali in cui si trova a vivere.

Nel Paese ospite, inoltre, le difficoltà di inserimento lavorativo e, quindi, le difficoltà di avere un reddito, lo svolgimento di lavori più a rischio e meno remunerati, la difficoltà a comprendere nuove abitudini, a conoscere la lingua e il funzionamento dei servizi possono essere causa di esclusione sociale che aumenta il rischio di ammalarsi e aggrava le difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Le conseguenze del percorso migratorio, lo stress da transculturazione, la lontananza dagli affetti, la mancanza di reti sociali di riferimento e le difficili condizioni di vita possono produrre, nel soggetto immigrato, una vulnerabilità psicologica e sociale con eventuale rischio di evoluzione in disagio psichico e/o emarginazione sociale. La mancanza di punti di riferimento tende ad isolare i soggetti immigrati, a ritardarne l'integrazione sociale, aumentando la disparità di fruizione dei servizi socio-sanitari (spesso sotto-utilizzati) fra italiani e stranieri.

Un fattore protettivo che può condizionare direttamente la salute è il livello di istruzione nella sua accezione di capitale culturale, perché le conoscenze e le competenze determinano, ad esempio, le modalità di gestione di un'emergenza sanitaria, ma anche il livello di consapevolezza delle conseguenze per la propria salute a causa di alcuni comportamenti.

Il capitale culturale, inoltre, promuove life skills che risultano positivamente correlate alla salute, come l'autostima e la soddisfazione per la propria vita.



206

A partire da queste considerazioni appare chiaro come gli interventi di promozione della salute in un contesto interculturale come quello attuale, debbano tener conto dei molteplici e diversificati determinanti sociali di salute che condizionano, anche per gli immigrati, la possibilità di condurre una vita appagante e prospera e di godere buona salute.

L'educazione alla salute: un processo di comunicazione

Il modello di salute pubblica che si è sviluppato negli ultimi anni affianca, agli interventi di prevenzione delle malattie, l'avvio di nuove politiche per promuovere la salute, attraverso la costruzione di una politica pubblica per la salute, la creazione di ambienti favorevoli, l'attribuzione di maggiore forza all'azione della comunità, il potenziamento delle capacità personali, un nuovo orientamento dei servizi sanitari. La Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato (2005) ha individuato alcune strategie di provata efficacia da utilizzare affinché la salute sia messa al centro dello sviluppo. Due tra queste sono significative all'interno di un contesto interculturale: sostenere la causa della salute basandosi sui diritti umani e la solidarietà e investire in politiche, azioni e infrastrutture sostenibili per indirizzare i determinanti della salute.

In particolare, la prima strategia può utilizzare come strumento l'Educazione alla salute quale "opportunità di apprendimento consapevole e volontaria che utilizza la comunicazione per aumentare il livello di "alfabetizzazione" rispetto alla salute, conoscenza compresa, e per aumentare le abilità di vita (life skills) che conducono alla salute individuale e collettiva". L'educazione

alla salute non si limita, come avveniva in passato con l'educazione sanitaria, a sensibilizzare o trasmettere le informazioni, prevalentemente in modo unidirezionale, intorno ai fattori di rischio delle malattie, ma favorisce il rafforzamento della motivazione al cambiamento, lo sviluppo di capacità individuali quali l'auto-efficacia e il pensiero critico, condizioni necessarie per dare maggiore empowerment¹ alle singole persone e alle comunità.

All'interno di un percorso di educazione alla salute comunicare la salute implica favorire l'espressione di punti di vista, domande, esperienze, prospettive, linguaggio; vuol dire ascoltare, permettere ad altri di prendere la parola, trovare dei punti di incontro e di mediazione.

In percorsi differenziati di educazione alla salute, i cittadini destinatari dell'intervento possono assumere il ruolo di:

- pazienti-assistiti, cioè di sviluppare *compliance* aderendo in modo consapevole a quanto proponiamo loro;
- utenti-clienti cioè cittadini che esprimono soddisfazione dei servizi ricevuti e di cui gli operatori sanitari ricercano la *concordance*;
- cittadini competenti, il cui modello di riferimento è quello "responsabile-partecipativo", dove la corresponsabilità (*accountability*) è centrale rispetto ai processi di gestione e di cambiamento. Questo significa che, in rapporto al classico modello della informazione, il cittadino ha un ruolo attivo è un interlocutore.

207

Processi di comunicazione interculturale

Comunicare significa entrare in relazione con gli altri; nella relazione ognuno porta i suoi sistemi di significato, le sue credenze, i suoi valori, il proprio modello di comportamento.

Fino a vent'anni fa i professionisti sanitari operavano in un contesto culturale che presentava caratteristiche di omogeneità. Oggi, nello svolgimento della professione, l'operatore viene a contatto con culture, storie, stili di vita che affondano le loro radici nella cultura di provenienza, risultando spesso diversi e incomprensibili.

Ciò che può favorire la conoscenza e la comprensione di altri modelli culturali è legato alla capacità di fare esperienza della differenza. Più i professionisti - e quindi le organizzazioni nelle quali lavorano - hanno una visione del mondo articolata, maggiore sarà la loro competenza interculturale, cioè la loro capacità di creare fiducia e migliorare la comunicazione e, di conseguenza, aumenterà la loro possibilità di gestire meglio le proposte di educazione e promozione della salute.

¹ Empowerment: nel contesto della promozione della salute è un processo grazie al quale le persone conquistano un maggior controllo sulle decisioni e le iniziative che riguardano la loro salute. OMS, Glossario della Promozione della Salute, Ginevra, 1998



La relatività dell'esperienza passa attraverso il linguaggio; molti considerano il linguaggio solo come uno strumento per indicare gli oggetti e le idee del loro mondo fisico e sociale. In questa prospettiva le lingue sono insiemi di parole legate da regole e l'apprendimento di una lingua straniera è il semplice processo di sostituire parole e regole per ottenere lo stesso significato per mezzo di uno strumento diverso. Il linguaggio in realtà, oltre che uno strumento di comunicazione è un "sistema di rappresentazione" della percezione e del pensiero. Questa funzione del linguaggio ci fornisce delle categorie verbali e dei prototipi che guidano la nostra formazione di concetti e categorizzazioni degli oggetti; il linguaggio dirige il modo in cui sperimentiamo la realtà.

La teoria sul linguaggio postulata da Benjamin Whorf ha sicuramente cambiato il nostro modo di pensare le lingue e la loro possibilità di essere tradotte in modo letterale; Whorf infatti sostiene che è la struttura grammaticale di una lingua che forma e costituisce il processo di pensiero degli individui. Questa è basata interamente sulla cultura e, pertanto, il linguaggio, il pensiero e la cultura sono parti integranti di un sistema mentale. Vi sono molti esempi che descrivono la relazione tra sintassi ed esperienza: il più più classico è quello della neve (ipotesi di Whorf-Sapir). In italiano esiste una sola parola per indicare questo fenomeno che, eventualmente, può essere accompagnata da aggettivi che meglio la definiscono (bagnata, farinosa, ecc.); nelle lingue eschimesi esistono venticinque parole diverse per indicare la neve, perché per questa popolazione saper comunicare agli altri membri del gruppo lo stato esatto della neve è legato alla sopravvivenza.



Questa formulazione di relatività linguistica e culturale è fondamentale per la comunicazione interculturale. Senza l'ipotesi di relatività alla radice della nostra esperienza della realtà, si incorre nell'errore di classificare costumi differenti e di fornire informazioni standard su cosa fare e cosa non fare per assumere comportamenti salutari.

209

Insieme alla relatività linguistica va considerata anche la relatività percettiva in base alla quale si suppone che chi percepisce risponda a delle categorizzazioni degli stimoli culturalmente influenzate. In generale la cultura ci fornisce la tendenza a percepire i fenomeni che sono rilevanti alla sopravvivenza sia fisica sia sociale. Se rifiutiamo di supporre che le persone appartenenti a culture diverse possano sinceramente percepire il mondo in modi diversi, allora i nostri sforzi verso la comprensione sono sovvertiti dal desiderio di "correggere" quelli che sbagliano.

L'incapacità di esperire la differenza culturale è definita "etnocentrica", in quanto un individuo è in grado di costruire l'esperienza solo della propria cultura. In questi casi le altre culture vengono negate come esistenti, oppure sono percepite come una minaccia, determinando atteggiamenti e comportamenti di difesa e attribuendo stereotipi negativi; oppure sono considerate differenti solo in superficie, minimizzandone le diversità. Nel momento in cui le persone acquisiscono una visione del mondo capace di supportare l'esperienza interculturale, diventano "etnorelativi". Sono allora capaci di:

- riconoscere il valore delle altre culture e accettare la vitalità di modalità culturali di pensiero e di comportamento diverse, senza necessariamente esserne in accordo;
- cambiare la propria prospettiva e modificare il proprio comportamento adattandolo a culture diverse dalla propria;

- incorporare la competenza interculturale nelle propria identità, raggiungendo lo stadio di integrazione.

In ambito sanitario riveste quindi grande importanza, una strategia formativa aziendale che favorisca e faciliti una comunicazione interculturale nei luoghi frequentati da utenti con una forte disomogeneità culturale.

In particolare, la cornice teorica di riferimento è il Modello Dinamico di Sensibilità Interculturale (MDSI) di Milton J. Bennett, basato su cinque principi guida: apertura mentale, consapevolezza di sé e degli altri, conoscenza culturale e *cross cultural skills*. L'apertura mentale è la condizione necessaria per essere recettivi ad apprendere, per astenersi dai pregiudizi e per accogliere la complessità; solo così si creano le condizioni per divenire consapevoli di sé e degli altri, per conoscere le diverse culture e per sviluppare competenze specifiche.

L'ASL di Brescia, al fine di promuovere tra gli operatori un approccio interculturale, ha, da tempo, intrapreso iniziative formative rivolte ai professionisti dei Consultori Familiari, del Servizio Disabilità e del Dipartimento Dipendenze, servizi che, nel corso degli ultimi anni, hanno visto aumentare l'accesso dell'utenza straniera.

Denominatore comune di tutti i percorsi è stato l'approfondimento della tematica salute/malattia nelle diverse culture, con l'obiettivo di:

- consolidare e/o ricercare metodologie e tecniche di intervento che valorizzano il dialogo tra diverse culture;
- acquisire maggiori competenze nella comprensione dei bisogni, in una logica di integrazione tra sanitario e sociale e tra approccio clinico e intervento sociale.

L'informazione sanitaria e gli immigrati

Nel 2004 l'VIII Consensus Conference organizzata dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni affermò che almeno tre devono essere gli ambiti di azione privilegiata per garantire realmente agli stranieri pari opportunità, rispetto ai cittadini italiani, in termini di accesso e fruibilità dei servizi sanitari: la certezza del diritto, la garanzia dell'accessibilità e la promozione della fruibilità.

Un'importante modalità di promozione della fruibilità è l'informazione declinata a livello di popolazione generale, fasce di età, appartenenza etnica, ecc. Ma affinché l'informazione non cada nel vuoto, è necessario comprendere quali sono i bisogni a cui rispondere e i canali da utilizzare per raggiungere le persone.

L'informazione sanitaria ricopre un ruolo importante nell'ambito della promozione/tutela della salute, fornendo principalmente informazioni sui servizi e sulle prestazioni in tutti i livelli dell'assistenza: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Sapere quali servizi sono a disposizione, conoscere le strutture sanitarie e socio sanitarie che li erogano, gestire le situazioni di

emergenza e ricevere indicazioni in merito agli stili di vita salutari da adottare, sono le informazioni che ogni cittadino dovrebbe ricevere. Inoltre la facilitazione dell'accesso, altro elemento necessario a garantire la salute e il benessere dei cittadini, rientra negli impegni di comunicazione del Sistema sanitario verso la collettività.

Ma la capacità delle persone immigrate di trovare le informazioni per orientarsi all'interno del sistema sanitario spesso è pregiudicata dalla scarsa conoscenza della lingua italiana. L'uso di materiale informativo distribuito nei servizi territoriali e nelle strutture di ricovero e le indicazioni/raccomandazioni orali da parte del personale sanitario, non sempre sono sufficienti a garantire il reperimento e la comprensione delle informazioni sulla salute da parte della persona straniera. E la fragilità di queste persone è accresciuta spesso dal non sapersi spiegare e dal non capire che cosa fare e a chi rivolgersi.

La lingua costituisce, quindi, una barriera per l'accesso alle informazioni. L'atto, apparentemente semplice, dell'informare, del rendere disponibile le indicazioni utili per mettere in grado gli immigrati di capire cosa fare, si complica nel momento in cui si deve coniugare sintassi e semantica del linguaggio. In altri termini, la domanda da cui non ci si può esimere è: quanto la traduzione letterale dall'italiano ad un'altra lingua (arabo, cinese, pachistano, slavo, ecc.) riesce ad essere "significativa" per chi la legge?

E se le criticità possono essere limitate rispetto agli opuscoli che illustrano i servizi e le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie, aumentano, invece, negli opuscoli/locandine che promuovono interventi di prevenzione primaria e secondaria. Tradurre in arabo l'opuscolo di pubblicizzazione della vaccinazione HPV per le ragazze adolescenti e distribuirlo alle famiglie di cultura araba, senza farlo accompagnare da un intervento comunicativo di personale preparato dal punto di vista interculturale, significa andare incontro ad una bassa adesione.

211

Dare per scontato che la cultura della prevenzione sia diffusa anche tra gli stranieri, la ridotta attenzione degli aspetti culturali, riduce la *compliance* dei soggetti immigrati. A livello nazionale il tasso di adesione delle donne straniere al programma di screening per la prevenzione del tumore al collo dell'utero e del tumore alla mammella, è significativamente più basso di quello delle donne italiane.

Assume quindi grande rilievo nelle campagne di adesione agli screening la promozione di un atteggiamento attivo nei confronti della propria salute attraverso anche interventi di marketing sociale² per favorire una scelta libera e consapevole di comportamenti salutari. Il messaggio, che è l'elemento chiave del marketing sociale, ha la funzione di evidenziare i vantaggi derivanti dall'adesione al comportamento/idea proposti e di ridurre le barriere (percezione dei costi psicologici, economici, di tempo e energia) che ostacolano il cambiamento.

² Marketing sociale: l'applicazione delle tecniche del marketing commerciale all'analisi, alla pianificazione, alla realizzazione e alla valutazione di programmi volti ad influenzare il comportamento del pubblico di riferimento al fine di migliorare il benessere degli individui e della società. Def. tratta dal Glossario della Promozione della Salute O.M.S Nuovi Termini, A cura di Barbera E., Tortone C.- DoRS Regione Piemonte

Numerosi studi testimoniano uno stretto collegamento tra livello di scolarizzazione, status socio-economico, condizioni di salute ed uso dei servizi sanitari. Sono, quindi, gli immigrati con inferiore o assente competenza alfabetica che incontrano maggiori difficoltà nel comprendere le informazioni – scritte e orali - sull’uso dei servizi, sull’adesione terapeutica e sulla corretta assunzione dei farmaci. Le conseguenze sono evidenti: uso spesso non adeguato dei servizi, scarsa aderenza alle prescrizioni terapeutiche.

Affinché il diritto alla salute sia per tutti è, quindi, necessario che le persone vengano abilitate ad usufruirne.

La Carta europea dei diritti del malato, concretizza, in una efficace sintesi, i diritti fondamentali della persona a più riprese enunciati dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, dall’Unione Europea e dal Consiglio d’Europa, e pone l’informazione fra i diritti che devono essere garantiti al paziente.

Cita infatti: “Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e la innovazione tecnologica rendono disponibili. I servizi sanitari hanno il dovere di rendere tutte le informazioni facilmente accessibili, rimuovendo gli ostacoli burocratici, educando i fornitori di assistenza sanitaria, preparando e distribuendo materiale informativo”.

212



L’educazione alla salute e gli immigrati

La situazione di vulnerabilità degli immigrati dal punto di vista socio-economico e le condizioni di disagio sociale determinano un peggiore stato di salute e favoriscono il determinarsi di situazioni di rischio. Un esempio è fornito dai dati

epidemiologici che evidenziano un aumento di casi di incidenti domestici di bambini di età 0-4 anni tra le famiglie straniere.

Considerando che la casistica, anche nazionale, evidenzia un maggior numero di incidenti in contesti di precarietà sociale, ASL di Brescia ha ritenuto importante promuovere iniziative di educazione alla salute rivolte alle donne straniere.

In un'ottica di adesione al modello teorico di Green e Kreuter (1992) per la progettazione di interventi di educazione alla salute, integrato con gli aspetti precedentemente esposti di comunicazione interculturale, un gruppo di lavoro ha ritenuto necessario, prima di strutturare un progetto di prevenzione sul tema degli incidenti domestici in questa fascia di età, conoscere il punto di vista delle donne appartenenti alle etnie prevalenti del territorio bresciano, incontrando mediatrici culturali di diverse culture alle quali è stata presentata la griglia sotto riportata (Box 1).

Questi incontri hanno evidenziato una carenza conoscitiva in merito ai pericoli presenti nell'ambiente domestico e la presenza di comportamenti che, per la nostra cultura, non sempre sono adeguati a proteggere il bambino. È emerso inoltre che per trasmettere il messaggio è utile avvicinare le donne nei luoghi di aggregazione e, tra questi, i corsi di alfabetizzazione risultano essere i più idonei al raggiungimento degli obiettivi. Si è avviato quindi, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Territoriale di Brescia, un percorso di collaborazione per progettare moduli didattici da inserire nella programmazione scolastica, che favoriscano nelle madri l'aumento della percezione del rischio di incidenti domestici.

213

Box 1. Griglia di domande utilizzata con le mediatrici culturali

1. Quali sono valori più importanti per le donne nel suo Paese?
2. Qual'è il loro stile di vita nel Paese di origine e quali sono le differenze rispetto all'Italia?
3. Quali sono i problemi che si trovano ad affrontare in Italia?
4. Come percepiscono il nostro ambiente e quindi i pericoli presenti in esso? Secondo Lei, percepiscono i rischi nel modo in cui li percepiscono la popolazione italiana?
5. Come intervengono per prevenire gli incidenti domestici?
6. Com'è il rapporto con i bambini? Quale stile educativo utilizzano?
7. Cosa pensano in generale degli incidenti domestici? Destino...fatalità accettabile.. problema reale....
8. Sono interessate? Disponibili al cambiamento?
9. Come possiamo raggiungerle? In quale luogo?
10. Con quale canale comunicativo? Come è possibile favorire la diffusione delle informazioni? Che cosa dire?
11. Chi è più autorevole per loro nel fornire le informazioni?
12. Come aiutarle ad attuare le modifiche nel loro ambiente per ridurre i fattori di rischio favorevoli agli incidenti domestici?
13. Come monitorare l'efficacia?

Il mondo del lavoro è un contesto all'interno del quale la comunicazione interculturale riveste grande importanza per il suo impatto sulla sicurezza

dei lavoratori. È un microcosmo nel quale stereotipi e pregiudizi emergono ed hanno ricadute non solo nelle relazioni tra lavoratori ma anche nella gestione dell'informazione e formazione della sicurezza sul lavoro. L'intervento "La sicurezza parla una sola lingua" avviato nel 2005 dall'ASL di Brescia in collaborazione con otto aziende del settore metalmeccanico, ha utilizzato nella sua fase iniziale la tecnica del focus group applicata sia ad un gruppo di lavoratori stranieri sia ad un gruppo di RSPP, al fine di raccogliere informazioni sulla percezione dei rischi lavorativi. Gli incontri hanno evidenziato che non vi è conferma di una particolare fragilità dei lavoratori stranieri rispetto ai rischi lavorativi, ma la fragilità è in relazione a come nell'azienda viene gestita la cultura della sicurezza.

Più volte è ricorso in entrambi i gruppi come sia determinante il "clima" aziendale nell'influire sulle condizioni della sicurezza. Viene dichiarato che le difficoltà linguistiche e la cultura di origine dei lavoratori stranieri incidono solo nella prima fase di inserimento lavorativo e nelle condizioni di precariato; poi le diversità si attenuano e prevale il bisogno di formazione continua.

Il corso di formazione progettato, quattro incontri di tre ore ciascuno, ha utilizzato quanto previsto dalla comunicazione interculturale che raccomanda di considerare le percezioni, connotate di possibili distorsioni e interpretazioni, come determinanti nella lettura e nella percezione del fenomeno migratorio. L'iniziativa formativa ha permesso agli RSPP, ai quali era rivolta, di riflettere intorno alle loro esperienze di gestione e di rapporti con i lavoratori stranieri e di accrescere la consapevolezza dell'importanza del loro ruolo in relazione alla promozione della sicurezza attraverso il miglioramento delle capacità comunicative. Il percorso formativo ha inoltre offerto l'occasione per riflettere sull'importanza di una informazione/formazione rivolta ai lavoratori stranieri che superi il piano strettamente nozionistico e formale, e sia specifica, individualizzata, in modo da incidere, attraverso la relazione con il lavoratore, sulla percezione della sicurezza.

214

Conclusioni

È necessario essere consapevoli che gli aspetti comunicativi che caratterizzano gli interventi di educazione alla salute assumono, in un contesto interculturale, un rilievo particolare, in quanto possono essere facilitatori del cambiamento oppure ostacolarlo.

Le stesse modalità di informazione, intese nelle consuete forme di materiale stampato possono rappresentare esse stesse un ostacolo, se non tengono conto delle diverse espressioni idiomatiche, e dei livelli di alfabetizzazione dei membri dei differenti gruppi etnici.

Il problema non è solo quello di produrre informazione, ma di promuovere, attraverso interventi di educazione alla salute l'empowerment delle persone straniere al fine di renderle capaci di riconoscere i propri bisogni di salute, di usare appropriatamente i servizi e di fare scelte salutari.

Affinché ciò avvenga è necessario coinvolgere direttamente gli stranieri in merito alla produzione dei materiali informativi, perché soltanto con il loro contributo "il linguaggio" diventa "significante", alla progettazione di percorsi di educazione alla salute, alla individuazione di nuovi canali e nuove sedi per raggiungere i membri delle diverse comunità.

Insieme alla riflessione sul linguaggio per la comunicazione, va prevista la visione di una comunicazione istituzionale che sia strategia di un sistema sanitario che applica i principi di equità e di partecipazione, un sistema sempre più orientato verso il soddisfacimento dei nuovi bisogni in una società sempre più eterogenea e multiculturale. Ciò potrebbe favorire un conseguente miglioramento sia dello stato di salute sia di un aumento dell'efficienza/efficacia dei luoghi di cura con vantaggi per tutti i cittadini.

Bibliografia

ASL di Modena. Osservatorio sull'immigrazione

Cardano M., Marinacci C. (2004). *La rilevazione della posizione sociale*. Epidemiologia e Prevenzione, 28, 3

Carta europea dei diritti del malato, p. 4.
Disponibile: [www.activecitizenship.net/documenti/European%](http://www.activecitizenship.net/documenti/European%20Charter)

Fisher Wilson J. (2003). *The Crucial Link between Literacy and Health*. Annals of Internal Medicine, 10, p. 875-878

215

Ingrosso M. *Comunicare la salute*. Franco Angeli, Milano, 2005

Jaiswal A., Singh V., Ogden J. A. et al. *Adherence to tuberculosis treatment: lessons from the urban setting of Delhi, India*. Trop Med Int Health 2003; 8

Lenart J. *Health Literacy*. In: L'Albero della Salute (a cura di) Tradurre la salute

Losi N. *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*. Feltrinelli. Milano, 2000

Milton J. Bennett. (A cura di) *Principi di comunicazione interculturale*. Franco Angeli, Milano, 2007

OMS. *Glossario della Promozione della Salute*. Ginevra, 1998

Stewart E.C., Bennett M.J. *American Cultural Patterns*. Intercultural Press, 1991

Vannoni F., Cois E. (2004). *L'emarginazione sociale*. Epidemiologia & Prevenzione, 28,3

WHO. *Bangkok in a Globalized World*. Bangkok, 2005

WHO. *Charter of Ottawa for Health promotion*. Ottawa, 1986

WHO. *Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, 2008



Donna che pesa l'oro, Jan van Hemessen, 1500-1579

CONSIDERAZIONI ECONOMICHE NELLA GESTIONE SANITARIA DEL MIGRANTE

Marcello Montefiori, Rosella Levaggi

Introduzione

I capisaldi su cui poggia il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono l'universalità e l'accessibilità del servizio (Legge n. 833 del 1978). I sistemi sanitari ispirati a questi criteri hanno vissuto la fase di maggiore crescita durante gli anni settanta ed ottanta, il periodo in cui lo sviluppo del Welfare State ha avuto il suo più grande successo e la spesa sanitaria ha assunto una rilevanza sempre maggiore in termini di quota rispetto al PIL. La crisi economica ha messo in discussione lo stato assistenziale e, di conseguenza, anche le scelte in campo sanitario sono state riviste e l'organizzazione del sistema è stata più volte riformata per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e migliorare l'efficienza nell'offerta dei servizi.

217

Un elemento molto importante che caratterizza il SSN italiano è rappresentato dalla scelta di lasciare libere le Regioni di organizzare al proprio interno la fornitura delle prestazioni sanitarie.

Tale scelta non si caratterizza solo sul livello di concorrenza, ma riguarda anche la scelta dell'organizzazione della medicina territoriale.

In questo settore la Lombardia ha effettuato scelte molto importanti che spesso rappresentano delle innovazioni significative a livello nazionale.

In Lombardia il fenomeno dell'immigrazione, sia regolare sia irregolare, ha assunto dimensioni tali da imporre al SSN nuove soluzioni organizzative a livello territoriale, per rispondere alle nuove esigenze.

Gli immigrati provengono da realtà anche molto diverse da quella italiana per quanto riguarda il livello di salute, l'atteggiamento verso la malattia e la sua cura, la presenza di un sistema sanitario a cui rivolgersi per ricevere le cure necessarie.

La fornitura di assistenza alla popolazione migrante va affrontata sotto

molti punti di vista, ma forse il ruolo più importante è svolto dalla medicina territoriale che può rappresentare un fattore importante nel miglioramento dell'assistenza al fine di ridurre l'inappropriatezza nell'uso delle strutture più complesse.

In questo senso la scelta fatta da alcune ASL in Italia di attivare e finanziare strutture rivolte alla fornitura di servizi alla popolazione immigrata (soprattutto quella irregolare) è molto importante in quanto consente di monitorare in anticipo i bisogni futuri della popolazione (molto spesso i migranti passano dalla condizione di irregolari a quella di regolari ed entrano, quindi, a far parte della popolazione assistita normalmente dalle strutture territoriali della ASL).

L'impatto che questi centri hanno sulla salute dei migranti è ben documentato.

L'obiettivo dell'analisi qui proposta è quello di mostrare, attraverso un esempio, come anche i dati amministrativi possano essere utili per valutare l'appropriatezza organizzativa delle cure sanitarie. Si vuole, inoltre, mostrare come i costi ed i benefici della medicina territoriale non vadano valutati solo in termini di miglioramento della salute della popolazione. L'esercizio che proponiamo è quello di stimare, seppure in modo approssimato, l'impatto che i centri di medicina transculturale possono avere sul miglioramento dell'appropriatezza organizzativa mediante una riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso.

218

Questo esercizio verrà condotto mediante l'analisi dei ricoveri al Pronto Soccorso di un ospedale bresciano e di un ospedale genovese.

La medicina territoriale per gli immigrati

Gli immigrati regolari residenti in Italia hanno lo stesso diritto all'assistenza dei cittadini italiani. Questa rete capillare che rappresenta il primo contatto fra paziente e SSN può non essere tuttavia sufficiente per rispondere ai bisogni dei migranti per diversi motivi.

Per migliorare l'offerta e facilitare l'accesso alle cure, l'ASL di Brescia ha attivato dal 1990 un ambulatorio territoriale per l'assistenza di primo livello rivolto alla popolazione immigrata irregolare o, comunque, non altrimenti assistita; con Delibera del 12/11/2003, ha istituito il Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale che ingloba, al suo interno, l'ambulatorio per immigrati dove, a partire dal gennaio 2002, è in funzione un Osservatorio Epidemiologico Locale sul fenomeno migratorio. Il Centro di Medicina Transculturale è diventato oggi parte del Servizio di Medicina del Disagio, ma continua ad offrire assistenza a tutti i migranti non in regola con il permesso di soggiorno tramite l'Ambulatorio Migranti. Questo centro rappresenta un punto di contatto molto importante fra il SSN e tutti i migranti perché a questo centro si rivolgono, come primo contatto, anche coloro che, pur avendo diritto all'assistenza, non conoscono il nostro sistema sanitario e non sanno a chi rivolgersi.

Gli accessi impropri al Pronto Soccorso

L'accesso al Pronto Soccorso (PS) è regolato da protocolli molto specifici che prevedono, come primo intervento, l'assegnazione al paziente di un codice di gravità (il cd codice triage¹) che gli operatori usano sia per indicare quanto critica è la condizione del paziente sia per determinare un ordine di priorità nella cura del caso.

I codici di gravità del paziente possono, tuttavia, essere utilizzati anche come un indice, seppur non preciso, dell'uso inappropriato² del pronto soccorso. Con tale colore vengono infatti classificati tutti i pazienti che si sono rivolti al PS quando avrebbero dovuto rivolgersi alla medicina territoriale (al proprio Medico di Medicina Generale in prima battuta).

La legge finanziaria 2007 (comma 796, lettera p) ha istituito il pagamento di un ticket per tali accessi, ma l'applicazione a livello regionale di questo disposto è molto variabile.

In questo lavoro vorremmo concentrarci sul legame fra medicina territoriale e accessi impropri con particolare riferimento agli immigrati. Come già notato nella parte introduttiva, più la medicina territoriale funziona bene e diventa per tutti il primo punto di contatto con il sistema sanitario, più sarà possibile ridurre gli accessi impropri al PS. Questo aspetto è cruciale per gli stranieri in quanto per questo tipo di popolazione le barriere all'accesso alla medicina territoriale potrebbero essere ben più elevate che per i cittadini italiani. Diversi sono i fattori che determinano queste barriere e qui ne elenchiamo solo alcuni:

- la condizione dell'immigrato dal punto di vista legale. Gli immigrati clandestini e la maggior parte degli irregolari non possono iscriversi alle liste ASL come residenti e, quindi, non hanno diritto all'assistenza di base;
- i problemi di comunicazione. Gli immigrati di prima generazione e i loro congiunti spesso non hanno una buona conoscenza dell'italiano e potrebbero avere difficoltà a comunicare con il proprio medico i propri bisogni;
- l'informazione. Soprattutto gli immigrati che provengono da Paesi dove non esiste un sistema sanitario potrebbero non sapere come accedere in modo appropriato alle cure.

¹ Il codice bianco è attribuito a pazienti non urgenti il cui trattamento può essere dilazionato indefinitamente nel tempo. Tipicamente si tratta di un accesso improprio al PS. Il codice verde viene assegnato a pazienti non urgenti, che vanno curati, ma il cui trattamento è comunque differibile. Il codice giallo indica una situazione di urgenza anche se il paziente non riversa in un immediato pericolo di vita. Il codice rosso invece si riferisce ad una situazione di criticità/emergenza. I pazienti a cui viene assegnato il codice rosso versano in immediato pericolo di vita.

² La componente di accessi a rischio di inappropriata viene generalmente indicata: i. dagli accessi classificati con codice bianco e che hanno quale esito la dimissione o l'abbandono; ii. dagli accessi a cui viene assegnato il codice verde e che hanno quale esito la dimissione o l'abbandono e quale unica prestazione la visita generale. Da qui l'indice di inappropriata:

$$I_a = \frac{\text{accessi cod. bianco esito dimiss. o abbandono} + \text{acc. con cod. verde esito dimiss. con unica prestaz. visita gen.}}{\text{totale degli accessi in PS}}$$

La sperimentazione del Progetto Mattoni (anno 2005) con riferimento a 13 ospedali del Lazio ha calcolato un valore medio per questo indicatore pari al 21,3%.

In questo senso un ambulatorio migranti come quello di Brescia potrebbe avere un impatto positivo non solo sulla salute degli immigrati, ma anche sui maggior costi che l'uso inappropriato degli ospedali causa alla collettività. Tale centro potrebbe, infatti, diventare un punto di riferimento per gli immigrati, sia per quelli che non hanno alternative (clandestini e irregolari) sia per i regolari che dal centro possono essere indirizzati verso un'utilizzo appropriato delle cure.

Per studiare la validità di questa ipotesi abbiamo provato a raffrontare gli accessi al Pronto Soccorso di due ospedali in due contesti regionali diversi.

L'ospedale Galliera di Genova, con i suoi 433 posti letto per degenza ordinaria, rappresenta il secondo ospedale genovese per numero di ricoveri (17.328 casi in degenza ordinaria anno 2010). In Liguria non esistono strutture come il centro di medicina transculturale: per molti immigrati il Pronto Soccorso è, quindi, il punto di contatto con il SSN.

L'ospedale della Fondazione Poliambulanza, con i suoi 360 posti letto, rappresenta il secondo ospedale bresciano come numero di posti letto.

Analisi dei dati

Il numero totale di accessi nella Struttura Complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (SCMCAU) E.O. Ospedali Galliera, dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010, è stato di 52.685³. Il numero totale di extracomunitari (individuati secondo il Paese di nascita e non secondo la residenza) è di 9.591 pari al 18,2% del totale. L'età media dei soli accessi di pazienti extracomunitari è di 37,63 anni rispetto ad un'età media generale di 50,3 anni. Con riferimento all'intera popolazione⁴ di accessi al PS del 2010, la percentuale di pazienti che, a seguito dell'accesso al PS, ha avuto quale esito il successivo ricovero in una delle strutture dell'Ospedale è stata pari al 18,11% (9.542 pazienti), fra gli extracomunitari scende al 9,36% del totale dei pazienti extracomunitari (898 pazienti).

Per quanto riguarda il Pronto soccorso EAS (Emergenza di Alta Specialità) della Fondazione Poliambulanza, il numero totale di accessi è stato di 57.643 casi. Il numero totale di extracomunitari è di 502 pari a circa l'0,87% del totale. L'età media dei soli accessi di pazienti extracomunitari è di 37,63 anni. La percentuale di pazienti ricoverati, sul totale della popolazione 2010 è pari al 13% (7.467 pazienti), fra gli extracomunitari scende al 10,6% del totale (53 casi).

Il PS della Poliambulanza ha un livello di attività di circa il 30% inferiore rispetto al Galliera e presenta una percentuale nettamente inferiore di accessi da parte di stranieri (circa 1% del totale contro il 18,2% dell'Ospedale Galliera). Le ragioni sono molteplici: a Brescia esistono altri ospedali, e forse gli stranieri si rivolgono più a queste strutture per ragioni

³ Si tenga presente che questo dato considera il numero complessivo di accessi e non il numero di pazienti. In altri termini vengono conteggiati anche accessi ripetuti dello stesso paziente.

⁴ Qui il termine popolazione è utilizzato in senso statistico e sta ad indicare tutti i pazienti che si sono rivolti al PS del Galliera nel 2010.

di comodità. Al contrario il bacino di utenza del PS dell'Ospedale Galliera comprende il quartiere genovese del Centro Storico caratterizzato da una vasta componente di popolazione extracomunitaria. Per questo motivo le analisi che presenteremo confrontando i dati dei due PS vanno interpretate più in un'ottica qualitativa che quantitativa.

La presenza di immigrati clandestini non consente di confrontare i ricoveri con il totale della popolazione residente, confronto che sarebbe più corretto per valutare l'inappropriatezza. Non potendo sapere quale sia veramente il numero di immigrati, abbiamo preferito confrontare, per i due PS, la distribuzione degli accessi per codice. I dati completi sono presentati nella Tab. 1 in appendice mentre in Figura 1 e Figura 2 riportiamo la distribuzione per codice dei due PS.

I ricoveri in codice bianco per gli stranieri extracomunitari sono profondamente diversi. Al di là del dato oggettivo che potrebbe riflettere anche altre differenze fra le due realtà, quali la diversa composizione etnica degli immigrati e le regole di pagamento del ticket per l'accesso al Pronto Soccorso in codice bianco, è interessante notare come per gli accessi in bianco al PS della Poliambulanza non esista di fatto una differenza statisticamente significativa fra extracomunitari e il resto della popolazione, mentre per il Galliera la percentuali di accessi codice bianco per gli extracomunitari è oltre il doppio rispetto a residenti e intracomunitari.

Fig. 1. PS E.O. Ospedali Galliera

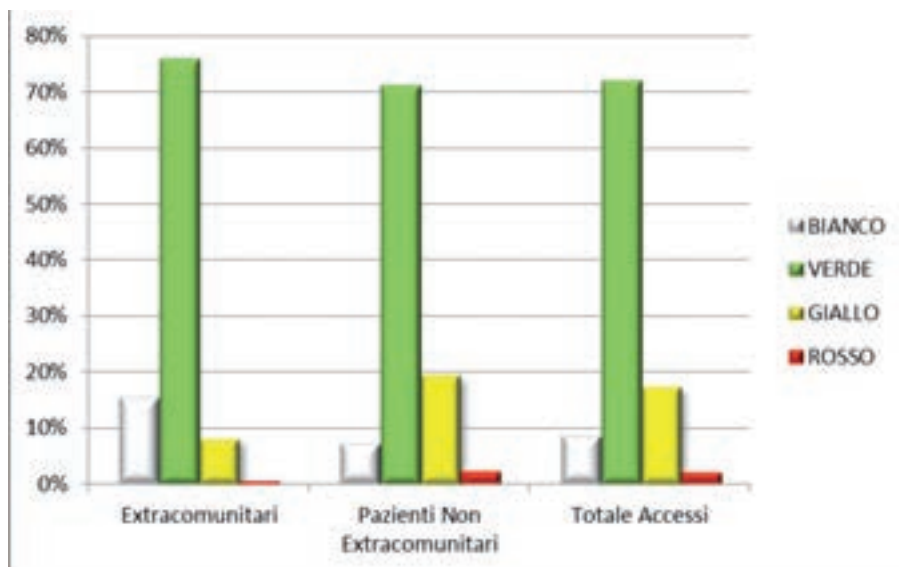
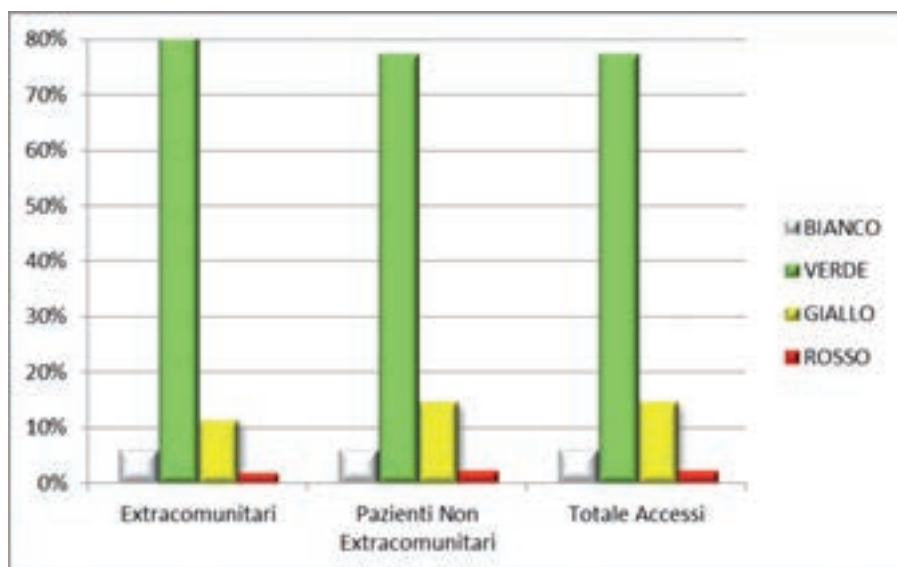


Fig. 2. Poliambulanza



222

La differenza negli accessi impropri dei residenti potrebbe essere spiegata dal diverso modo di pagare il ticket per i codici bianchi e da un possibile diverso protocollo di attribuzione ai pazienti dei codici⁵.

Anche la composizione etnica degli immigrati potrebbe spiegare parte della differenza osservata.

Nelle tabelle 2a e 2b (riportate in appendice al presente capitolo) presentiamo i dati di accesso ai PS divisi per grandi aree geografiche: Europa non comunitaria, Asia, Africa, Americhe, Oceania e infine gli apolidi.

Come si può notare, la grossa differenza in termini di composizione della popolazione è data da una forte presenza di europei a Brescia e di pazienti provenienti dal continente americano per quanto riguarda il Galliera. Questo dato dipende sostanzialmente dalla diversa provenienza delle badanti: più di origine Est-Europa in Lombardia, più sudamericana in Liguria.

In generale, possiamo osservare che in entrambi i PS gli africani tendono ad effettuare più accessi in bianco della media, la situazione sembra essere diversa per gli immigrati europei ed asiatici, ma in questo caso i confronti sono più difficili in quanto il numero di accessi diventa troppo esiguo per fare dei confronti quantitativi.

⁵ La Regione Liguria non ne impone il pagamento al momento dell'erogazione della prestazione. L'ospedale provvede in seguito a richiedere il pagamento, ma siccome le spese legali sono maggiori del ticket, se il paziente non provvede al pagamento, l'Ospedale non lo richiede.



Da questo quadro, sembra di poter concludere che la presenza di un centro di riferimento per gli immigrati (siano questi clandestini o irregolari) possa avere un effetto positivo sulla riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso. L'analisi che abbiamo condotto in questo lavoro è incompleta sotto molti punti di vista: abbiamo confrontato due aree che non sono omogenee per quanto riguarda il tipo di immigrazione, abbiamo confrontato gli accessi di due sole strutture, abbiamo considerato uno dei possibili indicatori di inappropriatezza. Questa prima analisi mostra che ci sono delle differenze che sarebbe interessante studiare in modo più approfondito. È chiara la necessità di intervenire sugli accessi impropri nelle strutture di emergenza (per esempio facendo pagare prima della visita il ticket ai codici bianchi), ma soprattutto migliorando la rete di assistenza territoriale con azioni di riorganizzazione che coinvolgano, da un lato, il pronto soccorso e, dall'altro, il sistema territoriale (coinvolgendo ove possibile i Medici di Medicina Generale).

223

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano sentitamente l'E.O. Ospedali Galliera, la Fondazione Poliambulanza, il Prof. Paolo Cremonesi, Direttore della Struttura Complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza e l'Ing. Enrico Zampedri, Direttore Generale della Fondazione Poliambulanza per la preziosa collaborazione nel fornire i dati. Un grazie particolare alla Dott.ssa Marina Sartini e al Dott. Paolo Fiori per l'aiuto nell'estrazione dei dati necessari al presente lavoro.

Bibliografia

Brandolini A., Cippolone P., Rosalia A. (2004). *Le condizioni di lavoro degli immigrati in Italia*. Paper presentato al Convegno Nazionale degli Economisti del Lavoro, Modena 24-24 settembre.

Disponibile: http://www.aiel.it/bacheca/MODENA/PAPERS/Brandolini_Cippolone_Rosolia.pdf

Caritas (2011) *Dossier statistico immigrazione*.

Disponibile: <http://www.dossierimmigrazione.it/eventi.php?qc=8>

Cremonesi P., Di Bella E., Montefiori M. (2010) *Cost analysis of emergency department*. Journal of Preventive Medicine and Hygiene, vol.51 n.4

Cremonesi P., Di Bella E., Montefiori M. (2011) *Tempi d'attesa e sovrappollamento delle strutture di primo soccorso: un'analisi empirica*. SIMEU Journal, forthcoming

Ministero della Salute (2003). *Relazione sullo stato di salute del Paese 2001-2002*. Disponibile: <http://www.ministerosalute.it/normativa/sezNormativa.jsp?label=relssp>

224

Morrone A. e Mereu F. (2003). *La nuova realtà dell'immigrazione: dal singolo alla famiglia dinamiche familiari e aspetti socio-sanitari*. in Andolfi M. *La Mediazione culturale tra l'estraneo e il familiare*. Franco Angeli, Milano. Disponibile: <http://www.iismas.it/letture/NuovaRealta.htm>

Morrone A. *Salute e società multiculturale*. Disponibile: <http://www.iismas.it/ss/ss.htm>

Scarcella C. Indelicato A., El-Hammad I., Levaggi R., Lonati F., Magoni M., Mottola M. (2006) *La popolazione straniera assistita dall'Asl della Provincia di Brescia: caratteristiche e costi sanitari a confronto con la popolazione italiana*. Mecosan, anno XV n. 57

Appendice

Tab. 1a

(anno 2010) PS E.O. Ospedali Galliera		Codice TRIAGE							
		Bianco		Verde		Giallo		Rosso	
		Valore Assoluto	%	Valore Assoluto	%	Valore Assoluto	%	Valore Assoluto	%
TUTTI	Accessi al PS	4571	8,68	38015	72,16	8064	17,20	1031	1,96
	Età media	44		47		64		74	
Solo Pazienti Extracomunitari	Accessi al PS	1484	15,47	7287	75,98	767	8,00	53	0,55
	Età media	37		37		44		53	

Tab. 1b

(anno 2010) Poliambulanza		Codice TRIAGE							
		Bianco		Verde		Giallo		Rosso	
		Valore Assoluto	%	Valore Assoluto	%	Valore Assoluto	%	Valore Assoluto	%
TUTTI	Accessi al PS	3379	5,86	44549	77,28	8425	14,61	1290	2,23
	Età media	41		40		59		63	
Solo Pazienti Extracomunitari	Accessi al PS	30	5,65	406	76,46	57	10,73	38	7,16
	Età media	31		33		38		41	

Tab. 2a

PS E.O. OSPEDALI GALLIERA	Composizione % per CODICE, per Continente di provenienza				Composizione % per Continente di provenienza, per CODICE e Totale				
	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	TOT
EUROPA	10,04	12,05	16,04	16,98	12,77	75,24	10,54	0,77	12,08
ASIA	10,65	10,72	9,65	15,09	14,03	69,36	6,57	0,71	10,65
AFRICA	49,87	36,27	32,33	33,96	20,82	74,37	6,98	0,51	38,05
AMERICA	28,84	39,23	36,25	28,30	11,93	79,66	7,75	0,42	37,33
OCEANIA	0,27	1,25	4,95	5,66	3,64	82,73	34,55	2,73	1,42
APOLIDE	0,34	0,48	0,78	0,00	0,05	0,36	0,06	0,00	0,48

Tab. 2b

PS E.O. OSPEDALI GALLIERA	Composizione % per CODICE, per Continente di provenienza				Composizione % per Continente di provenienza, per CODICE e Totale				
	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	TOT
EUROPA	10,04	12,05	16,04	16,98	12,77	75,24	10,54	0,77	12,08
ASIA	10,65	10,72	9,65	15,09	14,03	69,36	6,57	0,71	10,65
AFRICA	49,87	36,27	32,33	33,96	20,82	74,37	6,98	0,51	38,05
AMERICA	28,84	39,23	36,25	28,30	11,93	79,66	7,75	0,42	37,33
OCEANIA	0,27	1,25	4,95	5,66	3,64	82,73	34,55	2,73	1,42
APOLIDE	0,34	0,48	0,78	0,00	0,05	0,36	0,06	0,00	0,48

Realizzato con il contributo di
GlaxoSmithKline SpA





MEDICINA DELLE MIGRAZIONI: la salute del migrante e i fattori di rischio associati



MEDICINA DELLE MIGRAZIONI:
la salute del migrante
e i fattori di rischio associati

Progetto a cura della

Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
Sezione Lombardia

Redazione a cura di:

Grazia Orizio
Laura Antonelli

Progetto grafico e impaginazione:

Laura Antonelli

Immagini fotografiche interne:

Foto di Carmelo Scarcella

Realizzazione esecutivi digitali per la stampa:

Officina delle idee di Cherubini Ennio - Cigole (BS)

Finito di stampare:

Gennaio 2012 - Tipolitografia Fantigrafica (CR)

Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
Sezione Lombardia
c/o Direzione Generale ASL di Brescia
Viale Duca degli Abruzzi, 15
25124 Brescia
Tel. 030 38381 – Fax 030 3838233

Ogni utilizzo del materiale contenuto in questo libro, diverso da quello previsto, deve essere preventivamente autorizzato dalla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Sezione Lombardia

MEDICINA DELLE MIGRAZIONI: la salute del migrante e i fattori di rischio associati

Hanno collaborato:

Scarcella Carmelo

*Presidente Sezione Lombardia della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
Direttore Generale ASL di Brescia*

Baitelli Guglielmino

Medico, Responsabile U.O. Prevenzione Malattie Infettive, ASL di Brescia

Benedetti Laura

Medico del lavoro, U.O.I. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ASL di Brescia

Biazzi Mario

Educatore Professionale, U.O. NOA, ASL di Brescia

Brianese Nigritella

Medico, Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Brescia

Carrillo Daniela

Antropologa, Ricercatrice Fondazione ISMU, settore salute e welfare, Milano

Castelli Francesco

Medico, Direttore Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Brescia

Comincini Fiorenza

Pedagogista, Responsabile Servizio Educazione alla Salute e attività sperimentali, ASL di Brescia

Elba Enrico

Medico, Ser.T 1 - U.O. Brescia, ASL di Brescia

El Hamad Issa

Medico specialista in Malattie Infettive, con esperienza in Medicina delle Migrazioni

Levaggi Rosella

Professore ordinario di Economia Pubblica, Dipartimento di Scienze Economiche, Università degli Studi di Brescia

Lonati Fulvio

Medico, Direttore Dipartimento Cure Primarie, ASL di Brescia

Massoletti Annalisa

Psicologa Psicoterapeuta, U.O. Assistenza Penitenziaria, Servizio Medicina del disagio, ASL di Brescia

Montefiori Marcello

Ricercatore universitario, Dipartimento di Economia e Metodi Quantitativi (DIEM), Università di Genova

Olivani Pierfranco
Chirurgo Pediatra, past president Naga, Milano

Panizzut Daniela
Infermiera, U.O. Polichirurgico Pediatrico, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano e socia Associazione Naga, Milano

Pasini Daniela
Medico di Medicina Generale, ASL di Brescia

Pezzetta Rosangela
Educatore Professionale, U.O. Assistenza Penitenziaria, Servizio Medicina del disagio, ASL di Brescia

Pezzoli Maria Chiara
Medico specialista in malattie infettive, Seconda Divisione di Malattie Infettive, A.O. Spedali Civili di Brescia

Podavitte Fausta
Psicologa, Direttore Dipartimento ASSI, Responsabile Servizio Cronicità, ASL di Brescia

Premi Stefania
Medico, U.O. Integrata Igiene e Medicina di Comunità, ASL di Brescia

Rizzi Elisabetta
Psicologa Psicoterapeuta, Responsabile U.O. NOA, ASL di Brescia

Roda Fabio
Medico, Direttore Servizio Alcolologia, ASL di Brescia

Rossi Daniela
Psicologa, Criminologa Clinica, U.O. NOA, ASL di Brescia

Rossi Stefania
Medico, Servizio Medicina del Disagio, ASL di Brescia

Sottini Domenica
Medico del lavoro, Responsabile U.O.I. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ASL di Brescia

Sulis Giorgia
Medico, Assegnista di ricerca, Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Brescia

Wuhrer Alessandra
Medico, Responsabile U.O. Assistenza Penitenziaria, Servizio Medicina del disagio, ASL di Brescia

INDICE

Presentazione	09
Mondializzazione della salute e mobilità umana	15
Il fenomeno migratorio in Italia e Lombardia: dimensioni e caratteristiche	27
Il diritto alla salute e la normativa sanitaria nazionale ed europea in tema di assistenza sanitaria al migrante	39
Ruolo del volontariato sociale nell'assistenza socio-sanitaria al migrante	55
Le strategie di integrazione del migrante nel Sistema Sanitario	61
Cenni sul profilo sanitario del migrante e fattori di rischio correlati	71
Tubercolosi nel migrante	77
Malaria e migrazione	87
Epatiti virali nei migranti	103
Infezione da HIV e migrazione	113
Problematiche sanitarie del migrante in ambito di Medicina Generale	121
Approccio vaccinale al migrante	131
Salute nell'ambiente di lavoro	147
Accesso al Ser.T. e tossicodipendenze nel migrante	159
Il servizio di alcologia di fronte al soggetto migrante	169
Carcere e migrazione	183
Le famiglie dei migranti nella rete socio-sanitaria	193
Educazione alla salute in un contesto interculturale	205
Considerazioni economiche nella gestione sanitaria del migrante	217

PRESENTAZIONE

“L’immigrato ha un mondo del passato a cui appartiene e un mondo del presente al quale sempre, più o meno, sarà estraneo; suo figlio invece sta in tutti e due e molte volte in nessuno. Per questo c’è bisogno che il processo di integrazione abbia successo, in modo che la seconda generazione non resti chiusa nel ghetto.”

Antonio Muñoz Molina

L’Italia, da terra di emigranti, si è trasformata a partire dagli anni ’90 a meta di immigrazione, in seguito al tumultuoso sviluppo economico del dopoguerra, che l’ha portata a diventare Paese ad elevato reddito, e alla posizione geografica, che la rende una tra le principali porte di ingresso in Europa per chi proviene dai Paesi dell’Africa e dell’Oriente Europeo ed Asiatico. In questo contesto la Lombardia è stata interessata preferenzialmente dal fenomeno migratorio, in quanto sede di un’economia particolarmente evoluta e dinamica e, quindi, di attività produttive industriali, agricole e dei servizi in cui i migranti hanno potuto trovare una collocazione nel mercato del lavoro.

Come ricordato nel 2010 nel rapporto *“Health of migrants”* del WHO, *“the health of migrants and health matters associated with migration are crucial public health challenges faced by government and society”*. Anche il Sistema Sanitario Nazionale italiano si è trovato ad affrontare la sfida di tutelare la salute dei migranti; in particolare è l’Igienista – medico di Sanità Pubblica dedicato all’organizzazione dei servizi sanitari – che ha il ruolo di prendere in carico l’assistenza sanitaria dei migranti, elaborando le strategie più adeguate per tutelare la loro salute e, contestualmente, quella della popolazione residente.

Da un punto di vista generale, il principio che deve ispirare la creazione dei percorsi finalizzati alla tutela della salute dei migranti è l’integrazione di questi percorsi con i servizi sanitari già esistenti, in modo da evitare la predisposizione di servizi ad hoc; questo permette, infatti, un’importante occasione di integrazione nella società che accoglie il migrante, oltre ad evitare un investimento di risorse difficilmente sostenibile.

A fronte di queste premesse, la SItI Lombardia ha ritenuto opportuno costituire un Gruppo di Lavoro di professionisti socio-sanitari che operano a livello territoriale e ospedaliero sul tema *“Salute e Migranti”*; il primo obiettivo del Gruppo di Lavoro è stato l’elaborazione del presente volume, che si propone come uno strumento aggiornato per conoscere e poter gestire in modo adeguato il fenomeno immigrazione in un’ottica di Sanità Pubblica, che rappresenta un momento fondamentale nel processo di integrazione.

Carmelo Scarcella

*Presidente Sezione Lombardia della Società Italiana
di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*



MIGRANTE

Colui che sceglie di lasciare il proprio Paese per stabilirsi, temporaneamente o permanentemente, in un altro Paese. Tale decisione, che ha carattere più volontario anche se spesso è indotta da misere condizioni di vita, dipende generalmente da ragioni economiche, avviene cioè quando una persona cerca in un altro Paese un lavoro e migliori condizioni per vivere o sopravvivere. Oggi molti studiosi affermano che la decisione di lasciare volontariamente il proprio Paese dipende da un mix di fattori e di possibilità

PROFUGO

Colui che lascia il proprio Paese a causa di eventi esterni (guerre, invasioni, rivolte, catastrofi naturali...)

RICHIEDENTE ASILO

Colui che è fuori dal proprio Paese e inoltra, in un altro Stato, domanda di asilo per il riconoscimento dello status di rifugiato. Fino al momento della decisione da parte delle autorità di quel Paese in merito alla domanda, egli è un richiedente asilo



RIFUGIATO

Colui che “*ha timori fondati di essere perseguitato per questioni di razza, di religione, di nazionalità, d’appartenenza ad un gruppo sociale specifico o per le sue opinioni politiche*” (Convenzione di Ginevra, 1951; Protocollo di New York, 1967)

Dal punto di vista giuridico-amministrativo, un rifugiato è una persona a cui è riconosciuto lo status di rifugiato. A differenza del migrante, egli non ha scelta: non può tornare nel proprio Paese perchè teme di subire persecuzioni o per la sua stessa vita

SFOLLATO

Spesso usato in inglese: “*Internally displaced person (IDP)*”. È colui che abbandona la propria abitazione per gli stessi motivi del rifugiato, ma non oltrepassa un confine internazionale, restando dunque all’interno del proprio Paese

APOLIDE

Chi è nella condizione di privazione della cittadinanza, ossia chi non appartiene a nessuna polis, a nessuna comunità politica, chi non dichiara la propria cittadinanza e non è possibile risalire al Paese d’origine

A woman with dark hair styled in a bun, wearing a bright pink patterned sweater and a black skirt, stands in profile by a stone railing. She is looking down at her hands. The background shows a calm sea under a clear sky.

EXTRACOMUNITARIO

Persona non cittadina di uno dei 27 Paesi che attualmente compongono l'UE

STRANIERO TEMPORANEAMENTE PRESENTE (STP)

Termine introdotto nel 1995 per indicare un immigrato irregolare e clandestino nell'ambito del diritto alla salute ed in particolare alle cure urgenti, essenziali, alla medicina preventiva e riabilitativa

CLANDESTINO

Lo stato di clandestinità si configura per i soggetti entrati e soggiornanti illegalmente in Italia. Per lo Stato, ufficialmente non esistono, anche se attualmente sono loro riconosciuti il diritto alla salute (compresa la tutela sul lavoro seppur irregolare) ed il diritto all'istruzione obbligatoria

IMMIGRATO ILLEGALE

Straniero che non possiede un titolo valido per il soggiorno nel Paese ospite. Sono gli irregolari ed i clandestini (compresi gli "stranieri temporaneamente presenti")

IMMIGRATO REGOLARE

Colui che si trova in uno Stato con un titolo di soggiorno (permesso, carta di soggiorno) rilasciato dalle autorità competenti, che va rinnovato periodicamente. È regolare anche una persona che per un breve periodo di tempo si ferma in Italia con un visto fino alla durata di questo. Un immigrato regolare in possesso di un permesso di soggiorno può acquisire la residenza nel luogo dove ha deciso di vivere

IMMIGRATO IRREGOLARE

È colui che non possiede un permesso di soggiorno per alcune cause che non dipendono dalla sua volontà o dai diritti garantiti nel Paese ospite. È colui soffermato ulteriormente alla durata del visto senza regolare la propria posizione; perché sono venuti meno i criteri di rinnovo del soggiorno (p.e. momentaneamente disoccupati) e si è perso il diritto (p.e. non accettazione domanda d'asilo) o perché il permesso di soggiorno è scaduto e non si è chiesto il rinnovo. Ed ancora è persona "ricongiunta di fatto" al proprio partner regolarmente presente in Italia in attesa che si perfezionino le pratiche per un riconoscimento formale

Alcuni studiosi definiscono irregolari coloro che, pur avendo un permesso di soggiorno, svolgono un'attività non prevista dallo stesso o dalle normative vigenti (p.e. gli studenti o i lavoratori dipendenti che svolgono di fatto altre attività)



Emigrante, Hans Baluschek, 1870-1935

MONDIALIZZAZIONE DELLA SALUTE E MOBILITÀ UMANA

Francesco Castelli, Nigritella Brianese

Evoluzione del concetto di salute nel XX secolo

“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia o infermità” recita il preambolo della Costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), formulata nel 1946 ed entrata in vigore nel 1948. La stessa Costituzione inoltre enuncia che *“il possesso del migliore stato di salute possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, d’opinioni politiche, di condizione economica o sociale”* (WHO Constitution, 1946).

15

Tale definizione, punto di arrivo di una evoluzione di pensiero che dalla precedente concezione di *“mera assenza di malattia o infermità”*, ossia da un’accezione limitata del concetto di salute che considerava esclusivamente il benessere fisico, costituisce al contempo un punto di partenza per la promozione della salute in una chiave più completa ed allargata.

L’altra grande rivoluzione dell’idea di salute che scaturisce dalla Costituzione dell’OMS è l’interpretazione della stessa come *“diritto fondamentale”*. Questo concetto è stato ripreso successivamente in altri Documenti fondamentali delle Nazioni Unite quali, ad esempio, la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948) e la Dichiarazione di Alma Ata (1978); in quest’ultima, in particolare, emerge la necessità di guardare alla promozione della salute in chiave globale, sia in senso *territoriale*, per ridurre l’inaccettabile divario tra Paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo (all’Art 2 e 3), sia in senso *integrato*, chiamando in causa lo sviluppo economico e sociale come determinanti di importanza basilare per il pieno raggiungimento della salute per tutti (Art 3) (Declaration of Alma Ata, 1978).

Il concetto di salute ha origini molto antiche nella storia, probabilmente coincidenti con la consapevolezza del sé dell’uomo. Inizialmente la salute coincideva con l’opera della selezione naturale: erano le competizioni

(fossero queste delle sfide con altri esseri umani, animali, oppure con le condizioni naturali, o le condizioni fisiche, di vecchiaia, di malattia) a decretare chi fosse il più sano, a promuovere quindi salute. Si è poi attribuita una responsabilità magica alla tutela della salute con l'introduzione delle divinità protettrici. Nella civiltà greca e in quella romana, la dea *Igea* e la dea *Salus* rispettivamente, tutelavano il benessere e la felicità dello Stato e, di riflesso, proteggevano anche la salute dei cittadini, ma per arrivare ad una concezione più personale della salute bisogna attendere l'introduzione del culto di Esculapio, divinità che gradualmente perse la sua connotazione primitiva di garante del benessere pubblico per interpretare un concezione più individuale del bene salute. Nel Medioevo si recuperò una visione magico-religiosa del fenomeno, per essere poi radicalmente e definitivamente superata alla fine del Settecento con la nascita della medicina scientifica che focalizzava però l'attenzione più sulla malattia che sulla salute. Non a caso questo avveniva in un momento storico coincidente con la nascita della rivoluzione industriale in Europa e con il verificarsi di condizioni di vita e lavorative, determinanti imprescindibili di salute, che non riscuotevano l'attenzione dovuta. Nel XX secolo si accentuò inizialmente la settorializzazione dell'approccio alla salute, per poi avviarsi al concetto moderno di salute con l'avvento del rivoluzionario clima sociale e di cooperazione originato come risposta alle due Guerre Mondiali. Il concetto di salute globale che ne scaturì porta con sé la visione della persona come unità psico-fisica interagente con l'ambiente circostante che deve diventare il presupposto per *“una promozione ed educazione alla salute”* e una *“medicina della persona”* nella sua totalità. La salute viene ad essere un'ambizione per tutti (bambini, donne, uomini, anziani senza distinzioni di genere, razze o ideologie), trasformandosi in un bene che tocca anche la sfera antropologica e che ingloba diverse “voci” al suo interno, tra le quali quella sociale investe un peso di prim'ordine.

Interpretazione del concetto di salute nelle diverse culture

La disciplina che studia *“le definizioni e interpretazioni di salute e malattia, i condizionamenti dell'assetto socio-culturale sugli stati di salute e malattia, le rappresentazioni e i valori associati a tali stati, le concezioni del corpo e le risposte che ne derivano sul piano dei comportamenti individuali e collettivi e le strutture istituzionali in cui tali risposte si esprimono”* è l'antropologia medica (Società Italiana di Antropologia Medica (SIAM), 1996).

L'antropologia medica ha il merito di aver fatto emergere le complesse dinamiche che stanno alla base dell'attribuzione del senso di malattia, su un piano sociale e culturale. Alla luce di questo anche l'approccio per affrontare e curare la malattia segue un codice culturale; l'intervento terapeutico va quindi interpretato all'interno di uno scenario socio-culturale che consideri i contenuti normativi e i valori propri del contesto sociale cui appartiene.

Volendo analizzare il concetto di salute, lo si può scomporre in tre diversi livelli: il primo, più semplice e intuitivo, è quello che riguarda la *medicina*, ossia ciò che la scienza medica studia e codifica; il secondo è il livello *sociale*,

quello che viene tramandato e assimilato nella cultura in cui si è cresciuti; infine il terzo livello è quello *soggettivo*, determinato dalle esperienze e dalla sensibilità personali. Questi tre livelli vanno considerati globalmente come fondamenti di un unico e articolato concetto di salute, proprio di ogni individuo, in un *unicum* olistico.



Alla luce della globalizzazione, e della mobilità umana che la caratterizza, non si può non considerare l'influenza che questo tema ha nel promuovere diversità tra gli individui. In particolare l'aspetto sociale del concetto di salute gioca un ruolo primario in questo processo di diversificazione: l'ascendente che la propria cultura esercita sulle personali credenze in materia di salute e di esercizio di questa, assume un ruolo fondamentale. Di questo il medico occidentale che si confronti con la medicina delle migrazioni deve tenere conto, per non attribuire a patologie organiche i disagi di origine culturale (El Hamad I. et al. 2009) o, al contrario, per non sottovalutare patologie organiche attribuendo semplicisticamente i sintomi riferiti al dominio della etno-psichiatria (El Hamad I. et al, 2009 bis).

Alla componente culturale si sommano spesso, però, reali diversità di base. Le patologie che più affliggono un determinato popolo, dal quale scaturiscono anche diversi concetti di salute e di non-salute ne sono un esempio. È infatti vero che nei Paesi Industrializzati dove regna spesso l'abbondanza, il concetto di non salute è spesso legato a un eccesso (diabete, obesità, patologie cardiovascolari e polmonari croniche sono associate a comportamenti sociali alla cui base si ritrova spesso un abuso). Non altrettanto si può dire per le malattie più tipiche dei Paesi a limitate risorse, in cui la patologia è quasi sempre originata da una

carezza (di igiene, di cibo, di cure). La mondializzazione della salute mira a una salute globale che significa salute senza confini.

I determinanti di malattia non hanno confini

L'inizio della mondializzazione delle malattie, definita come la diffusione delle stesse a livello planetario, si fa normalmente risalire all'epoca di Cristoforo Colombo con la scoperta dell'America (1492) e la diffusione della influenza, del vaiolo, della tubercolosi e della gonorrea nel nuovo continente. Tuttavia, perché si raggiungesse una consapevolezza e si attuassero piani di gestione di questa "unificazione microbica (e non solo) del mondo" ci vollero almeno altri trecento anni. È infatti nell'Ottocento, secolo in cui si colsero i frutti dell'Illuminismo scientifico, che si delinearono le condizioni per una gestione internazionale del tema. Nel 1848 il patologo tedesco Rudolf Virchow scriveva *"se la medicina vuole raggiungere pienamente i propri fini, essa deve entrare nell'ampia vita politica del suo tempo, e deve indicare tutti gli ostacoli che impediscono il normale completamento del ciclo vitale"* (Caritas/Migrantes, 2010).

18

Se è esatto sostenere che i confini territoriali non sono mai stati una barriera per la diffusione delle malattie, va ricordato che questo è vero in senso bilaterale. Si ha spesso il preconcetto che ci sia una unidirezionale diffusione di malattie, prevalentemente infettive, veicolate dagli stranieri che emigrano dai loro Paesi d'origine (per lo più Paesi in via di sviluppo) verso i Paesi con maggior benessere economico. Ma se questo è sì comprovato, non si può ignorare che il contributo alla diffusione delle diverse forme patologiche è fornito anche in un senso opposto: sono spesso le abitudini apprese nei Paesi industrializzati a determinare stili di vita che culminano in patologie croniche quali le malattie cardiovascolari, le neoplasie, l'obesità, ecc. anche in soggetti immigrati che nella loro realtà d'origine non avrebbero avuto gli stessi fattori di rischio.

Il concetto di confine non può quindi essere associato con disinvoltura ai determinanti di malattia ma, per fortuna, nemmeno ai determinanti di salute (Stefanini A., Bodini C., 2011).

I determinanti di salute non hanno confini

Se è vero che i determinanti di malattia non si rassegnano ai confini topografici, ciò è ugualmente valido per i cosiddetti determinanti distali di salute. I determinanti di salute sono quei comportamenti individuali e quelle politiche sociali che influiscono sulla salute e che sono spesso fenomeni a diffusione globale. Tra questi determinanti esistono anche condizioni controproducenti per la salute stessa, quali cattive abitudini alimentari, dannosi stili di vita, povertà, discriminazioni, razzismo, cambiamenti climatici, ma ciò che ci piace mettere in luce è che non c'è confine nemmeno per ciò che "contagia positivamente": politiche sociali, sviluppo, cultura, educazione, miglioramento delle condizioni igieniche, emancipazione e consapevo-

lezza lavorative, sviluppo infantile, e, naturalmente, la diffusione dell'assistenza sanitaria e delle politiche in tema di salute.



19

L'obiettivo è che si operi in senso promuovente per i determinanti di salute che apportano un beneficio per la popolazione e che si attuino campagne di informazione ed educazione per limitare invece quelle influenze negative esercitate dai determinanti controproducenti sopraccitati. Lo sviluppo di sistemi sanitari che mirino alla disseminazione di buone pratiche e politiche per la riduzione del divario che ancora caratterizza Nord e Sud del mondo è, però, una sfida che tuttora rimane irrisolta (Stefanini A., Bodini C., 2011).

I problemi legati alla globalizzazione

Il sociologo francese Edgar Morin sostiene che i processi di globalizzazione e mobilità umana vadano analizzati tenendo conto della triplice strutturazione degli individui: *“l'umano si definisce come trinità individuo - società - specie”* (Morin E., 2002). Partendo dall'analisi della mobilità della specie umana bisogna fare un salto a ritroso nel tempo di 150.000 anni, quando appunto l'*Homo Sapiens Sapiens* iniziò la sue migrazioni dall'ambiente originario (Maddaloni D., in corso di pubblicazione). All'origine di queste migrazioni si ritrova quasi sempre uno squilibrio tra la popolazione migrante e le risorse disponibili nel territorio d'origine. L'aspetto più caratteristico dei movimenti migratori, interpretati dal punto di vista della società, è la tendenza alla costituzione di vere e proprie diaspore, intese come comunità del tutto simili a quella di origine, che mantengono con questa delle relazioni economiche, sociali, culturali, nonostante siano fisicamente separate dalla madrepatria (Maddaloni D., in corso di pubblicazione). La mancanza di integrazione nella comunità di accoglienza può generare quindi uno stato

di segregazione all'interno del Paese ospitante. Allo stesso modo l'individuo stesso si trova di fronte ad una globalizzazione di sé, della sua identità sociale e culturale. Questo può generare uno stato di “*doppia assenza*” nell'immigrato che si sente straniero sia nel Paese d'adozione sia in quello d'origine (Sayad A., 2002), oppure può generare, all'opposto, una “*doppia presenza o bifocalità*” delle prospettive con una ibridazione culturale delle due società, quella di provenienza e quella di destinazione (Zimmermann L. et al., 2007).

Dagli anni '70 ad oggi i fenomeni di globalizzazione e di mobilità umana hanno registrato dimensioni spaziali e una portata precedentemente sconosciute che hanno messo in evidenza grandi disparità tra i popoli (Maddaloni D., in corso di pubblicazione). In che modo la globalizzazione generi disuguaglianza lo si evidenzia nel momento in cui persone con diverse risorse si ritrovino a condividere una stessa realtà. In particolare la globalizzazione economica ha fatto emergere, contribuendone pesantemente, il problema del divario tra Nord e Sud del mondo, ma se questo aspetto è evidente in campo economico, lo è altrettanto anche in tema di salute, di accesso alle cure, di possibilità di assistenza. È in questa situazione che emergono con potente risalto le disuguaglianze che spesso generano ingiustizia e che fanno comprendere quanto sia ancora lontano l'obiettivo della mondializzazione della salute.

20

La salute globale interdisciplinare

Per raggiungere il difficile obiettivo di promuovere uno *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale* in un mondo sempre più globalizzato è dunque necessario utilizzare un approccio che tenga in considerazione le complesse criticità inerenti il tema “salute” cui si è fatto brevemente riferimento nelle pagine precedenti. Molteplici sono le influenze che condizionano la promozione della salute negli ambiti socio-economici, culturali, politici, giuridici, demografici e nel contesto ambientale che ne influenzano la efficacia anche in termini di uguaglianza, di diritti umani e di collaborazioni internazionali. Va da sé che si debba adottare un'ottica transnazionale nell'affrontare tale sfida, partendo da una visione interdisciplinare e multimetodologica che possa contare sul contributo della scienza medica, delle scienze sociali, delle scienze umane, dell'ingegneria, della geologia. Non si può attendere un miglioramento della salute mondiale se alla base non viene elaborato un programma per lo sviluppo che tenga conto delle politiche agricole e industriali, le attività bancarie, lo sviluppo e la bonifica dell'ambiente, la gestione dei cambiamenti climatici, il tema dell'energia.

Ma oltre il concetto di “salute internazionale”, che sembra quasi trascurare le profonde ingiustizie ed ineguaglianze esistenti anche all'interno di una stessa nazione in rapporto ai determinanti di salute e malattia, è oggi più corretto parlare di “salute globale”. La salute globale abbraccia i temi della ricerca, della medicina, della formazione delle figure professionali competenti, dell'educazione sanitaria, della promozione dell'accesso alle cure, dell'etica sociale e cerca di tradurre tale preparazione teorica nella

pratica (clinica, ma non solo) puntando alla concretizzazione in decisioni operative.

Nel maggio del 2000 il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali ha adottato un Commento Generale sul diritto alla salute che, oltre a sottolineare come questo diritto sia intercorrelato a numerosi altri diritti, ha fissato quattro criteri di valutazione del diritto alla salute: la disponibilità, l'accessibilità, l'accettabilità e la qualità (International Covenant on Economic, 2000). Questo Commento mette quindi in luce la necessità di disporre di sufficienti risorse (umane, economiche, assistenziali e strutturali); la necessità di promuovere l'accessibilità come garanzia di uguaglianza; la compatibilità dei servizi con le diverse culture e nel rispetto dei valori delle popolazioni; infine l'appropriatezza dell'intervento sul piano scientifico.

Due interpretazioni del ruolo del medico

La figura del professionista sanitario ha un ruolo chiave in questo processo, anche se va sempre ricordato quanto questa figura da sola, non supportata dalla collaborazione di altre professionalità, non possa nulla (o quantomeno troppo poco) nel cammino verso la globalizzazione della salute.

Il ruolo del medico riguardo al descritto obiettivo, considerando il panorama mondiale, è duplice. Nella visione più classica del medico che promuove salute globale si configurano figure di dottori provenienti da Paesi a elevate risorse che si spostano in Paesi in via di sviluppo per supportare servizi sanitari spesso in carenza di personale. Ciò che frequentemente non si considera è invece il contributo che viene da quei medici che, pur restando nel loro Paese d'origine (ci riferiamo ai Paesi maggiormente industrializzati), promuovono salute nelle persone provenienti da altre realtà, gli immigrati. Il ruolo delle due categorie di medici è sì identico per quanto riguarda il campo scientifico, la medicina, ma l'approccio globale e l'attenzione alle diverse forme di promozione di salute globale, cambiano.

21

Ruolo del medico nel Paese a elevate risorse

Il medico è una figura chiave per il soggetto immigrato che sovente si ritrova in una situazione di isolamento e di incomunicabilità con lo Stato ospitante, ma che non può prescindere dall'interazione con la figura del dottore per ottenere uno stato di salute nel momento in cui questa venga meno. Il compito di promozione della salute per un medico che eserciti la sua professione in un Paese a elevate risorse ha quindi delle peculiarità. Poiché il medico, come sopra accennato, è una "figura ponte", bisogna sfruttare questo ruolo per veicolare al paziente tutte le informazioni a lui utili per la promozione di pratiche e atteggiamenti che generino salute e prevenzione di stati patologici. In tale veste, al medico spetta anche una funzione di facilitatore all'"accesso" alle cure nel senso più ampio del termine, a comprendere anche l'ambito giuridico, economico, geografico, culturale. Un altro punto focale è la comunicazione. La relazione medico-paziente con soggetti provenienti da altri Paesi è spesso inficiata dalle difficoltà di comu-

nicazione dovute alle barriere linguistiche, non va però trascurato il ruolo della mediazione culturale che è una componente del corretto passaggio di informazioni. La mediazione culturale agisce in senso bidirezionale, sia per apprendere dal paziente quale sia il suo problema, sia per comunicargli come affrontarlo. Si intuisce quanto pesi una adeguata accoglienza del soggetto immigrato: prima attraverso una mediazione linguistica e culturale assistita da figure professionali deputate, poi attraverso la promozione dell'apprendimento della lingua del Paese di destinazione.

Un ulteriore mezzo per promuovere salute è quello della divulgazione di informazioni direzionate alla tutela della sicurezza sul lavoro, molto importante per gli immigrati che in ambito lavorativo rivestono frequentemente i cosiddetti impieghi delle 3D (*dirty, dangerous, difficult*) (Caritas/Migrantes, 2010); l'attenzione alla sfera riproduttiva con l'insegnamento di pratiche di igiene sessuale, di contraccezione, di assistenza alle donne in gravidanza e in puerperio e di assistenza neonatale anche attraverso le campagne vaccinali. L'obiettivo è l'adeguamento del migrante ad uno standard di vita che accorci la distanza con la popolazione residente e che quindi neutralizzi la disuguaglianza tra pazienti di diverse origini.



Ruolo del medico in un Paese a limitate risorse

Il ruolo del medico che opera in un Paese a limitate risorse è un ruolo complesso, che spesso richiede una adeguata formazione, conoscenze e competenze interdisciplinari. Il ruolo del medico di fronte al suo paziente, a livello scientifico e clinico, è prevedibilmente sempre lo stesso. La differenza risiede nelle strategie che si devono attuare per la promozione di salute: queste infatti vanno calibrate in funzione delle esigenze e delle carenze che si manifestano nella determinata realtà in cui ci si trova ad esercitare la professione medica. Il diritto alla salute riconosce complessi collegamenti tra salute stessa ed altri diritti umani fra i quali il diritto all'alimentazione, all'abitazione, al lavoro, all'educazione, alla fruizione dei benefici del progresso scientifico, il diritto alla non discriminazione, all'uguaglianza, all'informazione, alla libertà di associazione, alla libertà di movimento, e il venir meno a questi diritti genera conseguenze molto serie sulla salute (International

Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). Nelle realtà caratterizzate da povertà e svantaggio socio-culturale rimane preponderante l'importanza della educazione all'accesso ai sistemi sanitari e assistenziali. La promozione dell'istruzione, soprattutto nel genere femminile per le evidenti ripercussioni in ambito familiare e dei figli, è un'altra strategia di successo poiché il livello culturale va di pari passo con il miglioramento delle condizioni igieniche e con l'impiego di buone pratiche sanitarie. Particolare attenzione deve essere riposta a determinate categorie di pazienti che sono più vulnerabili: (i) in primo luogo i bambini, sui quali si può intervenire in senso sanitario attraverso le pratiche vaccinali, la promozione dell'allattamento al seno e la tutela dell'infanzia e (ii) le donne, che devono essere assistite durante la gravidanza, il parto e il puerperio, e che sono le principali destinatarie di un'educazione sessuale volta anche alla contraccezione e alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili (Caritas/Migrantes, 2010).

L'obiettivo in questa realtà è, diversamente da quanto visto nel paragrafo precedente, quello di esaurire progressivamente l'intervento di figure professionali provenienti da Paesi più ricchi, per rendere gradualmente autonomo il Paese in via di sviluppo.

Due migrazioni opposte ► si tolgono risorse umane

23

Per il raggiungimento dell'autonomia dei Paesi a limitate risorse, in campo sanitario, è necessario che si intervenga sul "*brain drain*" (fuga dei cervelli), cioè sull'emigrazione del capitale umano rappresentato, nel nostro specifico caso, dai professionisti sanitari (medici ma anche manager ed economisti della sanità) (Caritas/Migrantes, 2010). La circolazione di professionisti, infatti, è bidirezionale: se da una parte i medici dei Paesi industrializzati si spostano nei Paesi con maggior carenza di risorse per contribuire al processo di promozione della salute nei Paesi svantaggiati, dall'altra parte si ritrovano medici formati in Paesi in via di sviluppo che, spinti dalla ricerca di migliori condizioni di vita e lavoro, emigrano all'estero contribuendo però, di fatto, all'impoverimento del proprio Paese in termini di risorse umane. L'esempio del Ghana è esemplificativo: si stima, infatti, che questa Nazione abbia perso ben il 60% dei medici formati nel territorio ghanese negli anni '80 (Caritas/Migrantes, 2010).

In senso più generale la definizione di *health worker* abbraccia "qualsiasi persona impegnata in qualunque attività abbia lo scopo primario di promuovere salute" (WHO, 2006) e comprende medici, ostetrici, infermieri, farmacisti, amministrativi, assistenti sociali e sanitari. Gli *health workers* costituiscono il nucleo di ogni sistema sanitario e il loro ruolo è quello di implementare salute. Gli stati membri dell'ONU si sono prefissi di raggiungere 8 obiettivi, i *Millenium Development Goals* (MDG), entro il 2015. Tra questi ci sono, ad esempio, la riduzione della mortalità infantile, il miglioramento della salute materna, la lotta

all'HIV/AIDS, la lotta alla malaria e alla TB. Condizione necessaria ed indispensabile per raggiungere gli obiettivi prefissati è il rafforzamento delle risorse umane (*health workers*) nei Paesi carenti, senza le quali gli MDG rimangono un elenco di buoni propositi (Castelli F. et al., 2010), mediante la garanzia di una equa retribuzione e di prospettive di carriera e di ricerca nei propri Paesi di origine.

Bibliografia

Caritas/Migrantes Immigrazione, *Dossier Statistico 2010 XX Rapporto*, Idos Edizioni, 2010

Castelli F., Rodari P., De Nardi S. *Salute e Risorse Umane*. Atti del 7° Convegno Internazionale Valorizzazione delle risorse locali nei progetti di cooperazione con i Paesi in via di sviluppo. Brescia, 17 dicembre 2010

Declaration of Alma Ata, 1978.

Disponibile: www.who.int/publications/almaata_declaration

24

El-Hamad I., Scarcella C., Pezzoli M.C., Bergamaschi V., Castelli F. For the Migration Health Committee of the ISTM. *Forty meals for a drop of blood*. Journal of Travel Medicine, 2009; 16: 64-65

El-Hamad I., Scarcella C., Pezzoli M.C., Ricci A., Castelli F. For the Migration Health Committee of the ISTM. *Dead blood under my skin*. Journal of Travel Medicine, 2009 bis; 16: 284-285

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), General Comment, UN Doc. E/C 12/2000/4, 14 maggio 2000

Maddaloni D. *Globalizzazione, migrazioni, politica sociale*. In: Welfare e migrazioni. Rapporto Irpps-CNR sullo stato sociale in Italia 2009-2010 (a cura di G. Ponzini), Editore Donzelli, Roma (in corso di pubblicazione)

Morin E. *Il metodo*. Volume 5: l'identità umana, Editore Cortina, Milano, 2002

Sayad A. *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Editore Cortina, Milano, 2002

Società Italiana di Antropologia Medica (SIAM). "Antropologia medica: fondamenti per una strategia". In: Antropologia medica. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica, n. 1-2, Argo Ed., Perugia, 1996

Stefanini A., Bodini C. *Salute globale, allargare gli orizzonti professionali in Globalizzazione e salute*, 2011

Disponibile:

www.snop.it/attachments/article/175/Globalizzazione%20e%20salute.pdf

WHO Constitution, 1946.

Disponibile: www.who.int/governance/eb/constitution

WHO. *Working together for health; the World Health Report*, 2006.

Disponibile: www.who.int/whr/2006

Zimmermann L. et al., *Ethnic self-identification of first generation immigrants.*

In: *International Migration Review* 2007; 41 (3): 769-781



Visioni simultanee, Umberto Boccioni, 1882-1916

IL FENOMENO MIGRATORIO IN ITALIA E LOMBARDIA: DIMENSIONI E CARATTERISTICHE

Daniela Carrillo

Le stime sulle presenze degli stranieri in Italia restituiscono al 1° gennaio 2011 un valore di 4.570.317 pari al 7,5% della popolazione residente in Italia (Caritas, 2011): si tratta di un contingente importante, che rende la posizione dell'Italia simile a quella di altri Paesi europei.

La differenza nota, anche se ai nostri fini è importante ricordarla, è che l'Italia si è trasformata da Paese di emigrazione in Paese di immigrazione, prima di transito poi di insediamento, in tempi relativamente brevi, soprattutto se si considera la lentezza con cui la società italiana assorbe i cambiamenti. Quindi, sebbene i primi segnali di arrivo di persone da altri Paesi per cercare lavoro risalgano agli anni '70 del secolo scorso, soltanto negli ultimi decenni la presenza immigrata ha mostrato volumi molto importanti con un elevato trend di crescita, rendendone faticoso il percorso di gestione. A ciò si aggiunge che, nonostante negli ultimi anni si sia registrato un netto aumento della componente proveniente dall'Europa dell'Est, vi è ancora una grande varietà delle provenienze: se ne registrano circa 192 e questo, se da un lato rallenta i processi di segregazione etnica, dall'altro rende più faticosa la risposta dei servizi.

27

La situazione lombarda rappresenta uno spaccato molto significativo del panorama italiano, dato che la stima della popolazione straniera (proveniente da Paesi a forte pressione migratoria) al 1° luglio 2010 è di 1.188.500 unità, pari a 1/4 della popolazione presente in Italia.

La distribuzione territoriale segnala che 1 persona straniera su 6 abita nelle province di Pavia, Cremona, Mantova e Lodi, mentre quasi 1 su 4 vive nelle province di Bergamo e Brescia. La posizione maggioritaria è comunque mantenuta dalla provincia di Milano che accoglie 424.000 persone. In generale, l'incidenza nell'intera regione è del 12%, con un picco massimo del 19% nella città di Milano e un minimo a Sondrio, ferma al 5%.

Sul piano delle provenienze, le prime sono quelle est-europee (tra cui la Romania è la più rappresentata), cui seguono le asiatiche (con un aumento di presenze, nell'ultimo anno, dall'India e Pakistan, seguite da Cina e

Filippine); nello stesso periodo le provenienze dai Paesi del Nord Africa e dell'area latino americana sono rimaste piuttosto stazionarie. In termini più dettagliati, in tutta la regione le tre nazionalità più rappresentate (con più di 100.000 presenze) rimangono, in ordine, quella rumena, marocchina e albanese.



28

Un aspetto importante da considerare è la composizione per genere, che in Lombardia nel totale si mantiene abbastanza paritaria con il 52,5% di uomini, sebbene alcune provenienze siano decisamente sbilanciate verso le donne (Ucraina, Perù) e altre verso gli uomini (Egitto, Pakistan).

L'età mediana dello stesso universo, donne e uomini over-quattordicenni, è di 33 anni per le donne e 34 per gli uomini, mentre l'incidenza degli ultraquarantenni è del 30% circa per entrambi i sessi, ed il valore scende a 7-8% per gli ultracinquantenni, a dimostrazione di una popolazione migrante ancora giovane. Inoltre, le persone straniere con età più adulta sono donne provenienti dall'Europa dell'Est e dall'America Latina, probabilmente donne occupate nel settore della cura, mentre tra gli uomini i più anziani provengono dall'Africa.

Sul piano occupazionale, la crisi economica ha investito anche l'universo migratorio: molto più gli uomini che le donne, un dato tra l'altro comune in tutta la penisola; alla fine del 2010 quasi 2 immigrati su 10 vivevano una situazione di sofferenza lavorativa e il fenomeno non accenna a diminuire.

Per quanto riguarda il comparto lavorativo è ancora evidente una netta presenza della popolazione migrante nei settori dell'allevamento, dell'in-

dustria, delle costruzioni, dei servizi e solo il 40,4% delle donne ultraquattordicenni ha un titolo di soggiorno legato al lavoro; tale valore è il doppio tra gli uomini. D'altro canto però, un dato non rilevante dal punto di vista statistico, ma sicuramente interessante per comprendere alcuni cambiamenti, rileva che vi è una crescita di lavori impiegatizi e di tipo intellettuale nelle donne (impiegate, medici, paramedici) che raggiunge il 14,2% del collettivo.

In generale, però, gli stranieri occupano posizioni lavorative poco qualificate e mostrano pochi segnali di mobilità sociale: ciò diventa un problema considerevole che incide fortemente nella disponibilità all'entrata nel mondo del lavoro e, quindi, nell'investimento delle persone appartenenti alla seconda generazione, poco propense a ricoprire le stesse mansioni dei genitori. Il tema delle seconde generazioni rimane, d'altro canto, fondamentale nel comprendere il futuro della popolazione migrante in Italia e, a questo proposito, l'ultima indagine dell'Osservatorio Regionale sulla Multietnicità ha chiaramente evidenziato come i giovani stranieri arrivati a pochi anni di età, o nati in Italia e rimasti sul territorio, se inseriti nel sistema formativo in un ambiente di regolarità, hanno forti inclinazioni verso l'Italia e le opportunità che questa offre. Viceversa, i giovani arrivati in adolescenza e, soprattutto, senza una posizione lavorativa attiva mostrano chiari sentimenti di affermazione delle proprie origini.

Descrivere la situazione migratoria implica l'analisi delle diverse tipologie migratorie che sottendono percorsi molto variegati, tra i quali quello che prevede un unico viaggio dal Paese di origine al Paese di destinazione definitivo è solo una delle modalità. In realtà esistono molte più variazioni che devono essere tenute in conto e che prevedono, tra l'altro, molti passaggi intermedi di diversa durata. In termini squisitamente ufficiali, questi soggiorni non dovrebbero durare più di tre mesi, ma la realtà è ben diversa. L'Italia, in particolare, è stata per molti anni una terra di transito all'interno di viaggi che avevano come Paese di destinazione mete più a nord, quali la Francia, l'Inghilterra o la Germania. Sebbene la situazione sia decisamente cambiata nondimeno esistono ancora dei percorsi che ripercorrono quelle tappe e vedono il Paese come un'area di transito di cui non si può non tener conto, soprattutto quando si concepiscono modelli di risposte sanitarie.

I percorsi migratori presentano numerose sfaccettature di cui non è possibile dare contezza in questa sede, per esempio, sono sempre di più le persone che attivano forme di migrazione circolare che prevedono un'alternanza di periodi trascorsi nel Paese di origine e nel Paese di destinazione. Altro caso a parte, che meriterebbe attenzione costante, riguarda l'universo dei richiedenti protezione internazionale, di quanti hanno avuto accordato il permesso di protezione sussidiaria/umanitaria o addirittura lo *status* di rifugiato. Nel 2010 le domande di asilo presentate in Italia sono state 10.052 e, di queste, 7.016 sono state rigettate in maniera *tout-court*. Ciò nonostante il trend di richieste non diminuirà, vista l'instabile situazione internazionale, e l'Italia dovrà definitivamente fare i conti con le mancanze del suo sistema di accoglienza che si è finora rivelato insufficiente e poco strutturato. Le persone richiedenti

asilo solo in regione Lombardia sono, al 16 novembre 2011, 3.075 e di esse poco più di 1.000 sono ospitate in strutture alberghiere con le ovvie criticità che questa soluzione prevede.

Inoltre, l'ottenimento della protezione internazionale non garantisce l'entrata certa in un sistema integrato che favorisca percorsi di autonomia. I circuiti dei Cara e degli Sprar, pur funzionando bene, non riescono a rispondere a tutte le domande e, nonostante gli sforzi per potenziare il sistema, la situazione tenderà presumibilmente ad aggravarsi nei prossimi anni.

Una situazione analoga si registra nel caso dei minori non accompagnati, il cui contingente è fortemente aumentato nell'ultimo anno e verso il quale le risposte del sistema di protezione sono lacunose e intermittenti.



30

Infine, un'ultima notazione va fatta a proposito del passaggio dalla condizione di irregolarità a quella di regolarità e, di nuovo, a irregolarità, sempre più diffusa dato il legame tra presenza sul territorio e contratto di lavoro. La situazione è ampiamente investigata, in questa sede si sottolinea quanto lo *status* di irregolarità e clandestinità¹ incida fortemente sulla possibilità di avviare percorsi migratori a lungo termine sia che riguardino l'insediamento sul territorio, sia che riguardino la decisione di lasciarlo.

¹ Si preferisce il termine irregolare riferito a chi, entrato in maniera regolare, rimane anche allo scadere del visto, e clandestino riferito a chi è entrato senza aver alcun documento valido per il soggiorno, rispetto alla parola illegale che ha una connotazione negativa. In realtà, come ormai ampiamente dichiarato da diversi studiosi, così come dai migranti stessi: *nessuno è illegale*.

Alcune chiavi di lettura per comprendere il fenomeno migratorio

Secondo Zanfrini lo studio delle migrazioni dovrebbe muovere da tre principi fondamentali:

- 1) l'immigrato/a nella società di approdo è anche un'emigrante nella società di origine (paradosso di Sayad) e il suo agire deve essere guardato non come un mero vivere nella dimensione quotidiana ma come un relazionarsi costante con affetti, aspettative, legami materiali e simbolici con il contesto di partenza al quale rimane, comunque, indissolubilmente legato;
- 2) il mondo della persona migrante si prolunga, in misura più o meno evidente, in micro culture che riproducono aspetti della società di partenza;
- 3) le migrazioni sono fatti sociali totali, ovvero sono il risultato di fattori economici, sociali, culturali e psicologici la cui complessità si riflette poi sull'identità dei soggetti coinvolti.

Per tale ragione è importante, avvicinandosi all'analisi del fenomeno, considerare almeno in parte le teorie che ne spiegano l'avvio e l'instaurarsi delle catene migratorie. Gli approcci sono tanti e diversi, alcuni focalizzati su uno solo di questi aspetti altri invece capaci di legare entrambi, e fortunatamente i numerosi studi sul campo permettono di aggiungere sempre nuovi pezzetti al difficile puzzle rappresentato dalle traiettorie umane. Sicuramente, però, alcune considerazioni di natura più generale possono essere fatte, soprattutto perché è necessario comprendere come cambia costantemente la geografia dei flussi migratori e quale forza e potenzialità hanno le catene migratorie nel disegnare il quadro dei processi di inclusione nei Paesi di arrivo. In questa sede non ci soffermeremo nel dettaglio delle diverse teorie e studi che vi stanno alla base, rimandando a letture più approfondite per comprendere il loro impatto e valore, ma daremo dei brevi accenni su quanto riteniamo fondamentale per comprendere il fenomeno in Italia.

In primis, si sottolinea che il viaggio migratorio non è appannaggio delle persone che risiedono nelle regioni più povere o devastate del pianeta, né tanto meno partono, all'interno di società emigratorie, le persone più deprivate. Partire implica il possesso di un iniziale capitale umano e sociale di cui non tutti dispongono, soprattutto quando si è pionieri di una nuova catena. Naturalmente la costituzione di una salda rete migratoria, come vedremo, implica che questo presupposto possa anche venir meno, ciò nonostante rimane indispensabile, tranne quando si tratti di un percorso di ricongiungimento familiare fatto in totale tranquillità, un bagaglio di salute e di denaro per intraprendere il viaggio.

Un altro aspetto da tenere in forte considerazione, per comprendere alcune traiettorie migratorie, è la scelta della meta definitiva, le cui ragioni vanno ben oltre quelle puramente economiche. Si tratta infatti, in molti casi, di scelte che dipendono dalla forza della rete di accoglienza, dalle opportunità di insediamento, dalle potenzialità percepite più che da quelle reali.

Tra le teorie più interessanti, un filone tiene conto dell'investimento fami-

liare nei confronti della migrazione, che rappresenta una soluzione cruciale per assicurare l'ampliamento e la diversificazione delle risorse in un'ottica di attivazione di forme di paracadute sociale che in molti Stati non sono garantiti. A tal fine, quindi, la migrazione di uno o più membri di una stessa famiglia offre la possibilità di accedere ad una fonte di reddito, in valuta pregiata, che serve ad ampliare o avviare delle nuove attività, nonché al sostentamento del gruppo ma anche al miglioramento dello *status* della famiglia stessa. È questo il caso, per esempio, in cui i soldi delle rimesse vengono utilizzati anche per finanziare gli studi degli elementi più giovani delle famiglie.

Dal punto di vista delle società di approdo, la migrazione di una persona ha lo stesso valore collettivo. A fronte dei primi migranti che compiono il viaggio, fungendo da pionieri, altri prendono l'avvio dando vita a quelle *reti etniche* che ricoprono moltissime funzioni nei processi di insediamento dei nuovi arrivati. Esse, infatti, vanno ben oltre le catene migratorie perché legano migranti, non migranti e potenziali migranti nei Paesi di origine, di transito e di destinazione in una ragnatela fondamentale a garantire la riuscita del viaggio. Al momento dell'arrivo danno supporto materiale, logistico, emozionale, garantiscono aiuti e conoscenza del territorio al momento dell'effettivo insediamento e, quindi, contribuiscono a mantenere i contatti con il Paese di origine. Inoltre, l'avviarsi di una catena migratoria e l'evolversi di essa in una rete implica un aumento del potenziale migrante per un evidente abbassamento dei costi tanto materiali quanto simbolici per chi intraprende il viaggio, come pure la possibile esplorazione di nuovi territori.

32

I rischi di rimanere schiacciati all'interno delle reti sono comunque notevoli, soprattutto in quei casi in cui l'appartenenza ad una collettività è particolarmente sentita e vincolante.

Quindi, se da un lato sarà più facile trovare un alloggio, districarsi nei meandri della burocrazia, trovare un primo impiego (si pensi ad alcuni comparti lavorativi che in determinati territori hanno una forte connotazione etnica), dall'altro sarà più difficile uscirne. Sarà più difficile avviare un percorso lavorativo o esistenziale diverso, emancipatorio in cui manifestare desideri e volontà in aperto contrasto con le aspettative del gruppo. Allo stesso modo, il vincolo dell'appartenenza avrà un forte peso anche per quanto riguarda l'imprenditorialità; molto spesso, infatti, gli obblighi di riconoscenza che ci si aspetta vengano rispettati insieme ad un sentimento di forte appartenenza può imporre una serie di scelte che sono circoscritte a quelle previste e proposte dalla comunità. Questa ambivalenza si ritrova anche da un punto di vista privato e relazionale. La possibilità di contare su una rete cospicua di persone appartenenti alla propria famiglia, seppure allargata, o provenienti dalle stesse aree, può sicuramente essere di aiuto in alcuni momenti importanti e difficili, quali la maternità o la malattia, ma può rivelarsi, al contempo, un controllo eccessivo quando si fanno scelte non condivise dal gruppo.

Rete supportiva, quindi, ma anche rete strangolante in periodi diversi della storia individuale dalla quale però è possibile prendere le distanze o le cose migliori solo quando un effettivo percorso di inclusione sociale è possibile.

L'inclusione sociale dei migranti

L'integrazione consiste in quel processo multidimensionale finalizzato alla pacifica convivenza, entro una determinata realtà storico sociale, tra individui e gruppi culturalmente e/o etnicamente differenti, fondato sul reciproco rispetto delle differenze etno-culturali, a condizione che queste non ledano i diritti umani fondamentali e non mettano a rischio le istituzioni democratiche. L'integrazione consiste sempre in un processo che necessita di tempo: essa è una meta che non si acquisisce una volta per tutte, ma che viene costantemente perseguita. Essa si declina a livello economico, culturale, sociale e politico. Proprio per questa sua natura multidimensionale, se si limita ad un solo ambito essa sarà necessariamente parziale. Ciascuna di queste dimensioni dà vita a gradi diversi di integrazione. [...] l'integrazione è bidirezionale in quanto essa non riguarda solo gli immigrati ma anche, e congiuntamente, i Paesi riceventi.

Come si legge in questa definizione, decisamente accurata nello spiegare quali dimensioni e sfere della società contribuiscono a promuovere percorsi di integrazione, è evidente che si tratta di una partita giocata a due: per questa ragione è importante comprendere come e quanto la società italiana sia pronta a trasformarsi in una vera società di accoglienza.

In primo luogo è bene chiarire la differenza tra politiche migratorie e politiche per l'integrazione. Le prime si riferiscono alle modalità di ingresso e alle norme relative al soggiorno e, a questo proposito, è evidente che l'Italia fa ancora fatica a ridefinirsi come Paese di immigrazione; le norme non sono sempre chiare, a volte si contraddicono, e questo incide sui percorsi integrativi. Le seconde si riferiscono alle politiche atte a favorire l'inclusione delle persone migranti che molto spesso agiscono nella direzione di rimozione degli ostacoli e godimento di effettive pari opportunità.

Una trattazione completa non può dimenticare l'esistenza di alcuni fattori che, all'opposto, possono determinare forme di esclusione sociale che incidono tanto sulla dimensione materiale, *in primis* l'esclusione dal diritto di voto, anche solo di tipo amministrativo, quanto sulla dimensione più simbolica come la mancanza della voce delle persone migranti dai media e dai documenti e rapporti ufficiali.

Allo stesso tempo, alcuni migranti sono visti come più accettabili di altri, sebbene queste classificazioni abbiano poca resistenza nel tempo e mutino in continuazione rispetto agli avvenimenti storici o ai cambi degli ideali politici. Nel caso italiano si pensi alla storia dell'immigrazione albanese, agli inizi molto ben tollerata e quasi accolta, si è tramutata nel corso degli anni '90 dello scorso secolo in un'immigrazione temuta e stigmatizzata (la tratta delle donne, la mafia albanese), per poi tornare ad essere considerata con tranquillità quando il nemico è diventato un altro.

Naturalmente, il sentimento di ostilità, frutto del pregiudizio, è molto sentito tra i migranti e spinge ad un sentimento di reazione opposta e di forte scetticismo nei confronti della società di approdo. Il rischio più grande è la nascita di un'*identità reattiva*, ovvero l'adozione di un sistema di valori e credenze che diventa unico di riferimento, proprio perché non è possibile

una fruttuosa vicinanza con quello del Paese di accoglienza. Il fenomeno è ancora più grave quando riguarda le seconde generazioni, il cui percorso di inclusione è fortemente condizionato sia dallo *status* legale, sia dalle condizioni di accesso all'impiego e ai percorsi di mobilità sociale, molto spesso preclusi. In una società, quale quella italiana, in cui la posizione dei giovani è decisamente penalizzata, per diverse ragioni, la condizione di "giovane straniero" diventa ancora più schiacciante, soprattutto quando si accompagna ad un percorso biografico molto faticoso fatto di separazioni e interruzioni di rapporti.

I doppi effetti delle migrazioni

Come detto all'inizio del capitolo, analizzare le migrazioni implica uno sguardo allargato e comprensivo dei contesti di arrivo e di quelli di partenza. Si tratta, infatti, di una serie di elementi che non bisogna mai tralasciare per non cadere nel rischio dell'analisi monca o, ancora peggio, della banalizzazione dei processi sociali in corso. La lettura del qua e del là deve essere fatta in maniera incrociata, non soltanto cioè dal punto di vista della persona immigrata e dei riferimenti costanti che essa ha con il Paese di origine, ma anche analizzando l'impatto e i cambiamenti che le migrazioni producono nei contesti di partenza. Questo, sia perché sono fondamentali per dare una lettura più onesta del fenomeno, sia perché l'impatto che le migrazioni hanno sulle società di origine si ripercuote sulle società di approdo.



A questo proposito si pensi, per esempio, all'effetto che la migrazione di persone molto qualificate – il cosiddetto *brain drain* – ha sui Paesi e sulle società di partenza. Il fenomeno si traduce nella partenza di persone formate nel Paese di origine che non investono lì le proprie competenze ma, al contrario, le portano all'estero con un importante effetto di depauperamento a carico del sistema di welfare, economico, di capacità di *governance*, nonché di sviluppo dell'imprenditoria a livello locale. In particolare, merita attenzione il drenaggio di personale sanitario che ha inciso fortemente nello sviluppo socio-economico di intere regioni, soprattutto in Africa sub-sahariana.

In Italia, però, gli effetti sono ancora più negativi perché il mancato riconoscimento dei titoli di studio e, quindi, la perdita del capitale umano delle persone migranti comporta anche uno svilimento della persona che ne risente sul piano psicologico, ma subisce anche le difficoltà di accontentarsi ed inserirsi in un mercato del lavoro fortemente schiacciato verso il basso; le ragioni sono da imputare sicuramente al sistema lavorativo italiano, che richiama persone per ricoprire mansioni fortemente dequalificate. D'altro canto, lo stesso mercato del lavoro in Italia, che richiama in misura importante manodopera soprattutto femminile da impiegare nei servizi domestici e di cura della persona, è responsabile anche di quello che viene solitamente definito *care drain*. Con questo termine si intende il reclutamento di figure femminili all'estero che, lasciando le proprie famiglie di origine, ricoprono quei ruoli di accudimento un tempo affidati alle donne e che rimasti scoperti, a seguito dell'ingresso nel mercato del lavoro, non sono stati in alcun modo suppliti dal sistema del welfare. Nei Paesi di origine, il risultato è il venir meno di madri o di figlie che si occupano dei loro cari, con un impatto notevole soprattutto nella crescita dei figli. Questi ultimi, in molti casi sono gli stessi minori che arrivano in Italia in età scolare e che avviano faticosi, e molto spesso rischiosi, percorsi di inserimento sia scolastico sia nella società.

35

Gli esempi riportati sono chiarificatori di come le traiettorie individuali pesino sull'evoluzione delle società, laddove i percorsi di globalizzazione hanno enormemente ampliato i fenomeni di azione e reazione dell'agire umano e di cui i *policy makers* dovrebbero maggiormente tener conto.

Un altro aspetto da non sottovalutare, proprio per il peso che ha su entrambi i versanti della migrazione, è quello delle rimesse che intervengono tanto nel mantenimento dei flussi migratori quanto nella loro creazione, così come nella realizzazione del progetto migratorio. Le rimesse contribuiscono, indubbiamente, al benessere delle famiglie nei Paesi di origine e sono in grado di rispondere ad alcuni bisogni, non esclusivamente primari, che altrimenti non verrebbero soddisfatti. Si tratta di trasferimenti di denaro che, avvenendo in maniera individuale o attraverso agenzie non controllate dai governi centrali, non sono intercettabili da sistemi di tassazione strangolanti e non rientrano solitamente nei circuiti immediati della corruzione. Ancora più importanti sono le forme di rimesse sociali che agiscono a livello delle collettività e sono molto spesso organizzate da intere comunità di migranti che, in questo modo, avviano dei processi virtuosi che portano alla creazione di scuole, ospedali o altre strutture come pure a delle vere e

proprie attività produttive, legate per esempio all'industria del turismo o all'agricoltura.

D'altro canto però, gli effetti positivi che le rimesse hanno nei Paesi di origine possono essere facilmente vanificati dallo sperpero che esse ingenerano quando incoraggiano l'acquisto di beni di lusso nei Paesi di emigrazione come l'allargamento spropositato delle case, l'acquisto di auto costose o altri averi non necessari piuttosto che dare avvio a investimenti che darebbero una spinta reale all'economia. Questo comporta, da una parte, una perdita di potenzialità e di potere economico delle stesse e, dall'altra, un aumento di quella che è definita "deprivazione relativa". Questo termine indica la percezione di uno stato di mancanza rispetto a quanto è avvertito succeda all'interno delle altre famiglie, che ricevono un sussidio dai componenti migranti, e si traduce in una forma di insoddisfazione molto spesso culminante nella scelta migratoria. A ciò si unisca come il clima di attesa nei confronti delle rimesse abbia un effetto del tutto paralizzante tra gli altri componenti della famiglia che fanno affidamento unico su questa forma di appannaggio. Solitamente il risultato è un'ulteriore spinta alla migrazione degli altri membri della collettività nel convincimento di arrivare ad uno *status* di maggior benessere che si traduce in una diffusa *cultura della migrazione* in cui i più giovani vivono in una sorta di limbo aspettando il momento di partire che li allontana dall'intraprendere iniziative emancipatorie nel Paese di origine.

Ma il tema delle rimesse deve anche essere considerato dal punto di vista di chi, raggiunto il Paese di destinazione, si trova schiacciato da una serie di obblighi morali e materiali che pesano enormemente sulle scelte occupazionali e che frenano anche la possibilità di trovare delle soluzioni migliori che però richiederebbero tempo di realizzazione e capitale iniziale. Si tratta quindi di una forma di legame, che difficilmente si può recidere, ma che imbriglia nelle scelte e soprattutto nelle decisioni di tornare indietro.

È quest'ultima una scelta molto difficile, il fallimento del progetto migratorio implica non soltanto l'accettazione di un fallimento personale ma anche la denuncia di un cattivo investimento familiare e, in molti casi, si accompagna ad una mancata ri-accettazione da parte del gruppo di partenza. Per tale sottovalutata ragione, il viaggio migratorio sovente non termina mai. Inoltre, alla domanda: "Ma lei pensa di tornare al suo Paese quando sarà vecchio?", la risposta è molto spesso: "Sì vorrei tanto, ma i miei figli sono italiani"... e la doppia appartenenza diventa tripla.

Bibliografia

Blangiardo G.C. *L'immigrazione straniera in Lombardia. La decima indagine regionale*. Rapporto 2010. Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità, 2011

Caritas. *Dossier Statistico Immigrazione, 21° Rapporto*. Edizioni Idos, Roma, 2011

Castle S., Miller M. *The age of migration: population movements in the modern world*, Guilford Press. NY, 2009, IV edizione

Cesareo V. *Quale integrazione?* In: Cesareo V., Blangiardo G.C. (A cura di). *Indici di integrazione. Un'indagine empirica sulla realtà migratoria italiana.* Franco Angeli, Milano, 2009

Massey D.S., Arango J., Hugo G., Kouaouci A., Pellegrino A., Taylor J.E. *Worlds in motion: understanding international migration at the end of the millennium.* Oxford University Press, Oxford, 1998

Molho I. *Theories of migration: a review.* Scottish Journal of Political Economy 1986, 33:396-419

Samers M. *Migration.* Routledge, London and New York, 2010

Samers M. *The "underground economy", immigration and economic development in the European Union: an agnostic-skeptic perspective.* International Journal of Economic development, 2005, 6, 3: 199-272

Sayad A. *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato.* Cortina, Milano, 2002

Stark O. *The migration of Labor.* Blackwell. Oxford, 1991

Wilson J.H., Habecker S. *The lure of the capital city: an anthro-geographical analysis of recent African immigration to Washington, DC.* Population, space and place, 2008,14:433-44

Zanfrini L. *Il lavoro.* In: Fondazione Ismu, XVI Rapporto sulle migrazioni 2010. Franco Angeli, Milano, 2010

Zanfrini L. *Sociologia delle migrazioni.* Ed. Laterza, Roma-Bari, 2007



Il farmacista, Pietro Longhi, 1702-1785

IL DIRITTO ALLA SALUTE E LA NORMATIVA SANITARIA NAZIONALE ED EUROPEA IN TEMA DI ASSISTENZA SANITARIA AL MIGRANTE

Pierfranco Olivani

Premessa

Nell'accezione comune il diritto alla salute per tutti viene considerato ormai acquisito. Come è scritto nell'art. 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (10 dicembre 1948): *“Tutte le persone hanno diritto a un livello di vita sufficiente a garantire la propria salute, il proprio benessere e quello della propria famiglia, soprattutto per quanto concerne l'alimentazione, il vestiario, l'alloggio, le cure mediche, ed i servizi sociali inerenti...”*. La Dichiarazione Universale è però solo una dichiarazione di intenti e anche i successivi Patti Internazionali del 1966 sono sì vincolanti, ma non sanzionabili, quindi, applicati solo parzialmente.

39

Il diritto alla salute nel mondo resta in realtà, ancora oggi, privilegio di minoranze più civili e, anche all'interno di queste, possono rimanere escluse le categorie più disagiate. Afferma Gavino Maciocco che a parte qualche “isola felice”, che quantitativamente non supera i 500 milioni di persone su 7 miliardi di esseri umani (ovvero meno del 10%) e che dispone di sistemi sanitari nazionali, l'attuale situazione di equità e di fruibilità delle cure sanitarie è paragonabile a quella della rivoluzione industriale: come allora la maggior parte della popolazione è esclusa dall'accesso alle cure mediche, salvo pagamento diretto...

Dagli anni 80, in Italia, si è progressivamente affermato per tutti il diritto alla salute; diritto inizialmente esteso solo ai cittadini. Attualmente, con la nuova legge sull'immigrazione (d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 [Turco-Napolitano]), il relativo regolamento di attuazione (d.p.r. 31 agosto 1999, n. 394) e la successiva circolare ministeriale 24 marzo 2000, n. 5, il diritto alla salute è diventato diritto di tutti gli individui presenti sul territorio, cittadini ed immigrati, anche se irregolari. La l. 30 luglio 2002, n. 189, [Bossi-Fini] “modifica della normativa in tema di immigrazione...” lascia invariati gli articoli sanitari del D.lgs. 286, mentre il relativo regolamento di attuazione (d.p.r. 18 ottobre 2004, n. 344, “regolamento recante modifiche al d.p.r. 31 agosto 1999,

n. 394 in materia di immigrazione”), prevede, per quanto concerne gli articoli sanitari, solo variazioni semantiche o del tutto marginali. Anche la recente l. 15 luglio 2009, n. 94 [pacchetto sicurezza], non avendo abolito il comma 5 dell’articolo 35 del d.lgs. 286/98, non modifica la normativa precedente in merito alla salute.

Con tali leggi l’Italia è stata, nel 1998, la prima nazione al mondo ad affermare il diritto alla salute per tutti. Tuttora tale normativa è la più completa.

Storia dell’affermazione del diritto alla salute

Le prime affermazioni del diritto alla salute, nella storia dell’uomo, risalgono alla civiltà sumera: Azu, signore di Uruk, nel 2700 a.C. ordinava che le cure mediche fossero date a tutti gli individui, indipendentemente dalle condizioni sociali. Pochi anni più tardi, nel 2650 a.C., in Egitto, Imhotep, medico e architetto del faraone Zooser (terza dinastia, Regno antico), emanava disposizioni affinché le cure mediche fossero estese a tutti i sudditi, anche agli schiavi. Nel mondo romano, traumi e ferite venivano curati a tutti e vi erano centri appositi (i valetudinari, una sorta di ospedali) per i casi più complessi. All’epoca dell’impero esisteva già una medicina pubblica, con medici dipendenti pubblici e delle mutue che assicuravano per le malattie. Nel mondo medioevale e nei primi secoli dell’era moderna il pur primordiale concetto di diritto alla salute decade: la salute dei più poveri resta affidata unicamente alle sporadiche iniziative delle associazioni di carità, quasi sempre di ispirazione religiosa.

40

Il concetto moderno dei *Diritti Umani* nasce in Inghilterra alla fine del 1600. Qui la tendenza dei movimenti borghesi e popolari ad opporsi all’assolutismo del re si realizza nella “gloriosa rivoluzione di Cromwell” che pone i presupposti al “*Bill of rights*” del 1689 che, da un lato, difende i diritti del Parlamento limitando i poteri della Corona e, dall’altro, sviluppa i diritti popolari nei confronti del re (libertà di elezioni e di parola, di religione, di stampa, diritto di petizione, sorveglianza sulle imposizioni fiscali).

Un altro importante contributo speculativo a questi nuovi orientamenti deriva dal *pensiero liberale* di John Locke (1637-1704). Egli afferma che la libertà è un diritto naturale e sposta l’attenzione sull’individuo, del quale esalta la “libertà di fare”, cui riconosce come unico limite la libertà dell’altro. Principi cardini del liberalismo sono il diritto alla vita, alla libertà e agli averi.

L’illuminismo francese riprenderà e svilupperà il principio dei Diritti Umani (Dichiarazione dei Diritti dell’uomo e del cittadino, 1789).

Per quanto concerne il *Diritto alla salute*, bisogna arrivare al 1848 perché in Inghilterra, a seguito del *Public Health Act*, si concretizzano le prime forme di sanità pubblica (istituzione dell’Ufficiale sanitario); ma è nel 1887 che Bismark, in Germania, istituisce le prime Assicurazioni Sociali Obbligatorie per gli operai dell’industria (malattia, infortunio ed invalidità), finanziate per 1/3 dall’impresa e per i 2/3 dal lavoratore; nel 1895 metà della forza-lavoro tedesca risulta coperta dall’assicurazione. Dagli operai, il sistema delle Assicurazioni Sociali Obbligatorie (precursori delle attuali casse mutue) si estende ai famigliari, poi via via alle altre categorie di lavoratori,

fino a coprire, quasi per intero, tutta la popolazione; l'esempio tedesco si diffonde in Europa. Nel 1948 nasce il *National Health Service* inglese (ideato da W. Beveridge): si tratta del primo sistema sanitario finanziato non più dai contributi obbligatori di lavoratori e imprese, ma direttamente dall'erario ed esteso indistintamente a tutti i cittadini, indipendentemente dalla contribuzione e dal reddito. Molte nazioni seguiranno il sistema inglese, abbandonando il sistema bismarkiano delle "casse mutue" (peraltro tuttora in vigore in diverse nazioni europee ed extraeuropee). Nel 1948 viene sottoscritta la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e viene fondata l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nelle nazioni del blocco sovietico vigeva da tempo l'assistenza sanitaria a totale carico dello stato (sistema Semashko).

Negli anni 1963-64 nasce, negli Stati Uniti, un sistema di assistenza sanitaria rivolto alle persone con più di 65 anni (Medicare) e uno rivolto agli indigenti (Medicaid), ma soprattutto il secondo, non è a copertura universale e lascia esclusi decine di milioni di cittadini poveri.

Dagli anni '60 al 1978 si ha dunque una progressiva diffusione dei Sistemi Sanitari Nazionali, sia nelle "Nazioni occidentali", sia nei Paesi in via di sviluppo (viene adottato il modello Beveridge). Nel 1978 l'OMS organizza ad Alma Ata (Kazakistan), la Conferenza mondiale durante la quale si elaborano 2 progetti ambiziosi:

- "Salute per tutti nel 2000";
- "Primary health care" (salute intesa non solo come cura, ma come risultato di un benessere multifattoriale che comprende igiene, alimentazione, alloggio, ecc.).

41

I progetti si rivelano troppo costosi e falliscono.

Negli anni seguenti la congiuntura mondiale peggiora (nel 1979 si registra la seconda crisi petrolifera mondiale causata dalla rivoluzione iraniana), mentre maturano profondi cambiamenti di orientamento politico nei governi americano (Regan 1980) e inglese (Thatcher 1979); l'OMS perde prestigio e competenze a favore della Banca mondiale e del Fondo monetario internazionale, che affrontano anche le problematiche sanitarie da un punto di vista economico. La visione della salute (dati gli alti costi) passa così da diritto a bene di consumo; nei Paesi in via di sviluppo (PVS) all'assistenza sanitaria nazionale, peraltro appena abbozzata, subentra l'assistenza solo dietro pagamento diretto o tramite assicurazioni private.

Alain Einthoven (G.B.) nel 1987, per aumentare l'efficienza e ridurre i costi dei SSN occidentali, propone dei correttivi che verranno attuati nella gran parte dei Paesi:

- quota di sanità privata accanto a quella pubblica;
- miglioramento del management;
- decentramento;
- quote di partecipazione alla spesa;
- rapporto gerarchico committente-produttori. Il committente (la ASL,

solo amministrativa) affida ai produttori (gli Ospedali pubblici e privati, in concorrenza fra loro) tutti gli aspetti operativi.

Per i PVS le modifiche proposte erano solo:

- miglioramento del management;
- privatizzazione dei SSN che intervengono solo a pagamento diretto o tramite assicurazioni private.

Negli anni novanta si affermano le teorie neoconservatoristiche: “Salute, a chi non può pagarsela, non per diritto né per solidarietà, ma per pietà” (G. Bush).

Negli ultimi anni infine, alcuni grandi progetti della W.T.O. (*World Trade Organisation*) rischiano di compromettere, anche nei Paesi dell’occidente, il principio dell’assistenza sanitaria estesa a tutti. Il progetto GATS (*General agreement trade in service* - Libero mercato anche nei servizi), prevede che, in nome della libera concorrenza, gli Stati non possano più garantire la gratuità dei servizi sanitari. Il progetto TRIPS (*Trade related aspects of intellectual property rights* - diritto di brevetto esteso anche ai farmaci), impone prezzi decisamente più elevati rispetto ai costi di produzione di certi farmaci, rendendoli non acquistabili nei PVS.

Alla fine del Novecento si era pensato di risolvere il problema dei costi della sanità, senza sacrificare l’equità e la libertà di scelta del cittadino, introducendo delle priorità fra i servizi da fornire, ma anche questi tentativi sono stati abbandonati; ci si è resi conto che erano forieri di inequità. Ci si sta ora orientando sul miglioramento dei criteri di “appropriatezza” e di costo/efficacia nell’uso delle risorse nell’ambito dei singoli processi assistenziali.

42

Storia della legislazione sanitaria italiana

Il diritto alla salute per tutti (non solo per i cittadini) è già delineato nell’articolo 32 della Costituzione Italiana (1 gennaio 1948), che afferma: “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività...*”.

L’attuazione di tale principio inizia nel 1978-1980 con l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, sull’esempio inglese: *sistema sanitario modello Beveridge*, 1948 (l. 23 dicembre 1978, n. 833 e l. 29 febbraio 1980, n. 33); da quel momento l’assistenza sanitaria è diventata un diritto di tutti i cittadini italiani.

In realtà, già dal 1889 (Legge Crispi-Pagliani), era in vigore anche in Italia un primo sistema di assistenza sanitaria statale per i più poveri, tramite il medico condotto (in Inghilterra, come si è detto, già dal 1848, a seguito dell’approvazione del Public Health Act, era comparsa questa figura).

Successivamente, nel 1898, furono emanate, in Italia, le prime leggi che prevedevano l’assicurazione obbligatoria per gli operai e nasceva altresì la Cassa Nazionale di Previdenza per Invalidità e Vecchiaia. Il sistema delle assicurazioni sociali obbligatorie (le “mutue”), istituito in Germania da Bismark nel 1887 (*sistema sanitario modello Bismark*), iniziò però ad essere applicato in modo sistematico in Italia solo nel 1922 (INADEL) e durò fino al 1978, quando fu sostituito con il Servizio Sanitario Nazionale (*modello Beveridge*).

A metà degli anni '70, cessata in Italia l'emigrazione, inizia il periodo della grande immigrazione e si prospetta anche il problema dell'assistenza sanitaria agli immigrati regolari ed irregolari.

Una serie di Leggi, di Decreti e di Circolari Ministeriali pone progressivamente le basi per il riconoscimento di questo diritto, dapprima per gli immigrati regolari (l. 30 dicembre 1986, n. 943), successivamente anche per gli irregolari (d.l. 18 novembre 1995, n. 489). Le disposizioni risultano però incomplete e la loro applicazione, da parte delle ASL, scarsa ed arbitraria.

Attuale normativa italiana

Come abbiamo già accennato, attualmente l'assistenza sanitaria per gli **immigrati extracomunitari** in Italia è regolata da:

- una legge (d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286), Testo Unico, in cui confluisce la legge 6 marzo 1998, n. 40 (articoli 34, 35 e 36);
- un regolamento di attuazione (d.p.r. 31 agosto 1999, n. 394): articoli 42, 43 e 44;
- una circolare ministeriale (24 marzo 2000, n. 5);
- un recente decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 17 marzo 2008, 8.27, allegato 12.

Per gli **immigrati comunitari** vige invece:

- la legge, d.lgs. 3 febbraio 2007, n. 30, di recepimento della direttiva comunitaria 38/2004 CE, sul diritto di libera circolazione e di soggiorno dei cittadini U.E.;
- la nota informativa del Ministero della Salute 3 agosto 2007;
- la nota informativa del Ministero della Salute 19 febbraio 2008.

Vediamo dapprima la legislazione per gli extracomunitari, prendendo in considerazione i tratti più salienti dei diversi articoli e esaminando inizialmente l'articolo 34 del d.lgs. 286, l'articolo 42 del d.p.r. 394 e la prima parte della circolare 5/00: in questi tre testi si fa riferimento a stranieri regolari iscritti o iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale. Questa categoria di stranieri ha diritto a tutte le prestazioni sanitarie cui ha diritto il cittadino italiano e a pari condizioni.

Viene dapprima fatto un elenco di tipologie di soggetti con l'obbligo di iscrizione al SSN, si specifica che l'assistenza è estesa ai familiari. Per lo straniero regolare, che non rientra in tali elenchi, è prevista un'iscrizione a pagamento al SSN o un'assicurazione equivalente. Coloro che sono in Italia alla pari, o per motivi di studio, pagheranno quote ridotte. Per l'iscrizione non è più necessario il requisito della residenza, né dell'effettiva dimora, basta il luogo indicato sul permesso di soggiorno; la durata non è più annuale, ma è analoga a quella del permesso; per coloro che hanno fatto domanda di asilo politico, durerà fino alla fine dell'iter (compreso l'eventuale ricorso).

L'iscrizione al SSN ha solo valore ricognitivo, non costitutivo del diritto; il diritto insorge con il semplice verificarsi dei requisiti: la prestazione va dunque erogata comunque, anche se il soggetto non ha espletato le pratiche necessarie. I detenuti sono tutti iscrivibili al SSN, come i familiari degli

stranieri presenti alla pari o per motivi di studio; in questo ultimo caso però la quota non è più ridotta.

Tab. 1. Testi di legge riassunti

D.lgs. n. 286 , 25 luglio 1998, art. 34

1. Obbligo di iscrizione a SSN (a parità del cittadino italiano) per stranieri regolari: lavoratori dipendenti o autonomi o iscritti alle liste di collocamento; o con permesso di soggiorno per motivi familiari, asilo politico, asilo umanitario, richiesta di asilo, attesa adozione, affido, acquisto di cittadinanza.
2. Assistenza sanitaria anche per familiari a carico regolarmente soggiornanti e per i figli fin dalla nascita.
3. Lo straniero che non rientra nei commi 1 e 2 deve stipulare assicurazione privata per malattia o iscriversi a sue spese al SSN.
- 4, 5, 6. Iscrizione volontaria a SSN, a contributo ridotto, per stranieri studenti e collocati alla pari.
7. L'iscrizione al SSN avviene presso la USL del comune di dimora.

D.lgs. n. 286 , 25 luglio 1998, art. 34

**REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE
(del D.lgs 286/98) d.P.R. n. 394, 31 agosto 1999 art. 421**

2. ...Iscrizione al SSN nel territorio in cui ha residenza ovvero effettiva dimora...[o] quello indicato nel permesso di soggiorno...sono assicurate anche l'assistenza riabilitativa e protesica.
2. ...l'iscrizione alla USL è valida per tutta la durata del permesso di soggiorno.
3. Per il lavoratore straniero stagionale l'iscrizione è effettuata per tutta la durata dell'attività... presso l'USL del comune indicato... [sul] permesso di soggiorno.

**CIRCOLARE MINISTERIALE n. 5, 24 marzo 2000
(art. 34 D.lgs. 286/98 e art. 42 d.P.R. 394/99)**

- Il soggetto che abbia fatto domanda di asilo politico è iscrivibile al SSN fino alla conclusione dell'iter; risulta altresì esonerato dal ticket.
- L'iscrizione al SSN ha solo un valore ricognitivo, non costitutivo del diritto all'assistenza sanitaria: il diritto cioè insorge con il semplice verificarsi dei requisiti (le prestazioni sanitarie devono essere erogate comunque).
- Possibilità di iscrizione al SSN ed esonero dal ticket per tutti i detenuti stranieri, anche con forme alternative di pena.
- Possibilità di iscrizione al SSN per i familiari degli stranieri studenti o delle persone alla pari.

Vediamo ora quanto affermato nell'articolo 35 del d.lgs. 286, nell'articolo 43 del d.p.r. 394 e nella seconda parte della circolare 5/00. In queste disposizioni legislative si fa riferimento a:

- stranieri regolari non iscrivibili al SSN come possono essere i turisti (per loro è previsto il diritto alla prestazione, ma l'obbligo della solvenza);
- stranieri irregolarmente presenti (definiti STP, stranieri temporaneamente presenti).

Tab. 2. Testi di legge riassunti

D.lgs. n. 286, 25 luglio 1998, art. 35

3. a) Cure urgenti o comunque essenziali¹ ancorchè continuative² per malattia ed infortunio
- b) Gravidanza responsabile e maternità
- c) Assistenza sanitaria a minori e anziani
- d) Medicina preventiva
- e) Malattie infettive
4. Gratuità delle suddette prestazioni per gli stranieri privi di risorse economiche sufficienti (salvo quote di partecipazione come per gli Italiani)
5. Nessun tipo di segnalazione (salvo il referto ove previsto per gli Italiani)
6. Finanziamento di a: Ministero Interno; per b,c,d,e: Ministero Sanità.

45

REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE (del D.lgs. 286/98) d.P.R. n.394, 31 agosto 1999 art.43

3. ...utilizzando un codice regionale a sigla S.T.P.
4. Gli oneri per le prestazioni sanitarie ...erogate ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti... sono a carico della USL competente... (...comprese le quote di partecipazione alla spesa, eventualmente non versate...) ...Lo stato di indigenza può essere attestato tramite un'autocertificazione...
- 5 La comunicazione al Ministero dell'Interno è effettuata in forma anonima, mediante il codice regionale S.T.P³ ...
- 8 Le Regioni individuano le modalità per garantire che le cure essenziali e continuative ...possano essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera...

¹ “Si definiscono **essenziali** quelle patologie non pericolose nell'immediato o nel breve, ma che nel tempo possono determinare maggiori danni alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni, aggravamenti).”

² Il principio della **continuità** della cura essenziale va inteso “nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso”.

³ La comunicazione conterrà unicamente il codice STP, la diagnosi, il tipo di prestazione, il costo della prestazione e la dichiarazione di urgenza o di essenzialità.

CIRCOLARE MINISTERIALE n. 5, 24 marzo 2000
(art. 35 d.lgs. 286/98 e art. 43 d.P.R. 394/99)

- Per i soggetti con dipendenze da stupefacenti, psicofarmaci o alcol possibilità di trattamenti di dissuefazione, anche presso comunità di recupero.
- Fruibilità di prestazioni di medicina riabilitativa.
- Impegno, per le Regioni, per l'apertura o l'istituzione di ambulatori atti a fornire le prestazioni essenziali (1° livello).
- Accesso diretto, senza appuntamento né impegnativa, per le prestazioni di medicina essenziale.
- Modulo per la dichiarazione d'indigenza.

Per gli stranieri non in regola con le norme dell'ingresso e del soggiorno la legge prevede:

- possibilità di accesso alle cure urgenti o a quelle essenziali e continuità della cura se necessario;
- particolare tutela sanitaria della gravidanza e della maternità;
- assistenza agevolata per i minori, gli anziani e i portatori di patologie infettive e croniche;
- prestazioni di medicina preventiva;
- gratuità delle suddette prestazioni, solo per gli stranieri che si dichiarano indigenti, tramite autocertificazione; il recente Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (17 marzo 2008) ha soppresso il ticket precedentemente in vigore per questa categoria di immigrati;
- nessun tipo di segnalazione all'autorità di polizia, salvo il referto, se previsto per il cittadino italiano;
- il codice di procedura non sarà, come per l'italiano, il numero di iscrizione al SSN, ma un codice apposito, detto STP, legato alla singola prestazione; la notifica della prestazione, per i rimborsi, sarà anonima, identificata solo dal codice STP;
- le Regioni dovranno fornire le prestazioni di medicina di base (medicina essenziale), organizzandole come preferiscono (tramite ambulatori mirati, medicina del territorio, convenzioni o altro ancora) e permettendo l'accesso diretto, senza appuntamento né impegnativa;
- per i soggetti tossicodipendenti sono accessibili le cure opportune anche presso centri di recupero;
- possibilità di fruire di prestazioni di medicina riabilitativa.

Il risultato complessivo di queste norme è riassunto in fig.1

Fig.1.



L'articolo 36 del D.lgs. 286 e l'articolo 44 del d.p.r. 396 trattano delle disposizioni sanitarie in tema di "ingresso e soggiorno per cure mediche": lo straniero, dall'estero, sceglie una struttura ospedaliera italiana ove farsi curare, come solvente, o su invito di un'istituzione previo accordi e versamento di un acconto, se solvente.

47

Per quanto concerne gli immigrati comunitari, è attualmente valida la nota informativa del Ministero della sanità del 19 febbraio 2008, che riepiloga i requisiti richiesti ai cittadini comunitari lungosoggiornanti per l'ottenimento dell'*iscrizione anagrafica* e fissa le condizioni necessarie per l'accesso alle prestazioni sanitarie. Tale nota distingue, anzitutto, fra periodi di soggiorno inferiore e superiore ai tre mesi:

- periodo di soggiorno non superiore a tre mesi. L'eventuale accesso alle prestazioni sanitarie avviene dietro esibizione della tessera europea di assicurazione malattia (TEAM), rilasciata dallo Stato di origine; tale tessera garantisce solo l'accesso a cure urgenti o indifferibili.
- Periodo di soggiorno superiore a tre mesi. Vi è l'obbligo di richiedere l'iscrizione anagrafica⁴ al comune di riferimento; tale iscrizione darà accesso a una serie di diritti garantiti ai cittadini dello Stato ospitante, tra cui l'assistenza sanitaria a condizioni paritetiche.

⁴ Nello specifico l'iscrizione anagrafica è consentita se il cittadino comunitario rientra in uno dei seguenti gruppi:

- sia lavoratore subordinato o autonomo nello Stato ospite;
- sia familiare che accompagna o raggiunge un cittadino UE che ha diritto a soggiornare;
- disponga di risorse economiche sufficienti e di un'assicurazione sanitaria privata o altro titolo idoneo;
- sia iscritto presso un Istituto pubblico o privato riconosciuto per un corso di studi o di formazione professionale e sia titolare di un'assicurazione sanitaria privata o altro titolo idoneo.

Il cittadino comunitario potrà quindi accedere alle prestazioni sanitarie in Italia, partendo da tre differenti situazioni, tramite:

- 1) il possesso di un'iscrizione obbligatoria al SSN (sarà obbligatoriamente iscritto al SSN se è lavoratore subordinato o autonomo nello Stato, è familiare, anche se non cittadino dell'Unione, di lavoratore subordinato o autonomo nello Stato, è familiare di cittadino italiano, è in possesso di un'attestazione di soggiorno permanente maturata dopo almeno 5 anni di soggiorno in Italia, è disoccupato iscritto nelle liste di collocamento o iscritto a un corso di formazione professionale, è titolare di specifici formulari comunitari quali E106, E109 o E 37, E120, E121 o E33).
- 2) Il possesso di un'assicurazione privata o di altro titolo idoneo (e dei requisiti per l'iscrizione anagrafica, cioè se in possesso di "risorse economiche sufficienti o di iscrizione a corsi di studio").
- 3) Procedure particolari per i non iscrivibili né all'anagrafe né al SSN. Si tratta, nella fattispecie, di immigrati neocomunitari (Rumeni, Bulgari, Polacchi), provenienti da Stati ove l'assistenza sanitaria non è ancora estesa a tutti i cittadini in egual misura. Ciò comporta che lo Stato di origine non accetti di assumersi l'onere del rimborso per prestazioni fruite all'estero da determinate categorie di suoi cittadini che non reputa di assistere neppure sul suo territorio. In questo caso la nota informativa del 19 febbraio 2008 chiarisce che "*i cittadini comunitari hanno comunque diritto alle prestazioni indifferibili e urgenti*" e che "*dovrà essere tenuta da parte delle ASL una contabilità separata*" per tentare eventuali azioni di recupero e/o negoziazione nei confronti degli Stati competenti. Di fatto questi stranieri hanno diritto al tipo di cure previsto per gli STP, con gli oneri relativi, cioè con i ticket, a parità di condizioni con i cittadini italiani e con gli immigrati regolari.

48

Nel giugno 2011 il Tavolo interregionale "Immigrati e servizi sanitari", nell'ambito della commissione Stato-Regioni, ha elaborato un documento, sottoscritto dai rappresentanti del Ministero e degli Assessorati sanitari, che uniforma in senso migliorativo, l'assistenza prevista dai diversi SSR. Fra i punti più qualificanti si trovano:

- la sospensione delle misure di allontanamento nei confronti di un immigrato irregolare, qualora risulti colpito da patologia grave (questo principio è già da tempo in vigore nella legislazione francese, mentre, in Italia, compare solo in alcune sentenze della Corte Costituzionale);
- l'iscrizione al SSN per i minori e le gravide (fino a 1 anno dopo il parto), pur se irregolari;
- per i neocomunitari non assistibili dai SSR utilizzo del codice ENI, uguale per tutte le regioni.

La legislazione nazionale descritta non ha trovato piena applicazione in tutto il territorio italiano: in qualche ambito regionale si sono registrati degli ostacoli legati a scelte compiute dalle diverse Regioni con conseguente difformità di presa in carico del soggetto extracomunitario irregolare.

Situazione attuale del diritto alla salute nel mondo

Di seguito, vedremo schematicamente, in sequenza decrescente, la situazione in diverse nazioni, in base all'effettiva estensione del diritto alla salute a tutti gli individui comunque presenti sul territorio: cittadini, immigrati regolari e irregolari.

Francia, Belgio, Olanda, Spagna e Portogallo

Questi Paesi, assieme all'Italia, sono gli Stati nei quali il diritto alla salute è meglio affermato.

La Francia conserva un metodo di assistenza sanitaria particolare, basato su un sistema di assicurazioni obbligatorie (modello bismarchiano: mutue). Il 1° gennaio 2001 è stata istituita la A.M.E. (*Aide Medical de l'Etat*) per i "sans papier" che fornisce assistenza sanitaria presso gli ospedali pubblici; dopo 3 anni di permanenza in Francia, gli irregolari possono fruire anche della normale assistenza extraospedaliera (*les soins de ville*). Fino al dicembre 2002 era prevista la gratuità per le cure degli irregolari; ora, per gli irregolari che sono presenti da meno di 3 mesi o che hanno un reddito superiore a 587 euro/mese è prevista la gratuità solo per le urgenze mentre per quelli presenti da più di 3 mesi e con un reddito inferiore ai 587 euro/mese tutte le cure sono gratuite, salvo quelle protesiche. Per dimostrare la presenza da più di 3 mesi e il reddito occorre superare una serie di incombenze amministrative abbastanza complesse.

In Belgio, che ha un'assistenza sanitaria su base mutualistica, con la legge del 12-12-96, è stato istituito l'A.M.U. (*Aid Médicale Urgente*), che garantisce assistenza sanitaria gratuita "per le urgenze" anche agli immigrati irregolari. Il concetto di "urgenza" è peraltro molto ampio, comprende "tutto ciò che è necessario", escluso protesi e certi farmaci. L'applicazione è ancora in parte discrezionale, occorre superare ostacoli burocratici (inchiesta sommaria dei servizi sociali riguardo a indirizzo e indigenza) e sanitari (certificato medico attestante l'urgenza). Le cure psichiatriche sono difficilmente ottenibili. Dal gennaio 2000, una legge temporanea ha previsto la possibilità di regolarizzazione per i malati gravi.

In Olanda l'assistenza sanitaria è su base mutualistica. Secondo recenti direttive ministeriali che modificano, in senso restrittivo, la legge sull'immigrazione del 1-7-1998, lo Stato fornisce assistenza gratuita solo per le "cure mediche necessarie" (termine ampio ma soggetto ad abusi interpretativi: vi sono comunque comprese le emergenze, la salvaguardia di "funzioni essenziali", le patologie contagiose, quali la TBC); a giudicare se le cure sono "necessarie" è il medico; inoltre deve sussistere la condizione di indigenza. La struttura sanitaria che fornisce la prestazione viene però disincentivata dal rimborso da parte dello Stato, che copre solo l'80%.

In Spagna (assistenza sanitaria fornita dal sistema sanitario nazionale), la L. del 23-1-2001 stabilisce che le cure devono essere gratuite. Ma, dal punto di vista amministrativo (salvo per urgenze, gravide e minori), occorre essere titolari di una "carta di salute" che si ottiene registrandosi in apposite liste comunali (dopo aver fornito documento di identità e indirizzo); inoltre, secondo la legge sugli stranieri del 22-12-03, la polizia può accedere a queste liste comunali. Ora, in alcune regioni, l'accesso è molto più semplificato e la carta di salute viene data a tutti senza difficoltà. I malati gravi possono chiedere un

permesso di soggiorno per motivi eccezionali, che viene però concesso tramite una procedura molto lunga.

In Portogallo (che possiede un sistema sanitario nazionale) per gli immigrati irregolari, nei primi 90 giorni dall'arrivo, è prevista un'assistenza solo per urgenze, gravidanza, minori e HIV e con un importante concorso alla spesa; successivamente può essere richiesta la "carta di salute provvisoria" che dà diritto a tutte le prestazioni a parità di costi con i cittadini.

Inghilterra

In questo stato, ove vige un sistema sanitario nazionale, la legge sull'asilo e l'immigrazione del 1999, rielaborata nel 2004, prevede il diritto all'assistenza sanitaria gratuita per gli immigrati irregolari, limitatamente a determinate prestazioni: urgenze, cure primarie, malattie contagiose (salvo HIV), planning familiare e per alcune patologie psichiatriche. Le altre prestazioni sanitarie (gravidanza, minori e HIV compresi) sono a totale pagamento e possono anche essere rifiutate se posticipabili. Un ulteriore ostacolo è rappresentato dalla facoltà dei medici di base di fornire o meno la prestazione all'immigrato irregolare: essi rappresentano, infatti, il tramite obbligato fra immigrato e Servizio Sanitario Nazionale. Due direttive del Ministero dell'Interno (BD13/95 e 24-4-2001) prevedono che, prima di decretare l'espulsione dei malati gravi, si debba tener conto delle circostanze compassionevoli.

50 *Ungheria*

In Ungheria sono gratuite solo le cure urgenti.

Svezia

In Svezia, ove vige un sistema sanitario nazionale, l'accesso alle prestazioni sanitarie è possibile, ma solo a totale pagamento.

Germania

In Germania, ove vige l'assistenza sanitaria su base mutualistica, la più recente legge sugli stranieri (29-10-97) e le ulteriori modifiche, prevedono, per gli irregolari, solo cure gratuite per emergenze, determinate malattie infettive (TBC), gravidanze e minori ma è specificato l'obbligo di denuncia. È concesso un permesso temporaneo di soggiorno per le gravide e i malati di gravi infezioni (AIDS) solo se hanno fatto domanda di sospensione delle procedure di espulsione. Recenti rare iniziative locali permettono di fornire determinate cure. Per i malati gravi l'espulsione o meno è tuttora arbitraria.

Austria e Danimarca

In queste nazioni non è previsto che lo Stato fornisca assistenza sanitaria neppure nei casi di urgenza. In Austria lo Stato cura solo i malati di TBC.

Le altre nazioni europee si trovano in situazioni quasi sempre peggiori rispetto ai modelli citati, così come alcuni grandi Stati extraeuropei, quali Giappone, Australia, Canada, nei quali l'assistenza sanitaria per i cittadini e gli immigrati regolari è garantita mentre per gli irregolari le garanzie sono ridotte o assenti.

Stati Uniti d'America

Qui, il diritto alla salute non sussiste nemmeno per tutte le categorie di cittadini: le cure sono a pagamento diretto o tramite varie forme di assicurazione; dal 1965 gli anziani (> 65 anni) fruiscono di un'assistenza gratuita statale (Medicare), così come i poveri (Medicaid). La copertura sanitaria di Medicaid non era estesa in modo uniforme: 42 milioni di cittadini americani indigenti ne erano esclusi. Nel 2010 è stata varata una nuova legge che, comunque, non riguarderà importanti fasce di immigrati (9 milioni circa).

America Latina, Cina, Africa

In questi Paesi l'assistenza sanitaria è per lo più solo a pagamento diretto per tutti, cittadini e stranieri.

Dai dati sulla diffusione del diritto alla salute nel mondo si può quindi dedurre che, sul piano teorico questo principio risulta facilmente condivisibile, rappresentando un elemento fondante della dignità umana, date anche le strettissime analogie con il diritto alla vita e, infatti, è stato ampiamente sottoscritto. Sul piano attuativo però il diritto alla salute risulta ancora oggi disatteso, perfino in occidente. Le nostre società europee, pressochè tutte di derivazione illuministica, condividono il concetto dei Diritti Universali e, accanto ai diritti civili e politici (espressione delle libertà del singolo, come il diritto alla vita, alla libertà, ecc.), affermano anche i diritti economici, sociali e culturali (educazione, salute, ecc.), peraltro di derivazione socialista. Inoltre la favorevole situazione economica generale del continente europeo permette di sostenere i costi per l'attuazione di tali diritti. Diverse sono le possibilità di condivisione dei Diritti Umani in generale e del diritto alla salute in particolare nel contesto extraeuropeo, per fattori sia filosofici, sia politici, religiosi ed economici. Anche là dove l'impostazione filosofica è simile a quella europea, le problematiche economiche (America centro-meridionale) o quelle politiche (neoliberismo e neoconservatorismo U.S.A.) si oppongono al realizzarsi del diritto alla salute. In altri Continenti (Asia ed Africa) il problema è anche di natura filosofica: è soprattutto la differente concezione dell'individuo rispetto alla società che rende difficile parlare di diritti umani quali sono intesi da noi. Oltre a ciò, in determinati Stati le credenze religiose possono creare contrasti con i principi di uguaglianza contenuti in tale diritto; questo comporta che l'adesione di questi Stati alla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani sia in realtà parziale o addirittura solo nominale. Inoltre, la difficile situazione economica, presente in gran parte di tali aree, contribuisce a rendere irrealizzabili molti di questi diritti.

Risulta quindi, come si è detto, relativamente facile e logico prevedere un diritto alla salute per tutti nell'Unione Europea, in quanto tale diritto è attualmente già presente in alcune nazioni, mentre nelle altre è comunque esteso al 99,5% della popolazione (ne sono esclusi solo gli immigrati irregolari); la relativa omogeneità dei principi culturali rappresenta un ulteriore elemento favorevole alla realizzazione di questo progetto. Un'iniziativa volta all'affermazione del diritto alla salute per tutti in Europa può inoltre far leva su altri argomenti, quali l'aspetto umanitario, il rispetto di un Diritto Umano Universale già sottoscritto nei Patti Internazionali dai singoli Stati, le gravi problematiche di salute pubblica che la sua negazione comporterebbe e i costi relativamente bassi e già in parte sostenuti.

Legislazione Europea⁵

L'Unione Europea ha finora prodotto, in tema di normativa sulla salute dei migranti da Paesi terzi, una documentazione scarsa e non conclusiva, limitandosi, quasi sempre, a raccomandazioni.

In generale, nei Paesi dell'Unione, le norme inerenti la salute degli immigrati regolari da Paesi terzi sono in analogia con quelle dei cittadini. Manca però una legislazione comunitaria in proposito e persiste altresì il problema dei Paesi neocomunitari ove il diritto alla salute non è ancora esteso nemmeno a tutti i cittadini.

Per poter meglio comprendere come possono essere affrontate, dal punto di vista normativo, le problematiche inerenti la salute dei migranti irregolari da Paesi terzi nell'Unione Europea, occorre premettere che questo argomento può rientrare sia nelle competenze del "primo pilastro" (salute pubblica) sia in quelle del "terzo pilastro" (immigrazione e asilo)⁶. Peraltro i presupposti per un intervento diretto dell'Unione Europea nell'argomento "salute dei migranti irregolari" sono tuttora lontani e legati probabilmente al preliminare riconoscimento di un nuovo insieme di diritti fondamentali dell'individuo.

Attualmente su queste tematiche abbiamo:

- l'art. 129 del Trattato Costitutivo dell'U.E. (Trattato di Maastricht del 1992) non modificato. All'art. 127 del Trattato di Lisbona del 2009, ora vigente, ribadisce la non competenza diretta della Comunità in tema di assistenza sanitaria che resta prerogativa dei singoli Stati membri. In base all'art 5 del TCE... *"nei settori che non sono di sua esclusiva competenza [come la sanità], la Comunità interviene, secondo il principio della sussidiarietà, soltanto se e nella misura in cui gli obiettivi dell'azione prevista non possono essere sufficientemente realizzati dagli Stati membri e possono dunque [...] essere realizzati meglio a livello comunitario..."*.
- L'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000-2007) il quale stabilisce che *"ogni individuo ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana"*. L'accento al concetto di individuo e non solo di cittadino, è ridimensionato dal successivo rinvio alle prassi nazionali.

52

⁵ Note demografiche (al 31-12-08, dati U.E.): Cittadini dell'Unione Europea 503.000.000; immigrati regolari 28.000.000 (6,1%); [50.000.000 se comprendiamo quelli che hanno ottenuto la cittadinanza]; i 2/3 degli immigrati sono extracomunitari. Immigrati irregolari: circa 2.800.000 - 6.500.000 (0,5% - 1,3%).

⁶ Le decisioni, in esame presso la Commissione o il Consiglio, per quanto attiene agli argomenti di competenza del primo pilastro - politica interna - e del terzo - giustizia libertà e sicurezza - vengono ora prese a maggioranza qualificata, mentre per il secondo - politica estera - occorre ancora l'unanimità. Con il Trattato di Lisbona, il Parlamento, sulle tematiche migratorie, viene chiamato in codicione, non più solo in consulto.

Per quanto concerne le iniziative legislative intraprese dall'Unione nell'ambito "immigrazione" (terzo pilastro), per i richiedenti asilo, il Consiglio ha promulgato, fra il 2001 e il 2005, quattro direttive (2001/55/CE, 2003/9/CE, 2004/83/CE, 2005/85/CE) e, nel 2008, un piano strategico (Com. (2008) 360 def.). La Direttiva più significativa (2003/9/CE, 27 gennaio 2003, "Norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo") prevede, all'art.15, che "i richiedenti asilo ricevano la necessaria assistenza sanitaria che comprenda, quanto meno, le prestazioni di pronto soccorso e il trattamento essenziale delle malattie, gratuitamente là dove non si disponga di mezzi sufficienti".

Recentemente sono state varate, da parte degli organi legislativi dell'Unione Europea, due importanti documenti che, pur se ancora privi di valore cogente, costituiscono valide basi giuridiche per future decisioni. All'elaborazione di tali documenti hanno dato un decisivo contributo le reti europee di volontariato socio-sanitario, cui Naga e SIMM fanno parte.

Nei primi mesi del 2010 è stata condotta un'azione di sensibilizzazione dei Ministeri della Salute dell'Unione che ha contribuito all'adozione, da parte del Consiglio dell'Unione (8 giugno 2010), di una Conclusione (*Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health*) volta a permettere che "i cittadini e tutti i bambini, i giovani e le gravide in particolare possano fare pieno uso del diritto all'accesso universale alle cure, incluso la promozione della salute e i servizi di prevenzione" (art. 48).

Infine l'8 marzo 2011 il Parlamento Europeo ha approvato la Risoluzione A7-0032/2011 "Riduzione delle disuguaglianze nella salute". Due sono i punti qualificanti di questa Risoluzione: "Il Parlamento europeo invita gli Stati membri ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario [punto 5]; e a garantire che tutte le donne in gravidanza e i bambini, indipendentemente dal loro status, abbiano diritto alla protezione sociale, quale definita nelle loro legislazioni nazionali, e di fatto la ricevano [punto 22]".



Donna con triktrak, Chou Fang, ca. 730 – ca. 800

RUOLO DEL VOLONTARIATO SOCIALE NELL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA AL MIGRANTE

Daniela Panizzut

In Italia esistono numerose associazioni di volontariato che hanno come scopo l'assistenza in ambito socio-sanitario per gli immigrati. Il tipo di azione, rispetto alle problematiche del migrante, varia da associazione ad associazione: ve ne sono alcune che tendono a fornire assistenza sanitaria, vicariando i deficit delle strutture pubbliche, altre che, accanto ad una risposta immediata ai bisogni sanitari, si pongono come obiettivo primario l'affermazione del diritto alla salute per i migranti che ne sono privi.

55

Il volontariato socio-sanitario, rivolto a quelli che un tempo erano i "pellegrini" e ai poveri in genere, ha in Italia radici antiche; le prime associazioni, le "Misericordie", nascono attorno al 1400, con uno spirito eminentemente assistenzialistico; accanto alle Misericordie operano istituzioni religiose legate a determinati ordini ecclesiastici. Il volontariato (in senso moderno), che sa prendersi cura del migrante e dei suoi diritti, si afferma più recentemente ed ha un forte incremento a partire dagli anni '60-'70.

Ai nostri giorni il volontariato socio-sanitario ha, nella gran parte, caratteristiche precise: non tende a riempire i vuoti delle istituzioni pubbliche, non si sostituisce a loro nell'erogare prestazioni, perché queste ultime sono un diritto del cittadino; compito del volontariato è quello di vigilare, stimolare, controllare che i servizi vengano erogati e che ciò venga fatto in modo valido. I volontari non devono essere utilizzati per ridurre i costi della sanità, il loro lavoro ha un valore economico, ma questo deve essere un "valore aggiunto" per migliorare i servizi, non per abbassarne i costi. Il volontariato in ambito sanitario agisce per affermare dei valori, per una maggior umanizzazione dei servizi, per rispondere ai bisogni emergenti, ai bisogni che non sono ancora presenti nella coscienza pubblica, nella normativa, nella destinazione delle risorse. Scopo del volontariato è, dunque, quello di stimolare le istituzioni a rispondere in modo adeguato ai bisogni dei cittadini, soprattutto dei più fragili, promuovendo l'attivazione di servizi e la formulazione di leggi, cioè diffondere la cultura della solidarietà, della giustizia e dei diritti umani.

Alla fine degli anni '80, nel nostro Paese iniziava in modo evidente il fenomeno migratorio, e l'Italia, da Paese di emigrazione, cominciava ad essere meta di immigrazione. L'arrivo degli "stranieri" poneva subito una serie di problemi sul piano della salute. Dal punto di vista sanitario l'Italia, con la legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, aveva sicuramente una normativa eccellente, basata su importanti concetti di universalità della cura (per tutti), della gratuità, dell'assistenza secondo il bisogno e del finanziamento, attraverso la contribuzione fiscale di tutti i cittadini. Quell'universalità riguardava, ovviamente, solo i cittadini italiani. Per quanto concerneva gli stranieri, l'accesso alle cure era del tutto problematico: per gli immigrati regolari esisteva, dal 1986, una normativa (L. 946/86) ma l'accesso era reso molto difficile da una serie di clausole burocratiche (es. la non obbligatorietà dell'iscrizione per i lavoratori autonomi, il requisito della residenza, l'obbligo del rinnovo annuale, ecc.); per quanto riguardava gli immigrati irregolari erano garantite unicamente le prestazioni d'urgenza (tramite pronto soccorso) che peraltro erano a pagamento. La normativa risultava comunque confusa e frammentaria e l'accesso alle cure complicato anche laddove era garantito; non vi erano risorse dedicate.

È in questo contesto che nascono le prime associazioni di volontariato per l'assistenza agli stranieri che, nei limiti delle loro possibilità e con poche risorse a disposizione, cercavano di fornire un minimo di cure. Il loro scopo era rispondere a dei bisogni emergenti di cui il pubblico e le istituzioni ancora non si erano rese conto o che preferivano ignorare. Nascono in varie città: l'ambulatorio Caritas a Roma, il Naga a Milano, S. Chiara a Palermo, e poi a Genova, Bologna, ecc.; si organizzano per garantire il diritto all'assistenza per tutti, in uno spirito di gratuità e di forte entusiasmo. Con molta difficoltà e con grande passione le associazioni iniziano anche a studiare il fenomeno migratorio, a conoscere questi "nuovi cittadini", mentre le istituzioni intervengono sulle emergenze o su problemi contingenti. Gli immigrati fanno paura, sono spesso percepiti come portatori di strane malattie esotiche o affetti da patologie per noi oramai rare.

Le associazioni iniziano a consolidarsi, a collegarsi fra loro, a scambiarsi idee, esperienze, competenze; si mettono in rete per promuovere il diritto alla salute per queste persone. È in questo contesto che, nel 1990, viene fondata la SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) con lo scopo di promuovere e coordinare le attività socio-sanitarie in favore di individui, gruppi e comunità con esperienza o storia di migrazione, promuovere e favorire attività di studio e ricerche nel campo della salute dei migranti, rifugiati e rom.

La SIMM intende costituire un "forum" per lo scambio, a livello nazionale e internazionale, di informazioni e metodologie di approccio alla persona immigrata, gestire attività formative nel campo della tutela e della promozione della salute dei migranti, promuovere l'impegno civile e costruire collaborazioni per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni. L'impegno del volontariato sta, dunque, cambiando: si acquisisce sempre più coscienza che non è sufficiente offrire servizi, ma che è importante promuovere il diritto alla salute "davvero per tutti", come enunciato dalla nostra Costituzione all'art 32, comma 1:

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



La rete si allarga sempre di più e iniziano i primi contatti con il mondo politico. Le associazioni riescono a portare il proprio bagaglio di conoscenze, di competenze specifiche, riescono a dimostrare credibilità e a formulare proposte concrete e sostenibili. Nel 1995 elaborano una proposta di legge che ottiene molti consensi da forze politiche diverse (60 Senatori e 140 Deputati la sottoscrivono); tale proposta viene depositata in Parlamento e viene anche presentata, da una rappresentanza delle associazioni, all'allora Ministro della Sanità Prof. Elio Guzzanti (luglio 1995). A novembre dello stesso anno, il Ministro ottiene che nel Decreto immigrazione sia incluso un articolo che estende l'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari (art. 13); il testo di tale articolo corrisponde a quello depositato in Parlamento. Per alcuni anni l'assistenza agli immigrati irregolari resta legata a questo articolo che, se da un lato enuncia importanti e innovativi principi, dall'altro dà adito a numerose discrezionalità di applicazione. È stata comunque una tappa molto importante in termini di affermazione di un principio ed è da questo momento che le associazioni iniziano a lavorare a stretto contatto con le istituzioni fino ad arrivare, nel luglio 1998, al D.lgs. 286/98 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero". Le istituzioni danno prova di stima e di capacità di ascolto riguardo alle istanze delle associazioni, sono disponibili, interessate, aprono canali ufficiali di lavoro; siamo nella fase in cui il volontariato porta conoscenze, competenze, stimola, suggerisce, collabora interagendo con le istituzioni. Si riesce così ad avere un'assistenza sanitaria

per i regolari a parità di condizioni con i cittadini italiani e viene esteso il diritto all'assistenza sanitaria anche a coloro che sono presenti in condizioni di clandestinità, garantendo, oltre alle prestazioni urgenti, anche quelle essenziali e continuative e i programmi di medicina preventiva.

Grazie alla lungimiranza del volontariato, viene introdotto, da parte delle strutture sanitarie, il divieto di segnalazione dell'immigrato irregolare che a loro si rivolge, proprio nell'ottica di non ostacolare in nessun modo l'accesso alle cure. Nasce una collaborazione continuativa con le istituzioni nazionali, tramite la Commissione Sanità e Immigrazione, istituita dal Ministero, che permetterà al volontariato di apportare un contributo significativo alla stesura dei successivi atti legislativi.



58

Nel frattempo altre problematiche vedono, in Italia, il forte impegno del volontariato: il problema dei neocomunitari, esclusi dall'assistenza sanitaria dalla vigente normativa e le discrepanze con cui la normativa nazionale viene applicata a livello regionale dopo il passaggio di competenza della

sanità dallo Stato alle Regioni. Si delinea l'esigenza di creare delle reti locali tra associazioni e strutture pubbliche per elaborare strategie comuni così da favorire l'accesso ai servizi, per poter essere maggiormente incisivi e creare ambiti locali di lavoro specifici: nascono così i GrIS (Gruppi Immigrazione Salute) come organi territoriali della SIMM. Essere GrIS, cioè far parte della rete, dà alle associazioni maggior forza per la contrattazione con le realtà locali; ma non è facile: ogni associazione deve lasciare indietro parte del proprio essere per costruire con le altre un progetto comune e, con concretezza, riuscire a elaborare proposte efficaci. Ne è esempio la recente campagna sul divieto di segnalazione, allorchè nel 2008 il Governo ha proposto la cancellazione del comma 5 dell'art. 35 (D.Lgs. 286/98), che trattava appunto di tale divieto. L'azione delle associazioni, riunite nei GrIS, coordinate da una rete nazionale, la SIMM, ha permesso di portare avanti un grande movimento di opinione. Si è riusciti ad essere strumento di informazione e di protesta efficace, in grado di svolgere una forte pressione sull'opinione pubblica e sul mondo politico che, alla fine, ha portato il Governo a tornare sui propri passi.

A conclusione di quanto esposto, quale è dunque il ruolo del volontariato nell'impegno per la salute del migrante? È stato, senza dubbio, un ruolo

determinante, e attualmente lo è ancora di più, proprio in questo momento dove sembra prevalere una cultura individualista, dove le persone più fragili vengono trascurate, o si cerca addirittura di allontanarle, in un momento in cui parlare di salvaguardia dei loro diritti riscuote uno scarso consenso. Le associazioni sono impegnate a far prevalere una società di tipo solidaristico, in cui le risorse dello Stato vengano viste come un patrimonio comune da condividere e dove il sistema di protezione sociale abbia la solidarietà e non l'esclusione come elemento essenziale. Questo impegno potrà produrre ottimi risultati, anche per le caratteristiche proprie del volontariato che sono:

- libertà di azione, libertà da interessi personali, economici e politici;
- entusiasmo che suscita fra le persone, valorizzando le iniziative personali e le capacità;
- competenze che i volontari si creano, grazie alla formazione e al lavoro sul campo e che danno credibilità nei confronti dell'opinione pubblica;
- gratuità delle prestazioni offerte.

Il volontariato ha dunque un grande valore, non solo per i servizi che riesce a rendere, ma per le motivazioni, gli ideali, la disponibilità, la solidarietà che promuove nel tessuto sociale; è così, come sostiene Don Nervo, che “la società può riossigenarsi alle radici”. Il volontariato non potrà mai risolvere il problema dei servizi, potrà però far crescere una società più equa e solidale.



Rami di fucsia, Egon Schiele, 1890-1918

LE STRATEGIE DI INTEGRAZIONE DEL MIGRANTE NEL SISTEMA SANITARIO

Carmelo Scarcella

I flussi migratori sono un fenomeno planetario che caratterizza la nostra epoca ed investe in diversa misura tutti i Paesi del mondo. La genesi, l'intensità e la direzione di tali flussi si modifica continuamente nel tempo in rapporto ai numerosi fattori causali, che sono strettamente connessi agli squilibri di natura economica, politica e demografica a livello mondiale. La complessità del fenomeno è dimostrata anche dal fatto che, ad oggi, come sottolineato nel rapporto del WHO *"Health of migrants – The way forward"* (2010), a livello internazionale non esiste una definizione condivisa del concetto di "migrante".

61

Storicamente, le migrazioni giocano un ruolo importante nel plasmare le società e nell'influenzare i cambiamenti demografici che in esse avvengono. Il processo di globalizzazione attualmente in atto, che ha stretti legami con i movimenti di persone e di merci, determina forti cambiamenti dalle implicazioni importanti a livello di sanità pubblica. La migrazione stessa dovrebbe essere vista come una delle componenti del processo di globalizzazione e il suo impatto sulla società dovrebbe essere interpretato come tale. Proprio per le importanti implicazioni che la migrazione, nei Paesi occidentali, riveste a livello di salute pubblica, con il forte legame tra salute dei migranti e quella di tutti i cittadini autoctoni, la Commissione Europea ha invitato gli Stati membri dell'Unione Europea (UE) ad implementare strategie di integrazione della salute dei migranti nelle politiche sanitarie nazionali, con particolare attenzione ai processi che facilitino l'accesso alle cure per i migranti stessi.

I Paesi di approdo dei migranti devono, di conseguenza, misurarsi continuamente con nuove problematiche e nuove opportunità legate alla graduale trasformazione della società in senso multietnico. Una delle sfide più importanti, e al tempo stesso più difficili per i moderni sistemi sanitari dei Paesi avanzati, è rappresentata proprio dalla modalità di integrazione dei migranti nel Sistema Sanitario del Paese ospitante.

In primo luogo, le strategie di inclusione del migrante in ambito sanitario non possono essere disgiunte dagli altri interventi di integrazione nel tessuto sociale e devono, da una parte, tenere conto dell'eterogeneità e vivacità dei flussi migratori e dei relativi fattori di rischio per la salute e, dall'altra, del contesto sociale, normativo ed economico locale e nazionale. Si tratta, quindi, di un processo complesso ed articolato, che necessita di precise politiche sanitarie e di un'attenta valutazione delle specificità della popolazione target, in un'ottica di progettualità graduale e consapevole, sia delle difficoltà sia delle potenzialità che tale processo offre all'intero Sistema Sanitario.

In secondo luogo, è evidente che lo stato di salute del migrante è il risultato dell'azione combinata di diversi fattori di rischio, alcuni dei quali precedono l'evento migratorio (fattori di rischio premigrazione), altri dipendono strettamente dal percorso migratorio stesso come evento stressogeno e spesso aggravato da un costo non solo economico e fisico ma anche psicologico (fattori di rischio della migrazione) ed altri ancora sono più legati alle condizioni di vita e al grado di accesso alle strutture sanitarie nel Paese ospite (fattori di rischio postmigrazione). In generale, i determinanti della salute universalmente riconosciuti risiedono soprattutto in elementi di natura socio-economica, culturale e giuridica, che possono incidere sul benessere fisico e psicologico delle popolazioni migranti. Le precarie condizioni di vita e di lavoro rappresentano fattori critici.

62



I migranti vivono spesso in alloggi sovraffollati e di scarsa qualità, con conseguente aumentato rischio di diffusione di malattie infettive, come la tubercolosi, ma anche di incidenti domestici, soprattutto tra i bambini. Gli immigrati poco qualificati tendono ad occupare posti di lavoro in settori ad alto rischio occupazionale. E spesso possono non avere familiarità con le norme di sicurezza sui luoghi di lavoro e non ricevere formazione, supervisione e protezione adeguate. Oltre alla scarsa conoscenza delle norme di sicurezza, possono influire anche una differente percezione del rischio e un'inadeguata

conoscenza della lingua. La salute psicologica può essere anch'essa influenzata da diversi fattori, tra cui il distacco dalla famiglia, l'insicurezza legata al lavoro, problemi giuridici, linguistici e culturali. L'eventuale discrepanza tra le aspettative con cui il migrante è giunto in Italia e la realtà in cui si trova inserito può dare origine ad un vissuto di fallimento del progetto migratorio, con impatto sulla salute mentale in senso depressivo. In aggiunta, rifugiati e richiedenti asilo spesso hanno subito traumi psicologici.

A fronte di una maggiore vulnerabilità legata alla condizione di immigrato, l'accesso difficoltoso alle cure sanitarie per gli immigrati rappresenta sicuramente un fattore critico. Le politiche sanitarie, le caratteristiche delle comunità stesse dei migranti e gli atteggiamenti sociali possono influenzare l'accesso e la fruizione dei servizi.



63

Lo status giuridico, per esempio, rappresenta spesso una barriera all'assistenza sanitaria. La mancanza di informazioni in più lingue e culturalmente centrate, di operatori sanitari opportunamente formati e di servizi adeguati alle esigenze specifiche dei migranti, rappresentano barriere importanti all'assistenza sanitaria. All'interno delle comunità dei migranti, inoltre, le diverse culture, religioni, credenze su salute e malattia e la scarsa conoscenza dei servizi disponibili e delle modalità di assistenza sanitaria contribuiscono a limitare l'accesso ai servizi sanitari. La differenza di genere è spesso molto marcata, con effetto sulla condizione della donna, che risulta avere una posizione ulteriormente vulnerabile in confronto alla popolazione maschile della medesima comunità.

Lo stigma e la discriminazione associati ad alcune malattie, tra cui la tubercolosi e l'infezione da HIV, possono aggravare una situazione di fragilità sociale già esistente e generare nel migrante una paura che può ostacolare ulteriormente l'accesso ai programmi di screening, counselling e prevenzione attivi per molte malattie.

Da un punto di vista legislativo, nonostante attualmente in Italia disponiamo di una moderna normativa in tema di assistenza sanitaria agli immigrati, che ha regolamentato le modalità di assistenza sia per i regolari sia per gli irregolari “Stranieri Temporaneamente Presenti” (STP), va sottolineato come la complessità di tale normativa non ne abbia favorito una maggiore comprensione, conoscenza, diffusione e corretta applicazione. Ancora oggi si registra una situazione di problematico e inappropriato utilizzo delle strutture sanitarie. Ciò è verosimilmente in relazione alla persistenza, in alcune aree, di una realtà di bassa iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) da parte degli immigrati regolari ed alla difficoltosa applicazione della normativa concernente l’assistenza agli immigrati irregolari o comunque non iscritti al SSN. Entrambe le tipologie di immigrati non sono state oggetto di efficaci campagne di informazione mirate a far conoscere i contenuti della nuova normativa e le modalità di iscrizione e fruizione dei servizi sanitari. Inoltre, non sono state intraprese in tempo sufficienti iniziative a livello nazionale di riorientamento delle stesse strutture sanitarie alla nuova utenza e di informazione e formazione degli operatori e del personale coinvolti nelle tematiche di assistenza socio-sanitaria agli immigrati.

64



In questo ambito, per poter pianificare strategie efficaci di integrazione sanitaria del migrante, è importante condurre ricerche ed identificare la natura delle disuguaglianze socio-sanitarie in specifici sottogruppi di migranti e il grado di rischio per la salute pubblica attribuibile alla migrazione stessa. Inoltre, è importante implementare politiche di prevenzione e programmi di controllo basati sull’evidenza e specifici per i migranti, soprattutto quelli più vulnerabili, con particolare attenzione ai bisogni di donne e bambini. In aggiunta, è essenziale valutare l’efficacia in termini di costo-beneficio per la salute pubblica di approcci che implementino l’accesso ai programmi di

screening, di vaccinazione, di prevenzione e di ricerca attiva dei casi nella popolazione immigrata.

La prevenzione e il controllo delle malattie nelle popolazioni migranti hanno implicazioni importanti in termini di pianificazione e costi per i sistemi sanitari. L'accesso limitato alle cure sanitarie da parte dei migranti deve essere esplicitamente affrontato, dal momento che il ritardo diagnostico-terapeutico ha ripercussioni sia in termini di salute individuale sia in termini di salute collettiva, considerato che la gestione di una malattia più avanzata è spesso più complessa e più costosa. È importante anche migliorare la presa in carico dei migranti dopo il contatto iniziale, problema questo che necessita di essere affrontato in maniera strutturale.

Un accesso limitato o uno scarso utilizzo dei servizi da parte dei migranti sono dovuti ad un insieme di fattori di natura giuridica, amministrativa, linguistica e culturale. Spesso, la mancanza di operatori sanitari opportunamente formati, sia sulla normativa sanitaria in tema di assistenza sanitaria ai migranti sia in termini di competenza linguistico-culturale, associati alla mancanza di servizi adeguati alle esigenze specifiche dei migranti, possono influenzare l'utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione migrante. A questo scopo, può essere utile esplorare e sviluppare approcci di "good-practice" per massimizzare l'accesso alle cure sanitarie, in particolare per i sottogruppi di immigrati più a rischio, quali quelli clandestini.

Nel nostro Paese, l'assistenza socio-sanitaria agli immigrati non iscritti al Sistema Sanitario Nazionale è stata fornita con modalità ed esperienze diverse a livello nazionale. In questo ambito hanno finora giocato un ruolo fondamentale le strutture del volontariato sociale e le associazioni no profit, che hanno assolto, in questo settore, compiti e funzioni di squisita compe-



tenza pubblica. Vi sono inoltre realtà miste, in cui una efficace collaborazione tra privato e pubblico ha consentito una ottima risposta alle crescenti esigenze socio-sanitarie di questa popolazione. A tutt'oggi, solo in pochi casi è stata la struttura pubblica ad assumersi per intero il compito di garantire l'assistenza sanitaria agli immigrati non altrimenti assistiti, come è il caso dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Brescia, che dal 1990 ha attivato un ambulatorio specifico per la prevenzione e cura dei migranti irregolari.

L'ASL di Brescia ha modificato lo scopo e l'organizzazione del servizio specificatamente dedicato ai migranti nel corso del tempo, contestualmente alle modifiche del dinamico fenomeno migratorio che ha interessato il nostro Paese negli ultimi due decenni. Si possono identificare tre fasi che si sono susseguite dal '90 ad oggi: la prima, tra il 1990 e il 2000, ha risposto prevalentemente al bisogno di salute dei migranti irregolari attraverso un ambulatorio il cui scopo principale era l'erogazione diretta delle prestazioni. In questa fase è stata particolarmente utile la figura del mediatore culturale e linguistico, che ha permesso un avvicinamento al mondo dei migranti da parte dell'azienda.

Dopo l'anno 2000, attraverso la regolarizzazione dei migranti anche grazie alle sanatorie, la popolazione straniera diventa sempre più rappresentata da migranti regolari; questo ha portato ad una seconda fase di approccio alla problematica con la creazione di un nuovo servizio, il Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale, focalizzato sulla promozione dell'integrazione dei servizi socio-sanitari, sull'informazione e l'orientamento ai servizi già esistenti - in particolare riguardo alla promozione dei corretti stili di vita, alla prevenzione nell'ambiente di vita e di lavoro, e all'assistenza alla famiglia - mantenendo l'erogazione diretta residuale di alcuni servizi. In questa fase si è andata riducendo la strategia basata sull'utilizzo di figure di mediatori dedicati in modo esclusivo all'assistenza ai migranti,

nella logica che quest'ultima dovrebbe essere garantita in modo diffuso dagli operatori. Gli operatori dovrebbero infatti disporre di elementi per la promozione dell'integrazione dei migranti, attraverso il riconoscimento dei bisogni assistenziali e le modalità di comunicazione necessarie per rispondere adeguatamente ai bisogni suddetti, valorizzando la rete dei servizi esistenti.

Nella terza fase, attualmente in corso, l'obiettivo è realizzare una rete territoriale interna e esterna all'azienda per rispondere ai bisogni sanitario-



assistenziali dei migranti non con azioni ad hoc a loro rivolte, ma attraverso una diffusione delle capacità di mediazione e di risposta ai bisogni. La rete aziendale interna prevede la predisposizione di azioni rivolte alla popolazione migrante attraverso il coordinamento armonico delle attività dei servizi esistenti in ambito sanitario e socio-sanitario. La rete esterna permette, invece, l'interconnessione tra l'ASL e gli Enti Locali, il terzo settore e i soggetti accreditati pubblici e privati che operano a livello sanitario e socio-sanitario.

Pertanto, sulla base della nostra esperienza, possiamo delineare il profilo di una struttura sanitaria dedicata ai migranti non altrimenti assistiti. Innanzitutto, tale struttura dovrebbe essere collocata in *ambito pubblico territoriale*, eventualmente in collaborazione con le realtà del volontariato e più in generale del terzo settore, aventi esperienza specifica nell'ambito. Questa struttura dovrebbe porsi al centro di una rete costituita attraverso risorse proprie, del terzo settore e delle istituzioni pubbliche preposte all'assistenza sanitaria e sociale. Questo si rende particolarmente importante per la medicina del territorio, cardine delle attività di prevenzione primaria e secondaria, di educazione alla salute, di assistenza di primo livello e di raccordo con l'ospedale per la continuità degli interventi. La struttura territoriale dovrebbe essere in grado di garantire un'assistenza di primo livello simile a quella fornita dai Medici di Medicina Generale ed essere facilmente accessibile con ampia flessibilità degli orari di apertura. Inoltre, la struttura dovrebbe funzionare da *osservatorio epidemiologico* sul fenomeno della immigrazione irregolare, conducendo indagini conoscitive e studi epidemiologici sui reali bisogni di salute e sul profilo sanitario dell'utenza straniera, in modo da supportare le istituzioni sanitarie nella pianificazione di politiche sanitarie locali e nazionali. A tal fine, fondamentale è l'azione



di filtro e di orientamento sociosanitario svolto nei confronti dei pazienti immigrati. Tale azione permette una maggiore conoscenza da parte degli immigrati dei meccanismi di funzionamento del nostro SSN e contribuisce ad evitare il ricorso inappropriato al Pronto Soccorso, traducendosi in un miglioramento della qualità assistenziale e in minori costi per la collettività. Di fondamentale importanza risulta il ruolo della struttura nel favorire la conoscenza, da parte degli immigrati, dei contenuti della normativa nazionale in tema di assistenza sanitaria, allo scopo di favorire una partecipazione responsabile ed una maggiore consapevolezza dei propri diritti e doveri da parte della popolazione immigrata stessa. La struttura dovrebbe, quindi, essere dotata di personale adeguatamente formato sia sulle novità in ambito legislativo sia in tema di medicina transculturale ed offrire corsi di formazione a diversi livelli in tema di medicina transculturale e di assistenza agli immigrati, rivolti ad operatori socio-sanitari e a tutti coloro che si occupano di immigrazione, in modo da diffondere una corretta cultura sul fenomeno e favorire l'accesso e la fruizione delle prestazioni. Infine, tale struttura dovrebbe agire oggi come motore di integrazione sociosanitaria per non esistere domani, avendo contribuito a gettare le basi per un accesso alle salute come diritto per tutti all'interno di una chiara cornice di rispetto delle regole e della legalità.

Bibliografia

AA.VV. *Igiene e Sanità pubblica*, vol. 57, 2001

Carchedi F. *I bisogni sociali e la fruizione dei servizi. Le interviste agli immigrati*. In: "Politiche sociali e bisogni degli immigrati" n.14, Ministero dell'Interno, Direzione Generale dei Servizi Civili - Labos, Ed. T.E.R., Roma, 1991, pp. 201-318

ECDC. Technical Report - *Migrant Health: Background Note To The Ecdc Report On Migration And Infectious Diseases In The Eu*. Luglio 2009

Gazzetta Ufficiale. Supplemento ordinario, N. 191 del 18 agosto 1998

Gazzetta Ufficiale. Supplemento ordinario, N. 258 del 3 novembre 1999

Geraci S. e Marceca M. *Le malattie degli immigrati*. In: Migrazione e salute in Italia, Convegno Internazionale: Migrazione e scenari per il XXI secolo. Roma, luglio 2000

Geraci S. *La Medicina delle Migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritto*. Studi Emigrazione/Migration Studies - Volume XLII-N.157, Marzo 2005, 53:74

Geraci S., (A cura di) *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Peri Tecnes, Roma, 1995.

ISTAT, *Indicatori demografici*.

Disponibile: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/in_calendario/inddemo/20110124_00/testointegrale20110124.pdf

Scarcella C. et al. *L'esperienza del Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale di Brescia nell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati provenienti da Paesi extra-comunità europea*. In: *Tendenze Nuove*. Ed. Il Mulino. 4-5/2004 Nuova Serie: 361-384

WHO, Gobierno de Espana, IOM. *Health of Migrants - The Way Forward*. Report of a global consultation. Madrid, Spain, 3-5 March 2010



Disegno per una cartolina, Egon Schiele, 1890-1918

CENNI SUL PROFILO SANITARIO DEL MIGRANTE E FATTORI DI RISCHIO CORRELATI

Maria Chiara Pezzoli

Lo spostamento di popolazioni e persone rappresenta un fenomeno ubiquitario, che da sempre ha caratterizzato la storia dell'umanità. Pressoché ogni Paese nel mondo è coinvolto da questo fenomeno, che si presenta in progressivo aumento, visto l'attuale contesto socio-economico e politico internazionale, che ne favorisce il costante sviluppo.

71

Secondo quanto riportato dalla letteratura nazionale ed internazionale, gli immigrati che arrivano nel nostro Paese sono soggetti in età giovane-adulta e sostanzialmente sani (effetto migrante sano). Generalmente, la prima richiesta di assistenza sanitaria da parte degli immigrati viene manifestata dopo i primi 2-3 anni di permanenza in Italia, periodo questo definito come intervallo di benessere. L'effetto migrante sano (ed il relativo intervallo di benessere) non si applica a tutte le categorie di immigrati: in particolare i ricongiungimenti di minori e soprattutto di anziani non sono preceduti da alcuna selezione al momento della partenza, bensì arrivano in Italia soggetti spesso con pluripatologie croniche. In alcuni casi la migrazione riconosce come causa anche la ricerca di cure per varie malattie non disponibili nel Paese di origine; tuttavia, Paesi con una storia di immigrazione più lunga rispetto alla nostra, come Francia e Germania, hanno dimostrato come questo fenomeno sia molto limitato nel tempo: il fenomeno migratorio appare quindi più complesso e non strettamente legato a tale causa.

Tipicamente, i fattori di rischio che incidono sulla salute degli immigrati nei nostri Paesi possono essere distinti in tre gruppi:

- 1) fattori di rischio pre-migrazione, presenti nella fase precedente la migrazione;
- 2) fattori di rischio post-migrazione, presenti successivamente al processo migratorio;
- 3) fattori di rischio della migrazione, legati al processo migratorio stesso.

Dall'esame dei dati disponibili, si nota che la patologia di più frequente ri-



72

Si tratta in larga maggioranza di affezioni non infettive acquisite nel Paese ospite, in genere di natura osteoarticolare (forme di tipo artrite-reumatico, ma anche lesioni traumatiche conseguenti soprattutto ad infortuni sul lavoro), gastroenterica (colon irritabile, gastriti, ulcere peptiche) e dermatologica (associate alle condizioni di sovraffollamento e promiscuità abitativa). Appare inoltre non trascurabile l'incidenza delle malattie di natura neuropsichiatrica, rappresentate essenzialmente da sindromi cefalalgiche, stati di ansia e forme psicotico-depressive, mentre si nota la quasi totale assenza di patologie cronico-degenerative. Nell'ambito delle malattie infettive, prevalgono le infezioni banali a carico dell'apparato respiratorio (sindromi simil-influenzali) ed urinario (cistiti, uretriti), sostenute da germi a larga diffusione in Italia, correlate alle condizioni di povertà, di promiscuità abitativa ed alle precarie condizioni igienico-sanitarie e che non comportano alcun rischio di propagazione ambientale o diffusione interumana.

In sintesi, la patologia del migrante può essere classificata in tre categorie principali:

- a) patologia acquisita nel Paese ospite, in cui predominano le affezioni di natura infettiva banale e non infettiva a carico di diversi apparati e strettamente correlate alle situazioni igienico-ambientali e lavorative in cui vive l'immigrato. Tale patologia è condizionata da fattori di rischio post-migrazione, la cui presenza e persistenza è chiaramente funzione del grado di integrazione nella società ospitante;
- b) patologia di adattamento-sradicamento, che si manifesta sotto forma di malattie psicosomatiche, sindromi neuropsichiatriche e disturbi a livello dell'apparato gastroenterico, in gran parte riconducibili a fattori di rischio propri della migrazione, intesa come processo stressogeno;
- c) patologia di importazione, di gran lunga meno frequente e correlabile a fattori di rischio pre-migrazione, espressione delle realtà epidemiologi-

che dei Paesi di provenienza. È rappresentata sia da malattie infettive generalmente a larga diffusione nei Paesi di origine (come malaria, schistosomiasi, filariasi...), sia da patologie non infettive (emoglobinopatie, malattie metaboliche...).

Non vi sono sufficienti elementi, in casistiche sia nazionali sia internazionali, a favore di una concreta possibilità di trasmissione di patologia infettiva esotica dal soggetto immigrato alla popolazione locale. Questo vale in primo luogo per le malattie a trasmissione vettoriale (es. malaria), il cui ciclo biologico non può essere riprodotto in aree dove l'ospite intermedio (ad es. la zanzara *Anopheles* per il *Plasmodium* della malaria) è assente o inappropriato. La descrizione di casi di "baggage" malaria in Italia non contrasta con questa affermazione: si tratta di casi eccezionali, non trasmessi da vettori locali, la cui descrizione riveste importanza soprattutto come stimolo ad una più approfondita conoscenza da parte del medico di patologie esotiche non usuali. Anche la propagazione delle più classiche malattie parassitarie a trasmissione oro-fecale (ad es. amebiasi e giardiasi) appare del tutto improbabile negli ambienti igienicamente salubri e privi di fecalizzazione ambientale in cui vive la popolazione autoctona italiana.

Per quanto riguarda le patologie tumorali, benché percentualmente poco rilevanti nell'ambito del profilo sanitario globale del migrante, sono da sottolineare i dati diffusi dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica nel corso di un convegno dedicato a Neoplasie e stranieri, ossia che gli immigrati colpiti da tumore hanno generalmente una mortalità più alta rispetto agli italiani. Questo non a causa di patologie più aggressive, ma per il ritardo con cui tali patologie vengono diagnosticate (spesso fino a 12 mesi di ritardo rispetto al soggetto italiano con analoga patologia). Soprattutto si è registrato un aumento dei tumori più direttamente correlati a stili di vita errati (polmone, testa-collo, colon-retto, stomaco) e al mancato accesso allo screening (collo dell'utero, seno e colon retto). La conseguenza è che gli immigrati accedono alle strutture sanitarie quando le patologie tumorali sono sintomatiche, cioè in fasi più avanzate e quindi più gravi e difficilmente curabili. Risulta quindi determinante la prevenzione, per quanto riguarda sia la promozione di corretti stili di vita sia l'accesso agli screening oncologici.

Le aree critiche per la salute del migrante sono rappresentate dalle malattie infettive maggiori, come tubercolosi, malaria, epatiti virali, infezione da HIV e malattie sessualmente trasmesse, per l'impatto che possono avere a livello di sanità individuale e pubblica; dagli infortuni sul lavoro e dagli interventi di educazione alla salute e prevenzione, che verranno trattate nei successivi capitoli.

Bibliografia

Affonti M., D'Ajello G., Furnari M.L., Guiffè D. *Gli immigrati da Paesi in via di sviluppo. L'esperienza dell'ambulatorio Santa Chiara di Palermo.*

Atti della I Consensus Conference sulla Immigrazione, Palermo, 15 dicembre 1990

Alberio G. et al. *La salute degli immigrati: una ricerca sui bisogni socio-sanitari degli eritrei a Milano, I Conv.* Milano, Unicopoli, 1988; pag. 27

Caritas Migrantes di Roma. *Dossier Statistico sull'Immigrazione.* 2000

Castelli F., Matteelli A., Caligaris S., Gulletta M., El-Hamad I., Scolari C., Chatel G., Carosi G. *Malaria in migrants.* Parassitologia, 1999; 41: 261-65

Corachan M. *Revue de la Pathologie d'importation en Espagne.* Nova Acta Medica Virgiliana, 1991, 6: 34

Di Perri G., Solbiati M., Vento S., De Checchi G., Luzzati R., Bonora S., Merighi M., Marocco S., Fibbia G., Concia E. *West African immigrants and new patterns of malaria imported to north eastern Italy.* J Trav Med, 1994; 147-51

El-Hamad I., Chiodera A., Castelli F., Tirinato A., Quaresimi G., Carosi G. *Esperienza bresciana nell'assistenza sanitaria agli immigrati extracomunitari.* La Medicina Tropicale nella Cooperazione allo Sviluppo, 1992, 8: 35

74

El-Hamad I., Scarcella C., Pezzoli M.C., Geraci S., Scolari C. *Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione.* In: Studi Emigrazione: Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire, 2005; Vol. XLII, n. 157: 133-151

Geraci S. *Aspetti socio-demografici dell'immigrazione extracomunitaria in Italia.* In: Affari Sociali Internazionali, 1993; 1: 133

Geraci S., Marceca M. *Il profilo di salute dell'immigrato.* In: Approcci transculturali per la promozione della salute - Argomenti di medicina delle migrazioni, 2000: 65-91

Gioannini P., Caramello G. *Patologia infettiva dell'immigrato.* Ed. Minerva Medica, 1994; cap. 3, 21-33

Girali M. et al. *Sulla presenza di parassiti intestinali negli immigrati osservati presso l'ambulatorio di Malattie Infettive dell'USL-2 di Lucca.* Rivista di parassitologia, 1995: X

Lot F. et al. *Parcours sociomedical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charges dans les hopitaux d'Ile de France, 2002.* Bull Epidemiol of Hebdomadaire, 2004; 5/2004: 17-20

Macioti M.I., Pugliese E. *Gli immigrati in Italia.* Editori Laterza, 1991, pag. 1-71

Malatesta R. *Epidemiologia della patologia dell'immigrazione extracomunitaria.* Atti del II Convegno Aspetti Sanitari dell'Immigrazione Extracomunitaria. Treviso, 21 maggio 1992

Matteelli A., El-Hamad I. *Asylum seekers and clandestine populations*. In: Crossing borders. Migration, ethnicity and AIDS, Haour-Knipe M. & Rector R. Eds, Taylor and Francis, 1996

Noris M. *Nosologia dell'immigrato: primi risultati di una indagine statistica sui pazienti dell'ambulatorio Caritas per stranieri di Roma*. Difesa Sociale, 1989, 2: 151

Olivani P., Cantoni G., Dangelo A., De Matteo A., Fantola B., Meloni S. *Indagine sulla popolazione extracomunitaria irregolare frequentatrice dell'ambulatorio NAGA (Milano) nel periodo gennaio-marzo 1999 e raffronto con indagini precedenti: dati socio-demografici e sanitari*

Sanguigni S., Madeo M., Marangi M., Santercole C., Pancallo, Perroni L., Tessitore S., Pellegrinotti A., Pica R., Dottorini S., Sebastiani A. *Ruolo della patologia parassitaria nel migrante*. Rivista di parassitologia, 1995; XII(LVI)

Scarcella C., Pezzoli M.C., Scolari C., Indelicato A.M., Lonati F., El-Hamad I. *L'esperienza del Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale di Brescia nell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati provenienti da Paesi extra-Comunità Europea*. Tendenze nuove, 2004; 4 - 5: 361-384

Zurlo A., Geraci S. *Inquadramento socio-sanitario del fenomeno migratorio in Italia*. Rapporto italiano per la Commissione AIDS e Immigrazione del progetto CEE "Assessment of the AIDS/HIV preventive strategies", 1990



Testa di un uomo malato, Ernst Ludwig Kirchner, 1880-1938

TUBERCOLOSI NEL MIGRANTE

Issa El-Hamad, Maria Chiara Pezzoli

Secondo gli ultimi dati diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), a livello mondiale il numero assoluto di casi di tubercolosi (TB) è progressivamente calato a partire dal 2006, mentre i tassi di incidenza della malattia hanno iniziato a decrescere a partire dal 2002, analogamente al numero di morti registrato annualmente per la TB. Nonostante questi progressi, la TB rimane una sfida aperta: nel 2010, circa 1,5 milioni di persone sono decedute nel mondo per questa malattia, mentre i nuovi casi registrati a livello globale sono stati 8,8 milioni (pari a 128 casi/100.000 abitanti). Nel 2008, sono stati inoltre stimati circa 440.000 casi di TB multi-resistente (resistenza contemporanea a isoniazide e rifampicina, TB-MDR), pari a circa il 3,6% di tutti i casi incidenti di TB a livello mondiale. Sempre nel 2008, sono state stimate 150.000 morti causate da TB-MDR.

77

In Europa, il quadro epidemiologico appare disomogeneo, con tassi di notifica molto più alti nei Paesi orientali rispetto a quelli occidentali. Complessivamente, la Regione Europea conta solo il 5,6% dei casi di TB registrati a livello globale, con tassi di notifica in diminuzione a partire dal 2005. Tuttavia, nel 2009 sono stati notificati più di 300.000 nuovi casi di TB e, nel 2008, oltre 46 mila decessi per questa malattia. Se si considerano i 27 Paesi dell'Unione Europea più Islanda e Norvegia, nel 2009, oltre il 75% dei casi di TB si è verificato in sette Paesi, rappresentati da Francia, Germania, Italia, Polonia, Romania, Spagna e Regno Unito. Nel 2009, il tasso di notifica globale per i 29 Paesi considerati è stato di 15,8 per 100.000 abitanti, in diminuzione del 4,5% rispetto al 2008.

Oltre il 50% dei nuovi casi sono stati registrati nelle fasce d'età 25-44 e 45-64, mentre i migranti rappresentano circa un quarto dei casi di TB notificati in Europa.

I dati per l'Italia, diffusi dal ministero della Salute, mostrano come, dalla seconda metà del Novecento agli anni Ottanta, si sia assistito a una progressiva riduzione della frequenza della TB nella popolazione italiana, mentre negli ultimi venticinque anni il trend sia stato sostanzialmente stabile.

L'attuale situazione epidemiologica italiana è caratterizzata da una bassa incidenza della TB nella popolazione generale (7,6 per 100.000 residenti), dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio e in alcune classi di età e dall'emergere di ceppi tubercolari multi-resistenti.

Nel nostro Paese, nel 2008 sono stati notificati 4.418 casi di TB, di cui oltre il 70% a carico di Lombardia, Lazio, Veneto, Emilia Romagna e Piemonte (regioni in cui l'incidenza di TB nel 2008 è stata superiore a 10 per 100.000 abitanti), mentre il Sud Italia e le isole hanno notificato solo il 10% dei casi totali; il 25% dei casi totali notificati provengono dalle Province di Roma e Milano. Considerando l'ultimo decennio, l'incidenza della TB in Italia è risultata essere maggiore nei maschi rispetto alle femmine (9,6 per 100.000 residenti e 5,9 per 100.000 residenti rispettivamente). Per quanto riguarda le fasce d'età maggiormente colpite, si è osservata una progressiva diminuzione dell'incidenza negli ultrasessantacinquenni, una lieve e progressivo aumento nelle classi di età 15-24 e 25-64 anni, e un incremento nella classe di età 0-14 anni.

Tuttavia, sono presenti notevoli differenze epidemiologiche nelle diverse Regioni italiane, che riflettono verosimilmente sia diversità regionali della popolazione suscettibile sia una diversa capacità dei servizi sanitari di intercettare il problema, con possibile sottonotifica di casi e/o selettività nei confronti di specifiche fasce di popolazione.

78

Analogamente alla situazione europea, anche in Italia quasi il 50% dei casi di TB notificati nel decennio 1998-2008 si è verificato nella popolazione immigrata, dove si registrano tassi di incidenza 10-15 volte superiori rispetto a quelli registrati nella popolazione italiana (50-60 casi su 100.000 per gli stranieri e 3,8 casi su 100.000 per gli italiani). È importante sottolineare che l'incidenza della TB nelle persone straniere è una stima molto variabile a causa dell'imprecisione nel calcolo dei denominatori; tale variabilità si attenua quando ai denominatori viene aggiunta la quota stimata di immigrati irregolari.

Altrettanto importante è l'evidenza che, nonostante la presenza di immigrati, non è stato registrato alcun segnale di ripresa della TB nella popolazione generale: l'incidenza della malattia in Italia è in progressiva diminuzione per effetto del trend decrescente nei soggetti italiani.

Le caratteristiche demografiche delle due popolazioni colpite da TB sono differenti: nella popolazione italiana sono maggiormente colpite le classi di età più avanzate (>65 anni), mentre nella popolazione straniera sono colpite soprattutto le età più giovani (15-24 e 25-34 anni), rispecchiando le caratteristiche demografiche della popolazione straniera nel nostro Paese. Per quanto riguarda le nazionalità maggiormente colpite, i dati mostrano una costante diminuzione dei casi di TB negli immigrati provenienti dall'Africa e un aumento dei casi negli stranieri provenienti dall'Est Europa. Tuttavia, se si confrontano i tassi di incidenza, si nota come i Paesi maggiormente a rischio siano ancora quelli africani, asiatici e sud-americani: Etiopia, Pakistan, Senegal, Perù, India, Costa d'Avorio, Eritrea, Nigeria e Bangladesh rappresentano infatti le 9 nazionalità a particolare rischio di TB, con tassi di incidenza maggiori a 100 casi per 100.000

residenti (valore oltre al quale un Paese o un gruppo di popolazione viene considerato ad alto rischio di TB).

In generale, i tassi di incidenza degli immigrati nel nostro Paese riflettono, da una parte, i tassi di incidenza nei rispettivi Paesi di origine, dall'altra le particolari condizioni di vita e di integrazione sociale, che incidono enormemente sullo sviluppo della malattia e sui successivi percorsi di prevenzione, diagnosi e cura.

Secondo i dati italiani, fino al 2007, oltre il 50% dei casi di TB negli stranieri insorgeva entro i primi 2 anni dall'arrivo in Italia, mentre nel 2008 questa proporzione è diminuita fino al 43% ed è aumentata la proporzione di casi insorti dopo almeno 5 anni dall'arrivo in Italia.



Sulla base dei dati, sembra ormai accertato che il meccanismo patogenetico della TB nella popolazione immigrata nei nostri Paesi sia duplice: da un parte, la riattivazione di pregresse infezioni latenti, favorita dalle precarie condizioni socio-economiche di vita nel Paese ospite e dalla continua situazione di stress emotivo legata al fenomeno migratorio stesso; dall'altra, l'acquisizione ex-novo dell'infezione nel nostro Paese, a causa della trasmissione intracomunitaria a partenza da casi bacilliferi, soprattutto in condizioni di sovraffollamento.

Non vi è evidenza che le principali caratteristiche cliniche della TB negli immigrati siano differenti rispetto a quelle riscontrate nei soggetti autoctoni. Tuttavia, gli immigrati, quando affetti da TB polmonare, presentano una maggior frequenza di forme cavitari, notoriamente bacillifere, rispetto alla popolazione autoctona. Fra gli immigrati, però, vi è una maggior frequenza di forme extrapolmonari della TB. Poiché queste ultime non determinano alcun rischio di trasmissione, la contagiosità globale della TB nel soggetto immigrato appare sovrapponibile a quella riscontrata nel soggetto italiano. Fra le localizzazioni extrapolmonari sono particolarmente frequenti quelle linfonodali superficiali e profonde, sebbene possano essere coinvolte praticamente tutte le sedi, in particolare il sistema osseo, epato-splenico e cerebrale.

Un'altra differenza documentata tra stranieri e italiani è una maggior prevalenza di resistenze ai farmaci antitubercolari negli immigrati.

In Italia, secondo i dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità, la percentuale di TB mono e multifarmaco-resistente si è mantenuta abbastanza stabile nel periodo 2004-2007, oscillando complessivamente tra il 10% e il 12% dei casi, mentre nel 2008 tale valore ha superato il 14% dei casi; per quanto riguarda la TB-MDR, i valori oscillano tra 3% e 4% del totale. Tuttavia, si nota come la proporzione dei nuovi casi di TB-MDR sia in aumento nel tempo, in particolare negli immigrati: nella popolazione italiana, infatti, la proporzione dei casi di TB-MDR rimane stabile (intorno al 2,6%), mentre negli stranieri tale proporzione, che partiva già da valori maggiori (superiori al 3%), è ulteriormente aumentata negli anni fino ad arrivare al 5% dei casi notificati nel 2007. Analogamente, si osserva come i ceppi di TB-MDR siano più frequenti nelle classi di età più giovani, in cui la componente di stranieri è preponderante.



Se si considera invece la TB estensivamente farmaco-resistente (*extensively drug-resistant tuberculosis*, XDR-TB, resistenza a rifampicina ed isoniazide, in associazione a resistenza ai farmaci della classe dei fluorchinolonici e resistenza ad almeno 1 dei 3 farmaci antitubercolari iniettabili, capreomicina, kanamicina e amikacina), si nota come la maggior parte dei casi sia registrata nei soggetti stranieri: secondo un recente studio che ha confrontato i dati raccolti nel periodo 2003-2006 da 3 grossi centri di riferimento per la TB in Italia (Sondalo, Milano, Roma) e in Germania (Borstel, Grosshansdorf, Bad-Lippspringe), gli immigrati rappresentavano il 95,3% dei casi di TB-MDR ed il 100% dei casi di XDR-TB in Germania (tutti provenienti dalla vicina Unione Sovietica), mentre in Italia erano il 72% dei casi di TB-MDR ed il 50% dei casi di XDR-TB.

Per quanto riguarda l'esito del trattamento, i dati italiani mettono in evidenza una maggiore frequenza di esiti sfavorevoli nella popolazione ita-

liana con età superiore a 65 anni, mentre per gli stranieri la distribuzione del rischio è abbastanza omogenea tra le classi di età.

Un'altra differenza tra popolazione autoctona e straniera è la compliance al trattamento e ai controlli: secondo i dati italiani, la popolazione straniera ha un rischio maggiore di essere "persa al follow-up" in tutte le classi di età, in particolare se si tratta di adolescenti, giovani e adulti con età inferiore a 65 anni.

Se si considera, infine, la proporzione di TB polmonari espettorato-positivi (quindi contagiose), si nota come circa due terzi dei pazienti persi al follow-up (in cui predominano gli immigrati) siano contagiosi. Questo dato è di particolare importanza a livello di sanità pubblica, in particolare per quanto riguarda la diffusione della malattia all'interno delle comunità stesse degli immigrati.

Le strategie di controllo della TB si basano sulla diagnosi precoce della malattia, sulla terapia efficace dei malati e sulla ricerca dei contatti dei casi, sia nella popolazione immigrata sia in quella autoctona. L'obiettivo finale è quello di interrompere la circolazione dell'infezione nella comunità e di prevenire il rischio di selezione di ceppi resistenti ai farmaci antitubercolari.

Per quanto riguarda la possibilità di una diagnosi precoce della TB nei soggetti immigrati, fondamentale risulta essere l'accessibilità e la fruibilità dei servizi socio-sanitari, soprattutto per quelle frange di popolazione più vulnerabili, tra cui gli stranieri irregolari e clandestini.

Gli interventi per ridurre le barriere di accesso si articolano attorno a due strategie: da una parte l'informazione della popolazione immigrata stessa, tramite anche il coinvolgimento delle comunità di immigrati, dall'altra la sensibilizzazione dell'intero servizio sanitario al problema dell'accesso ai servizi per gli immigrati, attraverso la formazione degli operatori, equipe multidisciplinari, lavoro di rete e riorientamento dei servizi in chiave transculturale.

Uno studio condotto in Emilia Romagna ha evidenziato come il ritardo diagnostico della TB fosse di circa 3 mesi, senza differenze tra italiani e stranieri. Tuttavia, mentre negli italiani il ritardo era imputabile quasi interamente al basso tasso di sospetto della malattia da parte del personale sanitario, tra gli immigrati il fattore predominante era il tardivo accesso ai servizi sanitari, a testimonianza dell'esistenza del problema della fruibilità dei servizi stessi da parte delle persone straniere.

Uno dei cardini del controllo della TB è lo screening della malattia nei soggetti a rischio, volto a identificare i casi di TB in persone paucisintomatiche, anticipandone l'accesso ai servizi sanitari e, quindi, la diagnosi. I programmi di screening per i soggetti italiani sono limitati ai contatti di casi di TB contagiosa, mentre l'elevata incidenza della TB negli stranieri rende questa popolazione un target per interventi di screening allargati.

Secondo le linee guida italiane, lo screening anti-tubercolare (esame radiologico e test di Mantoux) dovrebbe essere eseguito il più presto possibile dopo l'ingresso in Italia a tutti gli stranieri provenienti da Paesi ad alta



endemia tubercolare (incidenza di tubercolosi >100 casi/100.000 abitanti) recentemente immigrati (meno di due anni), ovvero a tutti gli immigrati provenienti da Paesi ad alta endemia che, successivamente ai primi due anni, permangono per condizioni di vita e socio-economiche ad alto rischio per la TB.

Nel complesso, il limite più importante per l'esecuzione dei programmi di screening è rappresentato dalla bassa copertura, da una parte perché alcune categorie di immigrati non sono identificabili (immigrati clandestini), dall'altra perché per problemi organizzativi non si riesce a raggiungere tutta la popolazione bersaglio.

La diagnosi e la cura dell'infezione tubercolare latente hanno numerosi limiti, tra cui la difficoltà di completamento dello screening e i bassi tassi di completamento dei regimi profilattici. Sul versante dello screening, la percentuale di completamento è molto variabile, tra il 30% e l'80%, a seconda che vengano attuate attività di supporto tra le quali, ad esempio, l'offerta del test nella lingua di appartenenza dello straniero.

In uno studio condotto in Italia su immigrati clandestini, il tasso di completamento di un regime di terapia dell'infezione tubercolare latente con isoniazide assunta quotidianamente per 6 mesi non superava il 40%; nello stesso studio, la supervisione attuata presso il centro di cura addirittura riduceva i tassi di completamento al di sotto del 10%. Uno studio successivo ha dimostrato che, nella stessa categoria di soggetti, i tassi di completamento potevano essere incrementati fino al 50% per mezzo della supervisione al domicilio del paziente e l'impiego di regimi brevi.

Per quanto riguarda la cura della malattia attiva, la terapia della TB deve prevedere regimi standardizzati, direttamente supervisionati almeno nella fase iniziale. La sigla DOT (*Directly Observed Treatment*) identifica una serie

di interventi attraverso i quali i servizi sanitari supportano il paziente durante il periodo di trattamento, con l'obiettivo comune del completamento della terapia stessa. Nei Paesi occidentali, l'adozione della DOT è raccomandata solo in particolari gruppi di pazienti, soprattutto se presentano fattori di rischio di non adesione al trattamento, tra cui figurano sicuramente gli immigrati.



83

Per assicurare una elevata adesione alla terapia da parte dell'utenza straniera, risulta importante attuare diverse strategie, tra cui servizi di traduzione e di mediazione culturale, counseling transculturale, materiale informativo in lingua, semplificazione della terapia attraverso l'uso delle associazioni di farmaci e consegna diretta gratuita dei farmaci. In particolari gruppi di pazienti (scarsa aderenza in precedenti trattamenti, soggetti senza fissa dimora, tubercolosi multiresistente) oppure qualora non siano stati efficaci gli interventi sopra elencati, è raccomandata la terapia direttamente osservata attuata, ove possibile, a domicilio del paziente o, comunque, in luoghi facilmente accessibili dal paziente.

Bibliografia

Barnes P.F. *The influence of epidemiologic factors on drug resistance rates in tuberculosis*. Am Rev Respir Dis, 1987; 136: 325-328

Besozzi G., Codecasa L.R., Di Pisa G., De Lorenzi S., Dagasso S., Bertolotti R., Matteucci G., Bacchetti M., Parravicini M., Viaggianni G. *Tubercolosi e*

immigrazione. In: Tubercolosi, Di Pisa G. Editore, 1993: 247-252

Carvalho A.C.C., Saleri N., El-Hamad I. et al. *Completion of screening for latent tuberculosis infection among immigrants*. *Epidemiol Infect*, 2005; 133: 179-85

ECDC and WHO Regional Office for Europe. *Tuberculosis surveillance in Europe 2009*

El-Hamad I., Casalini C., Matteelli A. et al. *Screening for tuberculosis and latent tuberculosis infection among undocumented immigrants at an unspecialized health service unit*. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2001; 5: 712-16

Gagliotti C., Resi D., Moro M.L. *Delay in the treatment of pulmonary TB in a changing demographic scenario*. *Int J Tub Lung Dis*, 2006; 10(3): 305-309

Matteelli A., Casalini C., Raviglione M.C., El-Hamad I., Scolari C., Bombana E., Bugiani M., Caputo M., Scarcella C. and Carosi G. *Supervised Preventive Therapy for Latent Tuberculosis Infection in Illegal Immigrants in Italy*. *Am J Respir Crit Care Med*, 2000; 162(5), 1653-1655

84

Migliori G.B., Ortmann J., Girardi E., Besozzi G., Lange C., Cirillo D.M., Ferrarese M., De Iaco G., Gori A., Raviglione M.C and SMIRA/TBNET Study Group. *Extensively Drug-resistant Tuberculosis, Italy and Germany*. *Emerg Infect Dis*, 2007; 13(5): 780-782

Ministero della Salute. Istituto superiore di sanità, Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna. *La Tubercolosi in Italia*. Rapporto 2008

Ministero della Salute. *Linee Guida per il controllo della malattia tubercolare, su proposta del Ministro della Sanità, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*

MMWR. *Controlling TB in the United States. Recommendations from the American Thoracic Society, CDC and the Infectious Diseases Society of America*. MMWR 2005

NICE. *Tuberculosis. Clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control*, 2006

Scolari C., El-Hamad I., Matteelli A., Signorini L., Bombana E., Moioli R., De Leonardis C., Nava A.M., Carosi G. *Incidence of tuberculosis in a community of senegalese immigrants in Northern Italy*. *Int J Tuberc Lung Dis*, 1999; 3 (1): 18-22

WHO. *Global Tuberculosis Control 2011*

WHO. *Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB) 2010 global report on surveillance and response*



San Sebastiano chiede aiuto per le vittime della peste, Jossse Lieferinxe

MALARIA E MIGRAZIONE

Francesco Castelli, Giorgia Sulis

L'infezione malarica è causata da un protozoo del genere *Plasmodium*, trasmesso all'uomo tramite la puntura di una zanzara femmina appartenente al genere *Anopheles*. Il vettore contrae l'infezione al momento dell'assunzione di un pasto ematico da un ospite umano, necessario all'insetto affinché si verifichi l'adeguata maturazione delle uova.

Il termine "mal'aria", utilizzato per la prima volta a Venezia nel 1571, trae origine dall'antica credenza che la causa della malattia fossero i miasmi malsani emanati dalle acque palustri, e a partire dalla metà del XVIII secolo divenne di uso corrente anche nel resto dell'Europa.

87

Epidemiologia globale e locale

Attualmente la malaria rappresenta una delle principali emergenze sanitarie a livello globale, con 200-300 milioni di casi e circa 0.8–1 milione di decessi all'anno, prevalentemente in età pediatrica (WHO, 2010). La malattia è endemica in ampie aree di Asia, Africa, America centro-meridionale, isole caraibiche e Oceania, e oltre il 40% della popolazione del pianeta risulta a rischio di infezione (Fig 1).

Per quanto concerne la Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sono solo cinque i Paesi in cui continuano ad essere riportati casi autoctoni di malaria: Azerbaijan, Uzbekistan, Kirgizstan, Tajikistan e Turchia. L'incidenza della malattia ha comunque subito un drastico decremento nell'ultimo decennio, passando da 32.385 casi nel 2000 a soli 285 casi nel 2009, anno in cui l'unica specie plasmodiale coinvolta è stata *P. vivax*. Ci sono quindi ottime probabilità che venga effettivamente raggiunto l'obiettivo di eradicare la malaria dalla Regione Europea entro il 2015, come stabilito dalla *Roll Back Malaria Partnership* (WHO/European Region, 2011). Tuttavia, va segnalata l'emblematica situazione della Grecia, in cui dall'inizio del 2011 ad oggi sono stati riscontrati 36 casi di malaria da *P. vivax*

Fig. 1. Aree a rischio di malaria (da WHO: *International Travel and Health*, 2)



di cui ben 20 in cittadini greci con anamnesi negativa per viaggi in aree endemiche. I restanti 16 casi sono occorsi in lavoratori immigrati originari di Pakistan, Afghanistan e Marocco. È noto che in Grecia, come peraltro in altre nazioni della Europa meridionale, sono tutt'ora presenti alcune specie di *Anopheles* suscettibili all'infezione e potenzialmente in grado di veicolare la trasmissione: *A. maculipennis*, *A. sacharovi*, *A. hyrcanus* e *A. superpicus* (quest'ultima riscontrata, insieme ad *A. labranchiae*, anche in alcune regioni italiane). Inoltre l'esistenza di una nutrita comunità di migranti provenienti dall'Asia, e in particolare dal subcontinente indiano, potrebbe rappresentare un *reservoir* per la reintroduzione della malaria da *P. vivax* a livello locale. Affinché ciò si verifichi è comunque necessario che sussistano idonee condizioni ambientali, essendo il ciclo vitale del plasmodio assai influenzato dai livelli di temperatura e umidità (Danis et al., 2011). Al momento attuale, tuttavia, tale evento non costituisce una minaccia significativa in termini di estensione del contagio al resto dell'Europa pur richiedendo imperativamente una intensa allerta epidemiologica.

Nel 1970 l'OMS ha dichiarato l'Italia *malaria-free*. I casi osservati negli ultimi 40 anni sono stati quasi tutti di importazione: fanno eccezione un unico caso autoctono verificatosi in Toscana nel 1997, sporadici casi di malaria trasfusionale e quelli cosiddetti "aeroportuali" o "da bagaglio" (ossia legati all'introduzione accidentale di un vettore o alla contaminazione di una zanzara indigena da parte di un soggetto infettatosi all'estero).

Al momento attuale due terzi dei casi sono diagnosticati in soggetti immigrati, solitamente al rientro da brevi soggiorni nel Paese di origine nel quale si erano recati per visitare amici o parenti (i cosiddetti VFR, *visiting friends and relatives*).

Nel 2008 sono stati rilevati 583 casi di malaria di importazione sull'intero territorio nazionale. Il 93% dei pazienti ha contratto l'infezione in Africa e la specie prevalentemente coinvolta è risultata essere *P. falciparum* (circa

83% dei casi). Inoltre, gran parte dei soggetti infettati è costituita da maschi di età compresa tra 25 e 45 anni. Tuttavia, una quota rilevante di casi riguarda individui in età pediatrica (0–14 anni), e in particolare bambini sotto i 6 anni che presentano, per altro, un più alto rischio di complicanze gravi. In riferimento alla distribuzione stagionale dei casi, si nota che la maggior parte delle diagnosi viene posta nei mesi estivi per quanto riguarda gli stranieri che visitano il proprio Paese natale, nei mesi invernali per gli italiani che si muovono per turismo.

Popolazione migrante e suscettibilità alla malaria

Sebbene la malaria sia stata da tempo eradicata da gran parte del territorio europeo, non è infrequente il riscontro di casi di malattia anche nel nostro continente: si tratta infatti di una patologia di importazione (la prima per frequenza in Europa e USA), la cui incidenza è strettamente correlata alla mobilità delle popolazioni (Odolini et al, 2011). I casi di malaria di importazione registrati nell'Unione Europea tra il 2000 e il 2010, sono riportati in Tab. 1.

Si stima che nel mondo ci siano approssimativamente 214 milioni di migranti, di cui oltre 70 milioni si trovano in Europa, un vero e proprio “sesto continente” il cui spiccato dinamismo è responsabile di costanti cambiamenti epidemiologici e socio-sanitari (AAVV, Immigrazione: Dossier statistico 2010, Caritas/Migrantes). Pur sottolineando l'importanza del cosiddetto “effetto migrante sano”, in base al quale solo i soggetti in buone condizioni di salute riescono ad affrontare il difficile percorso migratorio, resta il fatto che questa categoria di persone risulta essere maggiormente esposta a contrarre patologie “esotiche”, in particolare in occasione di viaggi in patria, anche se di breve durata. Naturalmente tale rischio riguarda anche tutti quei soggetti che si recano in aree endemiche per turismo o lavoro, ma in termini strettamente numerici sono i migranti propriamente detti ad essere più colpiti.

Nel nostro Paese, circa il 50% degli immigrati proviene da aree malariche e il 25% dall'Africa. Inoltre, molti di essi sono presenti sul territorio italiano da oltre 10 anni e per tale ragione risultano ormai privi della semi-immunità propria di coloro che vivono stabilmente in un'area endemica. I pazienti infetti provengono in larga misura dall'Africa occidentale. Nigeria, Ghana, Costa d'Avorio, Burkina Faso, Senegal e Camerun sono i Paesi più rappresentati.

I più recenti dati forniti dall'Istituto Superiore di Sanità (Romi et al., 2010), evidenziano un *trend* in calo per quanto attiene ai casi di malaria registrati in Italia, con un tasso di mortalità stabile (intorno allo 0,5%) e comunque inferiore alla media europea. Tale diminuzione risulta più accentuata tra gli italiani rispetto agli stranieri (60% vs 33%), probabilmente a causa della minore efficienza informativa nei confronti della popolazione immigrata che risulta pertanto scarsamente consapevole del rischio. I migranti rappresentano una categoria vulnerabile anche a causa delle maggiori difficoltà di accesso ai servizi socio - assistenziali e sanitari.

PAESE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	62	74	65	74	54	54	50	33	58	44	48
Belgio	337	327	113	235	212	259	195	193	181	181	213
Cipro					1	2	1	1	0	1	1
Rep. Ceca	23	26	21	25	14	18	16	22	20	nd	13
Danimarca	202	154	135	103	106	87	101	80	91	54	61
Estonia	4	1	3	3	2	0	6	5	0	4	1
Finlandia	38	38	31	22	26	25	30	21	40	34	33
Francia	8056	7370	6846	6392	6107	5300	5267	4403	2239	2218	2438
Germania	732	1040	861	819	708	628	566	540	547	523	617
Grecia	28	30	25	43	nd	nd	31	21	36	45	41
Ungheria	14	21	14	7	7	6	18	7	5	8	5
Irlanda	19	11	20	20	25	44	96	71	82	90	82
Italia	986	984	736	672	661	637	630	573	nd	nd	nd
Lettonia	4	6	1	4	4	4	nd	nd	nd	nd	5
Lituania	4	5	9	7	5	2	0	4	3	3	3
Lussemburgo	4	4	1	9	3	3	4	4	2	3	nd
Malta	7	7	7	0	0	2	1	3	3	1	0
Paesi Bassi	691	568	395	356	307	299	253	214	226	241	nd
Polonia	24	27	22	17	30	20	18	11	22	22	35
Portogallo	80	60	90	50	53	47	48	43	41	44	nd
Slovacchia	6	5	9	4	4	1	10	0	2	0	nd
Slovenia	10	7	6	9	7	8	4	9	3	7	9
Spagna	333	346	341	356	351	307	377	319	295	362	346
Svezia	132	143	132	99	102	112	93	88	90	81	115
Regno Unito	2069	2050	1945	1722	1660	1754	1758	1548	1370	1495	1761

Gran parte di coloro che vivono stabilmente in un'area iper- o olo-endemica per malaria hanno contatti ripetuti con il protozoo nel corso della vita, fatto questo che spiega la positività sierologica e che giustifica il loro stato di "semi-immunità", sebbene esistano notevoli differenze individuali (Murhandarwati et al., 2008).

In termini immunologici, un fenomeno interessante è rappresentato dalla perdita di protezione naturale che si osserva nelle donne gravide sebbene viventi stabilmente in un'area endemica, dovuto alla fisiologica tolleranza gravidica, ma soprattutto alle diverse modalità di interazione ospite-parasita che si stabiliscono in gravidanza e nelle primi-gravide, affievolendosi nelle gravidanze successive (Hviid, 1998).

In base a quanto detto finora, si può dunque affermare che il migrante proveniente da una zona ad endemia malarica risulta difficilmente infetto al momento del suo primo ingresso in Italia, ma dopo una protratta permanenza nel nostro Paese perde in larga misura lo stato di protezione transitoria precedentemente acquisito. Oltre alle donne in gravidanza, fanno eccezione i bambini piccoli, che non di rado si presentano con un quadro di malaria già all'accesso nel nostro territorio, a causa della mancata immunizzazione naturale legata alla giovane età (Mascarello et al., 2008).

È interessante constatare la netta discrepanza tra i casi di malaria osservati nei bambini italiani rispetto ai figli di immigrati: questi ultimi rendono conto della quasi totalità delle infezioni pediatriche, a testimonianza della sottostima del rischio individuale propria del migrante, che molto spesso tende erroneamente a ritenersi "immune" dalla malattia in quanto nato in un'area endemica.



Non è ancora chiaro quanto tempo occorra perché si verifichi la perdita dello stato di semi-immunità. Uno studio condotto presso il Centro di Malattie Tropicali di Negrar (VR) su un gruppo di immigrati africani, ha mostrato titoli anticorpali elevati anche a distanza di 15 anni dall'arrivo in Italia, in assenza di viaggi nel Paese natale durante l'intero periodo; va comunque considerato che non sempre la quantità di anticorpi circolanti correla con la presenza di una risposta immunitaria clinicamente efficace (Bisoffi Z., unpublished data 2002, tratto da Mascarello et al, 2008).

Il fenomeno della malaria di importazione in Italia ha cominciato ad emergere sul finire degli anni '70, in concomitanza con un ingente afflusso di profughi dal Sud-est asiatico. La migrazione irregolare, che si stima ammontare a circa il 10-15% del totale, avviene spesso in seguito a pressioni politiche o a catastrofi naturali, esponendo così l'individuo a importanti stress psico-fisici che lo rendono inevitabilmente più suscettibile alla malaria e ad altre patologie infettive. A tale proposito, è importante sottolineare come lo status di rifugiato costituisca in generale un fattore aggravante nella definizione di rischio malarico. Ciò vale soprattutto per i movimenti diretti verso aree in cui la malaria è già presente, con conseguente riduzione delle possibilità di controllo, essendo le opportune misure preventive e contenitive assai difficili da attuare.

92

Nell'estate del 2000 nelle regioni centro-settentrionali dell'Italia (e in particolare in Lombardia), si è assistito ad un evento singolare: 22 immigrati irregolari cinesi sono stati ricoverati con infezione malarica. L'area d'origine di questo cluster di pazienti era la provincia di Zhe Jiang, notoriamente non endemica per la malattia. Il fenomeno ha destato immediatamente grande interesse anche perché si trattava di soggetti non immuni e non propensi a rivolgersi al servizio sanitario per il timore di essere rimpatriati; la carica parassitaria è risultata essere piuttosto elevata (talora >10%) e l'agente coinvolto era principalmente *P. falciparum* (20/22). Non è un caso che ben il 33% dei pazienti ricoverati in ospedale abbia avuto un decorso severo, caratterizzato da importanti complicanze che hanno condizionato il decesso di uno di essi. Le indagini condotte hanno evidenziato che tutti i soggetti coinvolti avevano raggiunto l'Italia dopo un lungo e tortuoso tragitto migratorio via terra e via mare, che li aveva portati ad attraversare numerosi Paesi del Sud - Est Asiatico e dell'Africa occidentale e orientale, a nota endemia malarica. Sono state riportate soste anche prolungate in Laos, Thailandia, Myanmar, Bangladesh, Pakistan, Kenya, Tanzania, Costa d'Avorio e Camerun, aree in cui si osserva per altro un'importante prevalenza di ceppi di *P. falciparum* multifarmacoresistenti (Matteelli et al., 2001). Ecco dunque una prova altamente esemplificativa a sostegno del fatto che la malaria debba essere sospettata anche in soggetti immigrati che provengono da Paesi non malarici e che negano di aver soggiornato in zone a rischio. Non vanno trascurati i ben noti problemi di interazione e integrazione caratteristici di una comunità come quella cinese che viene troppo spesso guardata con sospetto e pregiudizio, a causa delle notevoli differenze linguistiche e culturali che ostacolano pesantemente il dialogo.



Quando sospettare la malaria: aspetti patogenetici e clinici

Le specie di *Plasmodium* patogene per l'uomo sono quattro:

- a) *P. falciparum*, il più diffuso nelle aree tropicali e subtropicali, responsabile della cosiddetta “terzana maligna”;
- b) *P. vivax*, agente della “terzana benigna” presente anche in aree a clima più temperato;
- c) *P. ovale*, avente una distribuzione geografica limitata ad Africa Occidentale, Papua-Nuova Guinea e alcune zone dell'Oceano Indiano;
- d) *P. malariae*, causa della “febbre quartana” e dotato di una diffusione più o meno sovrapponibile a quella di *P. falciparum*.

Ad esse si aggiunge *P. knowlesi* (notoriamente patogeno solo per alcuni primati) a cui sono stati recentemente attribuiti non sporadici casi di malaria umana nel Sud-est asiatico.

P. falciparum provoca le forme più severe, gravate dal più alto tasso di mortalità. *P. vivax* e *P. ovale* sono caratterizzati dalla possibile persistenza di elementi parassitari latenti a livello epatico (*gli ipnozoiti*), responsabili di eventuali riattivazioni a distanza di tempo. Questo dato deve essere attentamente considerato e deve indurre il clinico a sospettare un caso di malaria anche in soggetti che riferiscono di aver soggiornato in aree endemiche persino mesi o anni addietro.

Il protozoo, iniettato con la saliva della zanzara al momento del pasto

ematico, penetra nel sangue sotto forma di *sporozoita* e raggiunge il fegato, dove si svolge una prima fase di replicazione schizogonica seguita dall'immissione di *trofozoiti* nel torrente circolatorio. Questi ultimi invadono gli eritrociti, all'interno dei quali ha luogo un'ulteriore amplificazione per schizogonia che porta alla formazione di nuove generazioni di parassiti ogni 48-72 ore (a seconda della specie di *Plasmodium*). Dopo alcuni cicli replicativi, si generano le forme sessuate del protozoo (*gametociti*), le uniche in grado di infettare il vettore nel cui intestino si verifica il ciclo sporogonico da cui originano gli *sporozoiti* che si depositano nelle ghiandole salivari dell'insetto medesimo.

In caso di infezione da *P. falciparum*, non è infrequente che le manifestazioni cliniche compaiano quando il soggetto si trova ancora nell'area endemica, o comunque pochi giorni dopo il rientro in Italia (in media una settimana). Al contrario, come accennato in precedenza, le forme di malaria sostenute da altre specie plasmodiali sono spesso responsabili di un esordio sintomatologico più tardivo. La maggiore latenza clinica si accompagna non di rado ad un ulteriore ritardo diagnostico, a causa della scarsa propensione del personale sanitario a porre il sospetto di malaria in soggetti che non presentano una storia recentissima di soggiorno in aree a rischio.

Il quadro clinico può essere sfumato e solitamente non presenta elementi di tipicità. Per tale motivo il sospetto diagnostico deve essere posto sulla base delle informazioni anamnestiche ed epidemiologiche relative al singolo paziente. In linea generale, l'insorgenza di febbre in un individuo entro 3 mesi dal rientro da una zona malarica, deve essere considerata un'emergenza medica e richiede, pertanto, idonei accertamenti diagnostici. D'altro canto, la comparsa di sintomi prima che siano trascorsi almeno 7 giorni dall'arrivo nell'area a rischio non è attribuibile a infezione da *Plasmodium* (WHO, 2011).

I casi di malaria non complicata si presentano con febbre, brividi, sudorazione profusa, mialgia, cefalea, astenia, tosse, vomito, dolore addominale. Molto spesso i parossismi febbrili si susseguono in modo irregolare, senza seguire l'andamento tipico della terzana o della quartana. Inoltre, va ricordato che il migrante che non abbia ancora perso del tutto la propria condizione di "semi-immunità", mostra non di rado un quadro paucisintomatico: tale evenienza, oltre a rendere più difficile il processo diagnostico, porta il paziente stesso a trascurare le manifestazioni cliniche e a non rivolgersi tempestivamente ad un servizio sanitario (Di Perri et al., 1994).

Nelle forme sostenute da *P. falciparum* sono possibili complicanze quali insufficienza renale acuta, edema polmonare o sindrome da *distress* respiratorio acuto, anemia severa, shock cardiocircolatorio, convulsioni generalizzate, confusione mentale fino al coma (Tab. 2). La malaria cerebrale costituisce senza dubbio la più grave delle complicanze osservate, con decorso rapidamente evolutivo che necessita di un trattamento urgente. La severità della presentazione clinica non sempre correla con l'entità della parassitemia: infatti, a parità di carica parassitaria, solo alcuni individui vanno incontro ad una forma perniciosa di malaria sebbene un valore superiore al 5% si associ generalmente ad una prognosi infausta.

Tab. 2. Criteri per la definizione di un caso di malaria grave o complicata secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, *Malaria case management: operations manual 2009*)

CRITERI DI DEFINIZIONE DI MALARIA SEVERA	
Coma o disturbi di coscienza	Coma profondo senza riflesso al dolore, con esclusione di altre cause di encefalopatia
Anemia normocitica grave	HCT < 15% o H _v < 5 gr/dl
Insufficienza renale acuta	Diuresi < 400 ml/24h e creatininemia > 3 mg/dl senza miglioramento dopo reidratazione
Edema polmonare	Tachipnea, ipodafania in Rx torace, ipossiemia, ipercapnia, rantoli crepitanti bilaterali
Ipoglicemia	Glicemia < 40 mg/dl
Shock	PAS < 80 mmHg nell'adulto, < 50 mmHg nei bambini 1-5 anni
Emorragie spontanee, CID	Epistassi, sanguinamenti gastro-intestinali, emorragie retiniche, evidenza biochimica di CID
Convulsioni generalizzate ripetute	>2 crisi/24h
Acidosi	pH < 7,25 o HCO ₃ ⁻ < 15 mmol/l, lattacidemia > 6 mmol/l
Emoglobinuria malarica	Urine di colore nero o marrone scuro
Iperparassitemia	Densità di forme asessuate nel sangue periferico > 5% degli eritrociti (nei migranti) o < 2% (nei soggetti non immuni)
Ittero	Bilirubina totale > 3 mg/dl
Ipertermia	Temperatura rettale > 40 °C
Infezioni associate	Polmonite <i>ab ingestis</i> , sepsi, infezioni delle vie urinarie, etc.
Altri fattori prognostici negativi	GB >12.000/μl, schizonti nel sangue periferico, ipodicorrea e alti livelli liquorali di lattato, ↓ AT-III

Va ricordato che alcuni fattori genetici dell'ospite sono in grado di influenzare in maniera significativa l'espressione clinica della malattia. Ad esempio, soggetti provenienti dall'Africa Sub-Sahariana presentano anomalie morfo-funzionali degli eritrociti con maggiore frequenza rispetto alla popolazione europea: è noto da tempo che gli individui eterozigoti per mutazioni responsabili di deficit della glucosio-6-fosfato-deidrogenasi, talassemia, anemia falciforme possiedono un vantaggio evolutivo legato alla minore suscettibilità ai plasmodi della malaria e dunque vanno incontro ad un quadro clinico più blando (Bouchaud et al., 2005). Un altro fattore responsabile di una differente propensione alla malattia nei diversi gruppi etnici, è costituito dall'espressione dell'antigene eritrocitario Duffy con il quale interagisce *P. vivax*: gran parte dei soggetti originari dell'Africa Occidentale è Duffy-negativa e di conseguenza risulta intrinsecamente resistente all'infezione sostenuta da questa specie plasmodiale.

Da quanto esposto emerge il carattere marcatamente proteiforme della malaria che deve sempre essere sospettata e ricercata qualora ci si trovi di fronte ad un paziente con una storia di possibile esposizione all'agente eziologico, indipendentemente dalla specificità delle manifestazioni cliniche che, come si è visto, potrebbero risultare fuorvianti.

Accertamento diagnostico e gestione del paziente

Una volta posto il sospetto clinico di malaria, occorre ottenere una conferma diagnostica mediante osservazione al microscopico di un campione di sangue periferico.

L'individuazione del parassita si avvale di due metodiche principali: lo striscio sottile e la goccia spessa. La diagnostica emoscopica offre il vantaggio del basso costo accompagnato a buoni livelli di sensibilità e specificità. Questa dovrebbe essere eseguita prima dell'inizio della terapia antimalarica ed entro poche ore dall'esordio dell'accesso febbrile, che corrisponde alla fase di più elevata carica parassitaria. Lo striscio sottile è fondamentale per l'identificazione di specie mentre la tecnica in goccia spessa, che non richiede la fissazione in modo da consentire la lisi osmotica delle emazie, è invece impiegata principalmente per determinare la parassitemia, con una soglia di sensibilità di circa 10 parassiti/ μ l. Il principale limite di tale metodica è legato alle difficoltà diagnostiche in caso di bassi valori di parassitemia, che possono essere riscontrati in soggetti semi-immuni e in soggetti che abbiano ricevuto una chemioprophilassi antimalarica o che siano stati sottoposti ad un inadeguato ciclo terapeutico. Altre tecniche disponibili per la diagnosi di malaria sono il *Quantitative Buffy Coat* (QBC), tecnica dotata di elevata sensibilità (fino a 2-3 parassiti/ μ l) ma gravata da costi significativi; i metodi immunocromatografici che sfruttano gli anticorpi monoclonali, semplici e rapidi ma non sempre in grado di discriminare tra le differenti specie plasmodiali e non in grado di fornire informazioni quantitative; i test molecolari (PCR, *Polymerase Chain Reaction*), che permettono una precisa identificazione di specie oltre che una valutazione della farmacoresistenza, pur non essendo ancora pienamente standardizzati. I metodi sierologici trovano scarsa applicazione nella diagnosi di malattia attiva in quanto indicano solo una pregressa esposizione alla malaria.

96

Di fronte ad un caso sospetto o accertato di malaria, è importante inviare tempestivamente il paziente ad un centro accreditato. La scelta del trattamento più idoneo deve essere fatta tenendo conto del contesto epidemiologico, delle caratteristiche clinico-immunologiche del singolo individuo e della specie plasmodiale coinvolta.

In caso di malaria non complicata da *P. falciparum* ci si può orientare verso una terapia antimalarica combinata per via orale. La malaria benigna da *P. vivax*, *P. ovale* o *P. malariae* è generalmente trattabile con cloroquina (data l'ancora diffusa sensibilità a questa molecola), ma bisogna ricordare che tale farmaco non è in grado di eliminare le forme epatiche quiescenti del parassita, responsabili di recidive a distanza. Di conseguenza, è opportuno impostare un regime terapeutico radicale includendo la somministrazione di primachina in caso di infezione da *P. vivax* o *P. ovale*.

Qualora ci si trovi di fronte ad un caso di malaria complicata, ci si deve avvalere di agenti farmacologici a pieno dosaggio per via parenterale: le opzioni disponibili sono sostanzialmente chinino ed i derivati dell'artemisinina (purtroppo non ancora commercialmente disponibili in Italia), sempre in associazione alla necessaria terapia di supporto.

In Italia la malaria è soggetta a notifica obbligatoria (DM 15/12/1990; Circolare Ministeriale n. 22 del 12/05/1992). In caso di riscontro positivo all'emoscopia, le Aziende Sanitarie sono tenute a inviare la scheda di notifica standard al Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Salute, contestualmente ai campioni ematici raccolti sui quali viene confermato il caso da parte dell'Istituto Superiore di Sanità. Il tasso di sottonotifica, stimato mediante il confronto tra le notifiche e i casi di malaria desunti dalle SDO, si aggira intorno al 38.9% (AAVV, Servizio Sanità Pubblica – Regione Emilia-Romagna, 2011).

Profilassi antimalarica: il primo passo è l'informazione

La profilassi rappresenta una strategia fondamentale per il controllo della malaria di importazione e per tale ragione dovrebbe essere oggetto di adeguate campagne di informazione ed educazione in particolar modo presso le categorie a rischio più elevato, come appunto i migranti che rientrano nel Paese d'origine. A supporto di questa tesi, si può notare come la maggior parte dei soggetti infettati non abbia effettuato alcuna profilassi o l'abbia effettuata in maniera incompleta durante il periodo di permanenza in un'area endemica.

La prevenzione dell'infezione si basa su quattro principi fondamentali:

- 1) informazione in merito a rischi, periodo di incubazione, sintomatologia, etc. (*Awareness*);
- 2) limitazione del contatto uomo-vettore (*avoid being Bitten*);
- 3) assunzione di farmaci antimalarici (*Chemoprophylaxis*);
- 4) precocità della diagnosi (*Diagnosis*) (WHO, 2011).

Come già affermato in precedenza, il migrante ha frequentemente difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Ciò vale non solo per coloro che essendo irregolarmente presenti sul territorio italiano evitano di rivolgersi alle strutture assistenziali (se non in caso di urgenza) per il timore di incorrere nella denuncia all'Autorità Giudiziaria, ma anche per gli immigrati muniti di permesso di soggiorno. Molto spesso infatti, queste persone hanno, da un lato, una scarsa consapevolezza dei diritti di cui godono nel Paese ospite per quanto attiene alla tutela della salute e, dall'altro, un atteggiamento culturale tale da indurle a non ricercare adeguata consulenza medica prima di accingersi a rientrare in patria (Castelli et al., 1999). Da qui emerge la necessità di potenziare la rete di servizi deputati a fornire informazione ed educazione al viaggiatore internazionale, possibilmente dislocandoli anche in aree più frequentate dai migranti. Uno sforzo per meglio comprendere questo fenomeno è stato compiuto a Brescia, città che ospita una rilevante quota di immigrati provenienti da aree malariche, mediante uno studio condotto tra il 1996 e il 1997 dalla Clinica di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Locale. L'indagine è stata effettuata tra gli utenti dell'ambulatorio riservato ai cittadini stranieri non iscritti al SSN, con l'obiettivo di valutare la loro conoscenza della malaria nonché la percezione soggettiva del rischio. Si trattava

per lo più di immigrati regolari provenienti dall’Africa Sub-sahariana, presenti in Italia mediamente da 4 anni, che erano rientrati nel Paese di origine (VFR) nei 6 mesi precedenti l’inchiesta. È emerso che circa il 70% dei partecipanti era al corrente dell’esistenza della malaria nel proprio Paese d’origine ma solo il 17,6% di essi aveva ricevuto una consulenza sanitaria prima di un viaggio verso l’area endemica: nel 50% dei casi la motivazione della mancata ricerca di informazioni risiedeva nella convinzione personale di non essere a rischio. Le altre ragioni addotte sono state l’inconsapevolezza della disponibilità di efficaci misure preventive e il rifiuto di sottoporsi ad esse (in particolare per quanto riguarda la chemioprolifassi). Va poi sottolineato che la piccola quota di individui che si era rivolta ad un servizio di consulenza, non aveva di fatto rispettato le istruzioni ricevute (Scolari et al., 2002).

Non deve essere trascurato che i VFR tendono a soggiornare in zone rurali (e dunque intrinsecamente più esposte al contagio), spesso lontane dai centri sanitari, dove non sono reperibili i necessari presidi atti a proteggere l’individuo dal contatto con il vettore. Le zanzariere da letto solo di rado sono presenti e/o adeguatamente adoperate. In sostanza, oltre ai problemi di scarsa informazione e compliance, esiste anche un significativo limite legato all’esiguità delle risorse disponibili in loco. Questo limite non riguarda invece gli italiani che si muovono per turismo, i quali si recano solitamente in regioni più servite e meglio equipaggiate dal punto di vista delle infrastrutture.

98

È dunque assolutamente prioritario fornire al cittadino (straniero e non) informazioni chiare e corrette in merito ai rischi correlati alla permanenza in una zona tropicale e sub-tropicale, contestualmente a indicazioni pratiche circa le modalità di prevenzione della malaria così come di altre patologie infettive:

- indossare abiti chiari coprendo il più possibile la superficie cutanea;
- impiegare repellenti sia sulla cute sia sugli indumenti, in particolare nelle ore di maggiore attività del vettore (dal tramonto all’alba);
- utilizzare la zanzariera da letto, impregnata di permetrina o analoghi, e applicare tende o reti a porte e finestre.

Ferma restando l’utilità degli accorgimenti per la protezione personale, è importante stabilire se impostare un regime di profilassi farmacologica e, in caso affermativo, scegliere la tipologia più adeguata (Tab. 3 e 4), proseguendo l’assunzione anche dopo il rientro per un periodo variabile in rapporto alla molecola in uso.

Tab. 3. Principali schemi di chemioprolifassi antimalarica attualmente disponibili

CHEMIOPROLIFASSI ANTIMALARICA (posologia per adulti)	
CLOROCHINA	300 mg/sett
CLOROCHINA + PROGUANILE	300 mg/sett + 200 mg/die
MEFLOCHINA	250 mg/sett
DOXICICLINA	100 mg/die
ATOVAQUONE/PROGUANILE	250/100 mg/die

Tab. 4. Raccomandazioni per la prevenzione della malaria in base all'entità del rischio (WHO, *International Travel and Health* 2011)

	RISCHIO MALARICO	TIPO DI PREVENZIONE
TIPO I	Rischio molto limitato	Solo prevenzione delle punture di zanzara
TIPO II	Rischio di malaria da <i>P. vivax</i> o <i>P. falciparum</i> pienamente clorochino-sensibile	Prevenzione delle punture di zanzara e chemioprolassi con cloroquina
TIPO III	Rischio di malaria da <i>P. vivax</i> e <i>P. falciparum</i> , in associazione all'emergenza di clorochino-resistenza	Prevenzione delle punture di zanzara e chemioprolassi con cloroquina + proguanile
TIPO IV	(1) Alto rischio di malaria da <i>P. falciparum</i> , con nota farmaco-resistenza. (2) Rischio medio-basso di malaria da <i>P. falciparum</i> , con alti livelli di farmaco-resistenza	Prevenzione delle punture di zanzara e chemioprolassi con meflochina, doxiciclina o atovaquone/proguanile (a seconda del pattern di resistenza)

La decisione deve essere presa dal medico alla luce delle informazioni epidemiologiche relative all'area in cui il soggetto intende recarsi, ricordando che il rischio tende ad essere più elevato nelle zone rurali rispetto a quelle urbane e che esiste spesso una certa variabilità stagionale. La scelta della o delle molecole da somministrare deve tener conto del pattern di farmaco-resistenza dei parassiti nelle diverse regioni geografiche, oltre che della tollerabilità soggettiva e della durata del soggiorno nell'area endemica. In caso di permanenza prolungata (superiore ai 3 mesi), si osserva spesso un'importante riduzione dell'aderenza alle procedure preventive, in particolare per quanto riguarda la chemioprolassi. I soggetti che assumono i farmaci in modo discontinuo o incompleto risultano essere altamente suscettibili all'infezione, e non di rado incorrono in un considerevole ritardo diagnostico a causa della negatività dello striscio ematico conseguente ai bassissimi livelli di parassitemia.

Particolare attenzione deve essere riservata alle categorie a maggiore rischio, quali bambini, donne in gravidanza e soggetti immunodepressi (primi fra tutti gli individui con infezione da HIV/AIDS). Si è già osservata in precedenza la spiccata propensione a sviluppare la malaria propria dei soggetti in età pediatrica. I figli degli immigrati residenti in Italia, sempre più spesso nascono nel nostro Paese e per tale motivo, a differenza dei loro genitori, non hanno acquisito alcuna forma di immunità nei confronti dei plasmodi. Questo dato, in associazione alla giovane età, li pone in una condizione di grande pericolo (anche per quanto riguarda l'entità delle manifestazioni cliniche) nel momento in cui vengono portati nel Paese d'origine in visita ad amici e parenti. A tal proposito, è bene ribadire che continua ad essere radicata l'erronea convinzione che anche i bambini possiedano una certa protezione naturale, così da non ritenere necessaria l'attuazione delle suddette misure profilattiche, pur trascorrendo lunghi periodi in aree iperendemiche (Stäger et al, 2009).

Considerazioni conclusive

Il fenomeno migratorio è ormai divenuto strutturale nel nostro Paese richiedendo interventi sanitari curativi e preventivi adeguati alle nuove esigenze. La infezione malarica nei soggetti migranti interessa i primi arrivi ma, soprattutto coloro i quali rientrano nel proprio Paese di origine ad endemia malarica dopo alcuni anni di permanenza nel nostro Paese, che ne ha indebolito le difese specifiche. A loro, e soprattutto ai loro figli nati in Italia, deve essere riservata una particolare attenzione preventiva cercando di trasmettere messaggi educativi e atteggiamenti chemioprolattici essenziali al fine di evitare l'infezione malarica e le sue conseguenze, talora gravi e mortali. Allo stesso tempo, sotto il versante curativo, un episodio febbrile in un migrante da Paese ad endemia malarica deve condurre senza indugio il medico curante al quesito fondamentale "Unde venis?" al fine di non trascurare le manifestazioni cliniche iniziali, talora subdole, di una infezione malarica che deve essere trattata tempestivamente

Bibliografia

100

AAVV. *Epidemiologia della malaria in Emilia-Romagna 1999-2010*. Servizio Sanità Pubblica – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna, Ottobre 2011

AAVV. *Immigrazione: dossier statistico 2010, XX Rapporto*. Caritas/Migrantes, Roma 2011

Bouchaud O., Cot M., Kony S., Durand R., Schiemann R., Ralaimazava P., Coulaud J. P., Le Bras J., Deloron P. *Do African immigrants living in France have long-term malarial immunity?* Am J Trop Med Hyg 2005; 72: 21-25

Castelli F., Matteelli A., Caligaris S., Gulletta M., El-Hamad I., Scolari C., Chatel G., Carosi G. *Malaria in migrants*, Parassitologia 1999; 41: 261-265

Centralized Information System for Infectious Diseases (CISID) 2011. Disponibile: <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=277297>

Danis K., Baka A., Lenglet A., Van Bortel W., Terzaki I., Tseroni M., Detsis M., Papanikolaou E., Balaska A., Gewehr S., Dougas G., Sideroglou T., Economopoulou A., Vakalis N., Tsiodras S., Bonovas S., Kremastinou J. *Autochthonous Plasmodium vivax malaria in Greece, 2011*. Euro Surveill, 2011 Oct 20; 16 (42)

Di Perri G., Solbiati M., Vento S., De Checchi G., Luzzati R., Bonora S., Merighi M., Marocco S., Fibbia G., Concia E. *West African immigrants and new patterns of malaria imported to North Eastern Italy*. J Travel Med 1994; 1: 147-151

Hviid L. *Clinical disease, immunity and protection against Plasmodium falciparum malaria in populations living in endemic areas*. *Expert Rev Mol Med*. 1998 Jun 24;1998:1-10

Mascarello M., Allegranzi B., Angheben A., Anselmi M., Concia E., Laganà S., Manzoli L., Marocco S., Monteiro G., Bisoffi Z. *Imported malaria in adults and children: epidemiological and clinical characteristics of 380 consecutive cases observed in Verona, Italy*. *J Travel Med*. 2008 Jul-Aug;15(4):229-36

Matteelli A., Volonterio A., Gulletta M., Galimberti L., Marocco S., Gaiera G., Gianni G., Rossi M., Dorigoni N., Bellina L., Orlando G., Bisoffi Z., Castelli F. *Malaria in illegal Chinese immigrants*. *Italy, Emerg Infect Dis*. 2001 Nov-Dec;7(6):1055-8

Murhandarwati E.E., Black C. G., Wang L., Weisman S., Koning-Ward T.F., Baird J. K., Tjitra E., Richie T. L., Crabb B. S., Coppel R.L. *Acquisition of invasion-inhibitory antibodies specific for the 19-kDa fragment of merozoite surface protein 1*. In: A trans migrant population requires multiple infections, *J Infect Dis*. 2008 Oct 15;198(8):1212-8

Odolini S., Parola P., Gkrania-Klotsas E., Caumes E., Schlagenhauf P., López-Vélez R., Burchard G. D., Santos-O'Connor F., Weld L., von Sonnenburg F., Field V., de Vries P., Jensenius M., Loutan L., Castelli F. *Travel-related imported infections in Europe*. *EuroTravNet 2009, Clin Microbiol Infect*. 2011 Jun 10. doi: 10.1111/j.1469-0691.2011.03596

101

Romi R., Boccolini D., D'Amato S., Cenci C., Pompa M.G., Majori G. *Malaria surveillance in Italy: the 2000-2008 national pattern of imported cases*. *Giornale Italiano di Medicina Tropicale* 2010; 15: 35-38

Scolari C., Teboldi S., Casalini C., Scarcella C., Matteelli A., Casari S., El Hamad I., Castelli F. *Knowledge, attitudes and practices on malaria preventive measures of migrants attending a public health clinic in northern Italy*. *J Travel Med* 2002; 9: 160-162

Stäger K., Legros F., Krause G., Low N., Bradley D., Desai M., Graf S., D'Amato S., Mizuno Y., Janzon R., Petersen E., Kester J., Steffen R., Schlagenhauf P. *Imported malaria in children in industrialized countries, 1992-2002*, *Emerg Infect Dis*. 2009 Feb;15 (2):185-91.

WHO - European Region, 2011.

Disponibile: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/information-for-the-media/sections/latest-press-releases/who-european-region-aims-to-wipe-out-malaria-in-4-years-roll-back-malaria-partners-target-strongholds-of-the-disease>

WHO. *International Travel and Health 2011*. WHO, Geneva 2011 (<http://www.who.int/ith/en/>)

WHO. *Malaria case management: operations manual 2009*. Disponibile: http://www.google.it/search?q=definizione+di+malaria+grave+criteri+OMS&hl=it&gbv=2&gs_sm=e&gs_upl=3109115357101156231571571131331331012031146712.8.111110



La terra del coprietto, Jessie Willcox Smith, 1863-1935

JESSIE WILLCOX SMITH.

EPATITI VIRALI NEI MIGRANTI

Issa El-Hamad, Maria Chiara Pezzoli, Stefania Rossi

Le principali epatiti virali, che rappresentano un importante problema di salute pubblica su scala mondiale, comprendono le forme B, C, D a trasmissione parenterale e le epatiti A ed E a trasmissione oro-fecale. In generale, la distribuzione dei virus epatitici varia a livello mondiale in base alle condizioni socio-economiche locali e delle politiche sanitarie e vaccinali nei diversi Paesi.

Gli immigrati da Paesi endemici verso Paesi a bassa endemia risultano più spesso immunizzati contro le epatiti a contagio oro-fecale, le quali presentano scarsissima (epatite E) o nulla (epatite A) tendenza alla cronicizzazione, non comportano l'evoluzione in portatori asintomatici e, pertanto, rimangono confinate nei rispettivi Paesi con scarsa tendenza all'esportazione.

L'epatite virale E, che un tempo si credeva confinata alle aree ad alta endemia (Africa, Asia, Messico) e presente solo in sporadici casi di importazione nei Paesi industrializzati, raggiunge in realtà nei Paesi europei una sieroprevalenza che varia, a seconda dei diversi studi, dal 2,2% al 9,3%, di cui molti casi non possono essere messi in relazione ad alcun viaggio. Negli stessi studi la prevalenza della sieropositività per HEV negli immigrati era solitamente superiore rispetto a quella negli autoctoni, ma non tanto da poter essere considerata un'importante fonte di rischio di trasmissione nei Paesi ospiti.

Diverse evidenze hanno mostrato che nei Paesi a bassa endemia come Europa, Nord America e Giappone, il genotipo prevalente è il 3, mentre nei Paesi ad alta endemia è il genotipo 1 che si rende responsabile della maggiore parte delle epatiti attribuite a questo virus. Alcuni animali selvatici (cervi e cinghiali) e non, in particolare i suini, costituiscono i principali serbatoi dell'infezione. La modalità di contagio è fondamentalmente rappresentata da ingestione di acqua contaminata o di carne cruda o poco cotta di animali infetti; tuttavia, in alcuni casi, è stata segnalata la tra-



104

La prevalenza di epatiti acute da HEV nei Paesi a bassa endemia appare oggi largamente sottostimata a causa del limitato ricorso alle specifiche indagini sierologiche; in uno studio effettuato nel sud della Francia, per esempio, le epatiti acute da HEV erano più frequenti di quelle sostenute da HAV, mentre viene stimato che in Ungheria il 10% delle epatiti acute ad eziologia non determinata potrebbe essere dovuto all'HEV. In un'altra casistica francese è emerso che dal 2003 al 2007 l'incidenza delle epatiti E è rimasta stabile e che il 96,8% dei casi erano da considerarsi autoctoni. Inoltre, sul piano clinico questa forma di epatite è aggravata da una elevata mortalità con percentuali che variano dall'1 al 4% e che, nelle donne gravide, possono raggiungere il 20% dei casi. È stata documentata inoltre la possibile evoluzione in epatite cronica nei pazienti trapiantati d'organo e che la super-infezione da HEV nei pazienti cirrotici determina un aumento della mortalità nel breve periodo. Da un punto di vista preventivo è interessante segnalare che è stato approntato di recente un nuovo vaccino, tuttora in via di sperimentazione, che appare piuttosto promettente.

A differenza dell'epatite E, l'**epatite virale A** riconosce nell'uomo l'unico *reservoir* per il virus. L'infezione avviene quasi esclusivamente attraverso la via orale (oro-fecale), tramite contatto diretto tra persone o ingestione di acqua, cibi contaminati (verdure, ortaggi o mitili).

Nelle feci dell'individuo infetto il virus è presente solo nelle 2 settimane che precedono l'esordio della malattia e nella prima settimana del decorso clinico, mentre si ritrova nel sangue solo per pochi giorni.



Mentre nei Paesi in via di sviluppo la grande maggioranza delle persone si infetta nei primi 5 anni di età (spesso in modo totalmente asintomatico) e le epidemie sono rare a causa dell'immunità di gregge così acquisita, nei Paesi industrializzati, col miglioramento delle condizioni socio-economiche e la diminuzione dell'esposizione in età infantile, si è avuto un aumento del numero di adulti suscettibili. Essendo l'infezione da HAV più frequentemente sintomatica negli adulti che in età infantile, arrivando nelle persone con più di 50 anni ad un tasso di mortalità pari all'1,8%, paradossalmente con la diminuzione della frequenza delle infezioni si è rilevato un aumento delle infezioni clinicamente manifeste. In tale contesto, effettivamente, viaggiatori al ritorno da aree endemiche, immigrati provenienti dal Paese d'origine e cibi esotici di importazione possono ciclicamente avere un ruolo nel causare epidemie in Paesi a bassa endemia. Questo è vero in particolar modo per i figli di migranti nati nei Paesi industrializzati che, non avendo acquisito precedentemente l'immunità, rischiano di infettarsi durante le vacanze nel Paese d'origine dei genitori e di provocare, in casi comunque sporadici, l'importazione dell'infezione e la sua temporanea diffusione in ambito comunitario. Da diversi anni, comunque, le infezioni da HAV sono fortunatamente prevenibili grazie al vaccino. In Italia la vaccinazione anti-epatite A è indicata per tutti i viaggiatori che si recano in zone ad alto rischio e per altre categorie potenzialmente esposte (sanitari, addetti alla manipolazione di alimenti, omosessuali, persone che vivono in comunità chiuse, tossicodipendenti, etc.). In altri Paesi, come l'Olanda, dove la vaccinazione viene da qualche anno proposta a tutti i figli degli immigrati provenienti da Paesi ad alta endemia, si è osservata una diminuzione sia dei casi di importazione sia di quelli secondari. Negli Stati Uniti, nel 1999 la vaccinazione era stata estesa a tutti i bambini che abitavano nei 17 Stati a maggiore incidenza: la diminuzione in incidenza e mortalità dell'infezione

che si è osservata negli anni, in particolare in questi stati, ha fatto sì che a partire dal 2006 negli USA venisse raccomandata la vaccinazione anti-HAV a tutti i bambini dai 13 a 23 mesi nell'intera nazione.

Diversa è la situazione epidemiologica per quanto riguarda le epatiti a prevalente trasmissione parenterale, che possono evolvere in forme croniche paucisintomatiche o addirittura asintomatiche, in soggetti inconsapevoli della propria condizione e in grado di trasmettere l'infezione. La proporzione di tali soggetti tra gli immigrati nel nostro Paese dipende ovviamente dalla situazione epidemiologica nel Paese di provenienza e la potenziale diffusione è funzione della tipologia di contatto con altri soggetti e dello stato immunologico e vaccinale della popolazione nel Paese ospite. Attualmente non vi sono sufficienti conoscenze sulla reale diffusione delle epatiti virali tra gli immigrati nel nostro Paese e molte delle considerazioni epidemiologiche in tale senso sono ricavate da stime effettuate sulla base degli indici epidemiologici nei Paesi di provenienza.

Per quanto concerne l'**epatite virale B**, secondo un documento di consenso del Parlamento Europeo, il crescente numero di immigrati nei Paesi europei ha inciso significativamente sull'andamento epidemiologico di questa malattia, determinando un aumento nei tassi di prevalenza dell'infezione da HBV rispetto ai tassi attesi nella popolazione autoctona. L'incidenza dell'epatite B negli immigrati, in particolare quelli provenienti da Paesi ad elevata ed intermedia endemia di HBV, è generalmente più alta rispetto a quella registrata nella popolazione dell'Europa occidentale. Tuttavia, vi sono a tutt'oggi poche e incomplete informazioni circa i dati di prevalenza ed incidenza dell'epatite B in Europa, i cui sistemi di sorveglianza necessitano di una più accurata e completa valutazione sia dei cambiamenti epidemiologici in atto sia degli interventi più efficaci per il controllo effettivo della malattia. In Italia, l'introduzione della vaccinazione anti-HBV a partire dal 1991, ha determinato una contrazione dell'incidenza dei casi di epatite acuta da HBV, che si è ridotta progressivamente da 12 casi/100.000 abitanti nel 1985 a 1,3 casi/100.000 abitanti nel 2005, accanto ad una consistente diminuzione dei casi di epatite acuta da HDV. Infatti, l'**epatite virale D** necessita della presenza del virus HBV per la propria replicazione e presenta un'incidenza maggiore nelle popolazioni con più alta prevalenza di epatite virale B.

Anche la prevalenza dei portatori di HBsAg si è ridotta dal 3% negli anni '80 ad un valore attualmente inferiore all'1%. I livelli di prevalenza di portatori di HBsAg tra gli immigrati riscontrati in diversi studi nazionali appaiono eterogenei e frammentati: 8,9% su un campione di 1.683 immigrati nel Nord Italia, 7,7% su un campione di 771 immigrati appena arrivati nei Centri di Prima Accoglienza della Puglia, 39% su un campione di 218 immigrati cinesi in Toscana. A Padova, su 2.059 donne gravide (di cui il 12,8% immigrate), la prevalenza di HBsAg è stata dell'1% (3,1% nelle immigrate versus 0,7% nelle italiane, $p < 0,01$), mentre a Palermo, su un campione di 3.318 donne gravide (di cui il 9,4% immigrate), la prevalenza di HBsAg è stata dell'1,1% (4,2% nelle immigrate versus 0,8% nelle italiane, $p < 0,01$). Fra le donne gravide immigrate la prevalenza di HBsAg è circa 4-5 volte più alta rispetto alle donne italiane. In due studi recenti è stata evidenziata la

possibilità che gli immigrati possano essere esposti ad un maggior rischio di acquisire l'infezione da HBV nel nostro Paese, anche per l'assenza di campagne vaccinali efficaci nei loro Paesi di origine: secondo dati Caritas relativi a 1.248 immigrati testati a Castelvoturno (CE) nel periodo 1999-2004, la prevalenza di HBsAg era del 7,8%, mentre il 47% non aveva marcatori di pregressa esposizione e quindi era a rischio di infettarsi nel nostro Paese. Analogamente, uno studio condotto in Liguria su 245 donne immigrate ha mostrato che la prevalenza di HBsAg era dell'1% ma il 77% non aveva marcatori di pregressa esposizione e immunizzazione verso l'infezione da HBV. Allo scopo di ottenere informazioni epidemiologiche accurate in un campione ampio e rappresentativo della popolazione immigrata nella provincia di Brescia, è stato condotto uno studio di prevalenza di epatite B in una popolazione di immigrati prevalentemente "clandestini" presso il Servizio di Medicina del Disagio dell'Azienda Sanitaria Locale di Brescia. I dati dello studio mostrano una prevalenza di HBsAg di circa il 10%. Oltre la metà dei soggetti HBsAg positivi proviene dall'Africa, circa un terzo dall'Europa dell'est e il 10% dall'Asia. Ben il 35% dei soggetti testati non è risultato immunizzato verso l'epatite B.

Sulla base dei dati sopra esposti, è possibile concludere che la prevalenza di HBV fra gli immigrati varia molto a secondo dell'area di provenienza e si aggira in media attorno al 10%. Inoltre, una parte importante degli immigrati giunge in Italia senza immunizzazione protettiva verso l'infezione da HBV e, quindi, rappresenta un gruppo a cui indirizzare mirate campagne preventive, ma soprattutto a cui estendere i programmi di profilassi vaccinale. I programmi di vaccinazione estesi alla popolazione di immigrati sono considerati, anche a livello di politiche europee, essenziali per ridurre i tassi di incidenza dell'infezione negli immigrati. Tali programmi dovrebbero includere, oltre allo screening e alla vaccinazione dei soggetti suscettibili, anche uno stretto follow-up dei soggetti vaccinati, al fine di valutare l'efficacia dell'intervento. Appare inoltre essenziale, per garantire un più ampio accesso da parte dei migranti ai programmi di prevenzione e screening, il coinvolgimento delle rispettive comunità etniche e la facilitazione dell'accesso alle strutture sanitarie, indipendentemente dallo stato giuridico del soggetto.

Infine, particolare importanza riveste l'analisi dei differenti genotipi del virus HBV. Il virus HBV può essere classificato in 8 diversi genotipi (A-H): il genotipo A predomina nell'Europa nord-occidentale, in nord-America ed in Africa e in India; i genotipi B e C sono prevalenti in Asia, il genotipo D ha diffusione mondiale con particolare rilevanza nell'area mediterranea, il genotipo E è diffuso in Africa subsahariana, il genotipo F in centro-sud America, il genotipo G in nord-America, Francia, Regno Unito, Italia, Messico e Germania, infine il genotipo F predomina in centro e Sud America. Negli Stati Uniti, il genotipo A è più comune nei bianchi e nei neri, mentre i genotipi B e C predominano nei soggetti di origine asiatica. Le differenze genotipiche di HBV possono, almeno in parte, spiegare l'eterogeneità della storia naturale dell'infezione. Ad esempio, mutazioni del virus che causano la negativizzazione di HBeAg, nonostante la presenza di replicazione virale, sono meno frequenti nel genotipo A rispetto al D, parimenti il genotipo C

determina un'epatite cronica più severa ed un maggior rischio di epatocarcinoma (HCC) rispetto al genotipo B. Ma probabilmente l'impatto maggiore dei genotipi di HBV si estrinseca a livello di risposta ai farmaci antivirali, in particolare alla terapia con Interferone (IFN), o a livello di sviluppo di resistenze farmacologiche alla lamivudina e in generale ai farmaci nucleosidici. Secondo diversi studi, i genotipi B ed A sembrerebbero predittivi di una miglior risposta alla terapia con IFN (convenzionale o pegilato) rispetto ai genotipi C e D rispettivamente. In quest'ottica, e per una efficace gestione clinica dei pazienti immigrati affetti da epatite cronica da HBV, appare importante conoscere la presenza e la distribuzione, in questa popolazione, delle diverse varianti virali, per le implicazioni che possono rivestire dal punto di vista sia patogenetico sia diagnostico-terapeutico.



Nonostante l'**epatite virale C** sia considerata oggi un problema di sanità pubblica a livello mondiale, l'epidemiologia dell'infezione rimane largamente sconosciuta sia nei Paesi in via di sviluppo sia nei Paesi industrializzati. Si stima che circa l'1-2% della popolazione generale in Europa occidentale e nel nord America sia portatore cronico del virus HCV, ma percentuali più elevate, tra il 5% e il 10% o più, si registrano rispettivamente in molti Paesi africani, Sud America, Sud Est Asiatico, Egitto e Mongolia. Se nei Paesi industrializzati la modalità principale di contagio è rappresentata dalla tossicodipendenza endovenosa, nei Paesi in via di sviluppo la trasmissione in ambito ospedaliero e le pratiche curative diverse da quelle della medicina tradizionale rappresentano importanti modalità di contagio. In Italia, la prevalenza dell'infezione da HCV e la distribuzione dei relativi genotipi virali è poco conosciuta nella popolazione generale, ma vi sono numerosi studi di sieroprevalenza su specifici gruppi di popolazione a rischio di HCV. Generalmente i sottogruppi che presentano una prevalenza di infezione elevata sono rappresentati soprattutto da soggetti che fanno o hanno fatto uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (prevalenza >10%) e soggetti con attività sessuale promiscua che presentano una storia di infezioni sessualmente trasmesse (prevalenza $\geq 3\%$). In una ricerca effettuata su 5.377 sieri raccolti tra 1996 e 1997 da 20 regioni italiane, la prevalenza globale di HCV era pari a 2,7% e quella nei soggetti di età compresa tra 46 e 60 anni è risultata pari al 6,8%, con un gradiente Sud-Centro-Nord Italia.

Secondo i risultati di questa ricerca, la popolazione generale italiana rappresenta la popolazione con più alti tassi di prevalenza di HCV in Europa e le regioni del Centro-Sud Italia sono considerate aree iperendemiche per tale patologia. I sottotipi di HCV maggiormente riscontrati sono stati 1b e 2c, con percentuali del 60% e 20% rispettivamente. Meno ancora si sa sulla prevalenza di HCV negli immigrati nel nostro Paese: in uno studio recentissimo condotto a Verona nel 2008, la prevalenza di HCV in migranti dell'Africa sub-sahariana è stata pari al 2,7% e in un altro studio analogo condotto a Rotterdam in Olanda, la prevalenza di HCV in 288 immigrati è stata pari all'1,1%. Gli autori dello studio italiano concludono che tale prevalenza è in linea con quella dei Paesi di origine e non si discosta molto da quella riscontrata nella popolazione locale. Inoltre, segnalano che al momento attuale non vi è alcuna evidenza di un impatto dell'infezione da HCV nei migranti sulla popolazione autoctona. Tuttavia, l'aumento del fenomeno della prostituzione e della tossicodipendenza per via endovenosa potrebbe contribuire al mantenimento di una più elevata circolazione del virus in questi soggetti e nei loro partners sessuali. Sarebbero auspicabili maggiori interventi per individuare gli infetti, al fine di prevenire la trasmissione dell'infezione nei contatti e per ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici degli stessi. Maggiori problematiche di gestione potranno comportare le forme di coinfezione del virus HCV con il virus HIV, in ragione di una possibile maggiore contagiosità e più rapida evoluzione della patologia.

Una caratteristica importante dell'HCV è la grande variabilità della sequenza genomica. Sono stati identificati almeno 6 genotipi maggiori con relativi diversi sottotipi. La distribuzione geografica dei genotipi di HCV è assai variabile. Sebbene i genotipi 1, 2 e 3 sembrino ubiquitari, la loro prevalenza nelle diverse aree geografiche non è omogenea: i sottotipi 1a e 1b sono più comuni in USA, in Giappone ed in Europa, 1b è responsabile di oltre il 70% dei casi in Giappone, i sottotipi 2a e 2b sono relativamente frequenti in Europa, Cina e Giappone, il sottotipo 3a è diffuso fra i tossicodipendenti in Europa e in USA. Il genotipo 4 prevale in nord Africa e Medio Oriente, mentre i genotipi 5 e 6 sono confinati in sud Africa ed Sud Est Asiatico, rispettivamente. I movimenti migratori da Paesi endemici possono contribuire a modificare lo scenario attuale con l'introduzione di sottotipi inusuali. Le conseguenze di questa eterogeneità genetica dell'HCV determinano, almeno in parte, alcune differenze sia in termini di storia naturale della malattia sia in termini di prognosi e, soprattutto, di risposta alla terapia antivirale.

Bibliografia

Alexander J., Kowdley K.V. *Epidemiology of hepatitis B-Clinical implications*. Medscape Gen Med, 2006; 8(2): 13

Ansaldi F. et al. *Different seroprevalence and molecular epidemiology patterns of hepatitis C virus infection in Italy*. J Med Virol, 2005; 76(3): 327-32

Baldo V. et al. *Hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection in pregnant women in North-East Italy: a seroepidemiological study*. Eur J Epidemiol, 2000; 16: 87-91

Bonura F. et al. *Pregnant women as a sentinel population to target and implement hepatitis B virus (HBV) vaccine coverage: a three-year survey in Palermo, Sicily*. Vaccine, 2005; 23: 3243-3246

Boutouille A. et al. *Prevalence of Anti-Hepatitis E Virus Antibodies in French Blood Donors*. J Clin Microbiol, 2007; 45(6): 2009-10

Cardinale F. et al. *Prevalenza virus HBV, HCV, HIV e Lue in una popolazione di immigrate in Genova*. Gior It Mal Inf, 2005; 11(suppl 1): S80

Chiaramente M. et al. *HBV and HCV infection among non-European Union immigrants in North-East Italy*. Epidemiol Infect, 1998; 121: 179-183

Da Villa G. et al. *Impact of hepatitis B vaccination in a highly endemic area of South Italy and long-term duration of anti-HBs antibody in two cohorts of vaccinated individuals*. Vaccine, 2007; 25: 3133-3136

Da Villa G. *The prevention of viral hepatitis on the threshold of the III millennium*. Proc. of V International Congress, Capri (Italy), 21-23 May 1998, p. 48

Istituto Superiore di Sanità. *Lo screening per infezione da virus dell'epatite C negli adulti in Italia*. Expert Consensus Conference, Roma, 5-6 Maggio 2005. Rapporti Istisan, 06/47

Liu C-J. et al. *Therapeutic implications of hepatitis B virus genotypes*. Liver Int, 2005; 25(6): 1097-1107

Majori S. et al. *Hepatitis A, B, and C infection in a community of sub-Saharan immigrants living in Verona (Italy)*. J Travel Med, 2008; 15(5): 323-7

Mansuy J.M. et al. *Acute hepatitis E in south-west France over a 5-year period*. J Clin Virol, 2009; 44(1): 74-7

Mele A. et al. *Acute hepatitis Delta virus infection in Italy: incidence and risk factors after the introduction of the universal anti-hepatitis B vaccination campaign*. Clin Infect Dis, 2007; 44: 17-24

New aspects of HEV infection. Rev Med Suisse, 2008; 4(169): 1863-6.

Péron J.M. et al. *Fulminant liver failure from acute autochthonous hepatitis E in France: description of seven patients with acute hepatitis E and encephalopathy*. J Viral Hepat, 2007; 14(5): 298-303

Péron J.M. et al. *Hepatitis E is an autochthonous disease in industrialized countries. Analysis of 23 patients in South-West France over a 13-month pe-*

riod and comparison with hepatitis A. Gastroenterol Clin Biol, 2006; 30(5): 757-62

Piazza M. *La vaccinazione contro l'epatite B: scenario epidemiologico in Italia 16 anni dopo la vaccinazione obbligatoria dei nuovi nati. Leadership Medica*

Scotto G. et al. *Epatiti virali ed immigrazione: aspetti clinico-epidemiologici. Atti IV Congresso Nazionale SIMIT, Fiuggi, 12-15 Dicembre 2005: 159-163*

Scotto G. et al. *Prevalenza di infezione da HBV, HCV, HIV e TBC in una popolazione di immigrati ospiti di un centro di prima accoglienza. Gior It Mal Inf, 2005; 11(suppl 1): S133*

Squarcione S. et al. *Morbidity from hepatitis B after introduction of nationwide immunization in Italy. Lancet, 1997; 350: 114*

Ulmer T. *European orientation towards the better management of hepatitis B in Europe. Recommendations of the hepatitis B expert group.*

Veldhuijzen I.K. et al. *Viral hepatitis in a multi-ethnic neighborhood in the Netherlands: results of a community-based study in a low prevalence country. Int J Infect Dis, 2009; 13(1): e9-e13*

Vogt T.M. et al. *Declining hepatitis A mortality in the United States during the era of hepatitis A vaccination. J Infect Dis, 2008; 197(9): 1282-8*



Coppia in una camera, Ernst Ludwig Kirchner, 1880-1938

INFEZIONE DA HIV E MIGRAZIONE

Issa El-Hamad, Maria Chiara Pezzoli

Secondo i dati ufficiali diffusi sull'epidemia di AIDS nel mondo, nel 2009 le persone affette da infezione da HIV erano 33,3 milioni (di cui oltre 30 milioni nei Paesi in via di sviluppo) e 1,8 milioni quelle decedute per AIDS.

La prevalenza dell'infezione da HIV nei soggetti giovani-adulti è rimasta sostanzialmente stabile a partire dal 2001 (0,8%), ma la situazione epidemiologica è estremamente variabile in relazione all'area geografica considerata, con prevalenze in aumento in Medio Oriente, Nord Africa e Africa orientale, Oceania, Europa orientale, Asia centrale e Nord America.

113

Analogamente, anche l'incidenza dell'infezione ha un comportamento geografico differente: nei Paesi asiatici è aumentata di oltre il 25% tra il 2001 e il 2009, mentre in Europa, Asia centrale e America del Nord si è mantenuta stabile negli ultimi 5 anni.

Per quanto riguarda la mortalità, complessivamente, rispetto al 2001, il numero di decessi per AIDS è rimasto stabile. Si registrano anche in questo caso importanti differenze geografiche e temporali: la mortalità ha cominciato a scendere in Africa sub-sahariana e nei Caraibi a partire dal 2005, mentre in Nord America, Europa occidentale e Europa centrale dal 1996, anno di introduzione della terapia antiretrovirale ad alta efficacia; in Asia centrale e in America Latina, il numero delle vittime si è stabilizzato ma non diminuisce e in Europa orientale, infine, i decessi continuano ad aumentare.

In Europa centro-occidentale, il numero stimato di persone affette da infezione da HIV è in continuo aumento, verosimilmente a causa di un ampio accesso alla terapia antiretrovirale, che garantisce il controllo della malattia. Nel 2009, il numero delle nuove infezioni da HIV in Europa centro-occidentale era di circa 31.000 unità e 8.500 la stima dei decessi per AIDS; il numero totale di adulti e bambini affetti da infezione da HIV a partire dall'inizio dell'epidemia ammontava a 820.000 (nel 2001 erano 630.000).

In Europa occidentale l'epidemia da HIV è caratterizzata da un aumento continuo di casi a trasmissione sessuale, con un'influenza non trascurabile sul quadro epidemiologico europeo esercitata dai soggetti immigrati, soprattutto per quanto riguarda la trasmissione eterosessuale. Si stima che il 40% dei casi di HIV in Europa siano acquisiti tramite contatti eterosessuali: se da questi si escludessero gli immigrati, tale percentuale scenderebbe al 25%. Nel Regno Unito, il 44% delle nuove infezioni da HIV nel 2007 è stato acquisito all'estero, soprattutto in Africa sub-sahariana. Complessivamente, si stima che in Europa circa 1/5 delle nuove infezioni registrate nel 2007 (pari ad un terzo circa delle infezioni da HIV acquisite per via eterosessuale) sia a carico di soggetti stranieri.

La maggior prevalenza dell'infezione da HIV negli immigrati rispetto alla popolazione europea è dovuta a diversi fattori, tra cui la situazione epidemiologica dell'infezione da HIV nei Paesi di origine, la condizione di vulnerabilità legata al processo migratorio stesso e l'ineguaglianza nell'accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura. I dati europei sottolineano, quindi, l'importanza di implementare interventi preventivi e informativi e programmi per facilitare l'accesso ai servizi di diagnosi e cura dell'infezione da HIV per la popolazione di immigrati nei nostri Paesi.

In Italia, i dati diffusi dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) indicano che nel 2009 sono stati diagnosticati complessivamente 6 nuovi casi per 100.000 residenti, posizionando l'Italia fra i Paesi dell'Europa Occidentale con un'incidenza di HIV medio-alta. Se si stratifica per nazionalità, i dati mostrano un'incidenza di infezione da HIV circa 5 volte superiore nei soggetti stranieri rispetto alla controparte italiana (rispettivamente 22,5 e 4,6 per 100.000 residenti). Nel 2009, in Italia, circa una persona su tre con nuova diagnosi di HIV era di nazionalità straniera. Il trend temporale mostra una percentuale di nuove diagnosi di HIV nei soggetti stranieri in aumento progressivo dal 1992 al 2006 (dall'11% al 32,9% del totale delle nuove diagnosi di HIV), per poi diminuire negli anni seguenti, fino al 27,2% del 2009.

Per quanto riguarda la modalità di trasmissione dell'infezione nella popolazione straniera nel nostro Paese, i contatti eterosessuali rappresentano la modalità più frequente, con una percentuale in aumento negli anni (24,6% nel 1992, 70% nel 2009).

Se si considerano invece i casi di AIDS notificati dal 1982 a fine 2010, dei 62.617 casi cumulativi, l'8,5% erano rappresentati da stranieri, con un aumento progressivo nel tempo (dal 5,1% nel biennio 1995-96 al 26,7% nel biennio 2009-10).

Un altro aspetto importante è il ritardo con cui viene effettuata la diagnosi di infezione da HIV: secondo i dati italiani, la proporzione di pazienti con una diagnosi di infezione da HIV vicina (meno di 6 mesi) alla diagnosi di AIDS è aumentata progressivamente dal 1996 al 2010, e risulta più elevata tra coloro che hanno come modalità di trasmissione i contatti sessuali e, soprattutto, tra gli stranieri.

Uno studio effettuato dal COA sul ritardo diagnostico ha evidenziato che, nel 2009, il 40% circa delle nuove diagnosi di infezione da HIV notificate in 7 aree geografiche (Puglia, Lombardia, Liguria, Piemonte, Umbria, Catania, Sassari) era costituito da soggetti con malattia avanzata (definita come presenza di grave compromissione del sistema immunitario con un numero di linfociti T CD4 <200 cells/ μ L o di una patologia indicativa di AIDS), di cui la metà era già AIDS. Circa 1/3 di questi soggetti (27,3%) erano stranieri, fattore significativamente associato alla diagnosi tardiva, insieme al sesso maschile, alla trasmissione eterosessuale e all'età >40 anni. Questi dati indicano che molti soggetti, soprattutto immigrati, arrivano allo stadio di AIDS conclamato ignorando la propria sieropositività, prerequisito essenziale per accedere alla terapia antiretrovirale e per ridurre la mortalità e la probabilità di trasmissione dell'infezione. Si stima che, nei Paesi industrializzati, circa il 30% delle persone con una nuova diagnosi di infezione da HIV abbia una malattia avanzata, fattore questo indicativo di una bassa consapevolezza del rischio di infezione, in modo particolare tra gli uomini eterosessuali maturi e tra gli stranieri.

Per quanto riguarda gli stranieri, spesso il ritardo diagnostico è legato a diversi fattori, tra cui la difficoltà di accesso e fruizione dei servizi sanitari, ma anche fattori socio-culturali, quali la stigmatizzazione, il razzismo e la discriminazione correlate all'infezione da HIV, le difficoltà linguistiche e culturali, i molteplici concetti di salute e malattia che diverse culture veicolano e il significato diverso che l'infezione da HIV stessa riveste nelle varie culture, la ridotta percezione del rischio e, spesso, la limitata conoscenza dell'infezione stessa. Su tali fattori incidono la mancanza di adeguate campagne di formazione rivolte agli operatori sanitari stessi e di informazione rivolte alle comunità di immigrati, tutte strutturate in un'ottica transculturale.

Dove gli immigrati abbiano contratto l'infezione, se nei loro Paesi di origine o nel Paese ospite, risulta spesso di difficile definizione. In questo ambito, uno studio multicentrico italiano (studio PrISHMA), condotto su oltre 4.000 soggetti immigrati, ha dimostrato che circa i 2/3 dei soggetti con nuova diagnosi di infezione da HIV, e per i quali è stato possibile risalire al luogo presunto di infezione, avevano acquisito l'infezione proprio in Italia. Questo dato è particolarmente significativo, perché sottolinea l'importanza di pianificare ed attuare interventi di prevenzione dell'infezione da HIV mirati sulla popolazione immigrata nel nostro Paese.

La popolazione immigrata con infezione da HIV presenta delle differenti caratteristiche clinico-virologiche rispetto alla popolazione autoctona. Dal punto di vista clinico, alcune sottopopolazioni di immigrati HIV-positivi sono più soggette a sviluppare una nefropatia HIV correlata (pressoché esclusiva della popolazione di etnia nera HIV-positiva) e la tubercolosi, patologie relativamente meno frequenti nella popolazione autoctona. Dal punto di vista virologico, è importante sottolineare che gli immigrati provengono da aree geografiche dove sono diffusi sierotipi virali diversi dal sierotipo HIV-1 B, prevalente nei Paesi occidentali, quali l'HIV-1 non B e l'HIV-2.



116

Ciò comporta non soltanto delle implicazioni dal punto di vista clinico, quali la possibilità di differente rischio di trasmissione materno-fetale e la differente velocità di progressione della malattia, ma anche e soprattutto dal punto di vista diagnostico, terapeutico e di follow-up. In particolare, dal punto di vista terapeutico, la presenza di sottotipi diversi rispetto all'HIV-1 B pone particolari problemi relativi alle resistenze ai farmaci antiretrovirali, soprattutto se si considera il virus HIV-2, mentre i sottotipi HIV-1 non B possono rendere difficoltosa l'interpretazione dei test di resistenza farmacologica. Nel valutare un possibile trattamento antiretrovirale nel soggetto immigrato sieropositivo è quindi necessario tener presente le eventuali peculiarità virologiche correlate ai diversi sottotipi, che possono influenzare differenti pattern di resistenza farmacologica e diverse caratteristiche cliniche della malattia.

L'efficacia e la tossicità dei farmaci antiretrovirali può essere influenzata dal gruppo etnico di appartenenza, tramite differenze genetiche riscontrate al livello di enzimi coinvolti nel processo di trasporto e metabolismo dei farmaci. Ad esempio, nei soggetti di etnia nera e ispanica è relativamente frequente una mutazione genica (a livello del citocromo P450), che può associarsi ad una elevata concentrazione plasmatica di un farmaco anti-HIV (efavirenz), con conseguente maggior rischio di tossicità farmaco-correlata (neuropsichica).

Analogamente, nei soggetti di etnia africana e ispanica è meno frequente un'altra mutazione genica (a livello del sistema HLA-B*5701), con conseguente minor rischio di tossicità (reazione di ipersensibilità) ad un altro farmaco anti-HIV (abacavir).



Sempre in quest'ottica, il rischio cardiovascolare associato all'infezione da HIV e alla terapia antiretrovirale risulta maggiore nei neri rispetto alle altre etnie, a causa di una maggior predisposizione genetica a obesità, insulino-resistenza e diabete; anche gli asiatici e gli ispanici sono a maggior rischio di diabete farmaco-correlato, mentre le persone di etnia nera hanno un minor rischio di alterazioni lipidiche, più frequenti invece negli ispanici, soprattutto se associate all'abuso di alcol. I neri hanno, generalmente, un rischio inferiore rispetto a caucasici ed ispanici di sviluppare osteopenia/osteoporosi correlate alla terapia antiretrovirale, grazie alla loro maggiore densità ossea e al loro maggior indice di massa corporea. La terapia antiretrovirale deve, quindi, essere impostata valutando i rischi e le comorbidità del migrante ed i rischi aggiuntivi legati all'appartenenza etnica.

I fattori appena descritti si riflettono notevolmente in termini di efficacia, tossicità ed aderenza alla terapia antiretrovirale nella popolazione migrante e la loro conoscenza è fondamentale per la gestione del soggetto immigrato HIV-positivo.

Un fattore chiave per il controllo dell'infezione da HIV è la costante assunzione della terapia antiretrovirale.

Diversi studi nazionali ed internazionali evidenziano che la condizione di immigrato sia legata ad una maggior probabilità di perdita al follow-up e di fallimento terapeutico.

Pertanto è opportuno implementare programmi di counselling transculturale specifici, formazione e aggiornamento degli operatori socio-sanitari in ambito transculturale, semplificare laddove possibile la terapia antiretrovi-

rale privilegiando la terapia a monosomministrazione giornaliera, eventualmente ricorrere a protocolli di terapia DOT (*Directly Observed Therapy*) o semi-DOT in contesti specifici (quali carcere, centri di accoglienza, Servizi per le Tossicodipendenze), coinvolgere le comunità stesse degli immigrati per favorire i programmi di prevenzione e cura.

Bibliografia

Bausserman L.L. et al. *Racial differences in serum lipids in HIV+ women treated with protease inhibitor regimens*. HIV Clin Trials, 2004; 5(6): 399-405

Burns F.M. et al. *Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African migrants in Britain*. AIDS Care, 2007; 19(1): 102-108

Centro Nazionale AIDS dell'ISS, Ministero della Salute, SIMIT. *Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1*. Ottobre 2011

118

Centro Operativo AIDS (COA). *Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2009 e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2010*. Suppl. del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 2011; 24 (5) suppl. 1

Cressey T.R, Lallemand M. *Pharmacogenetics of antiretroviral drugs for the treatment of HIV-infected patients: an update*. Infect, Genet Evolution, 2007; 7: 333-342

Curtis J.R. et al. *Ethnic variations in the prevalence of metabolic bone disease among HIV-positive patients with lipodystrophy*. AIDS Res Hum Retroviruses, 2006; 22(2): 125-131

Dixon-Mueller R. e Germain A.. *HIV testing: the mutual rights and responsibilities of partners*. Lancet, 2007; 370: 1808-9

ECDC and WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS Surveillance in Europe*, 2009

ECDC. *Technical report. Improving HIV data comparability in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA countries: findings from a literature review and expert panel*. Agosto 2011

ECDC. *Technical report. Migrant health: HIV testing and counselling in migrant populations and ethnic minorities in EU/EEA/EFTA Member States*. Agosto 2011

Geretti A.M. *HIV-1 subtypes: epidemiology and significance for HIV management*. *Curr Opin Infect Dis*, 2006; 19 (1): 1-7

Haour-Knipe M. et al. *HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation*. *Soc Sci Med*, 1999; 49(10):1357-72

Kantor R. et al. *Antiretroviral drug resistance in non-subtype B HIV-1 isolates from treated patients*. *HIVresistanceWeb*; 2002

Pezzoli M.C. et al. *HIV infection among illegal migrants, Italy, 2004-2007*. *Emerg Infect Dis*, 2009; 15(11): 1802-1804

Rodes B. et al. *Viral response to antiretroviral therapy in a patient coinfecting with type 1 and type 2*. *Clin Infect Dis*, 2005; 41: e19-e21

Salehian B. et al. *Prevalence and incidence of diabetes in HIV-infected minority patients on protease inhibitors*. *J Nation Med Associat*, 2005; 97(8): 1088-1092

Sobrino-vegas P. et al. *Delayed diagnosis of HIV infection in a multicenter cohort: prevalence, risk factors, response to HAART and impact on mortality*. *Curr HIV Res*, 2009; 7(2): 224-30.

Staehelin C. et al. *Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study: Access to antiretroviral therapy, disease progression and survival*. *AIDS*, 2003; 17(15):2237-44

UNAIDS. *Global Report – UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*



Michael Faraday nel suo laboratorio all'Istituto Reale, Harriet Jane Moore, 1081-1884

PROBLEMATICHE SANITARIE DEL MIGRANTE IN AMBITO DI MEDICINA GENERALE

Daniela Pasini, Fulvio Lonati

Il fenomeno della migrazione è complesso e dinamico: rappresenta una sfida difficile e problematica per i Paesi di approdo dei migranti. La realtà multietnica nel nostro Paese è infatti in rapida evoluzione: nel corso dei primi anni '90 il flusso migratorio aveva origine essenzialmente dal centro Africa; successivamente è divenuta consistente la componente a provenienza dal lontano Oriente, mentre negli ultimi anni ha prevalso quella dai Paesi dell'est europeo.

121

Anche il profilo demografico della migrazione sta rapidamente cambiando: se un tempo il migrante era essenzialmente giovane e di sesso maschile, ora la proporzione di donne sta pareggiando quella degli uomini e comincia ad essere rappresentata anche la fascia di età adulta-anziana.

I ricongiungimenti familiari inoltre favoriscono naturalmente una natalità locale delle coppie migranti, con tassi di fertilità decisamente superiori a quelli della popolazione italiana autoctona.

Facendo riferimento alla situazione al 30.06.2011 dell'ASL di Brescia, fortemente interessata dal fenomeno migratorio, a fronte di una popolazione totale di 1.159.818 assistiti, gli stranieri regolarmente iscritti al Servizio Sanitario Regionale sono risultati essere 158.382, pari al 13,7% (Tab. 1); le nazionalità rappresentate sono risultate essere ben 178.

L'incremento medio degli stranieri regolarmente iscritti nella stessa area territoriale, analizzati in modo mirato nel periodo 2003-2008, è stato del 13% annuo (da 72.066 a 132.361) contro lo 0,5% della popolazione italiana: l'aumento della popolazione assistita nell'ASL di Brescia, pari a +1,57% annuo, è quindi da ascrivere in massima parte alla crescita della popolazione straniera.

Va peraltro rilevato che l'incremento degli stranieri appare in rallentamento: era +21% tra il 2003 ed il 2004 e risulta essere intorno a +10% dopo il 2006 (Fig. 1).

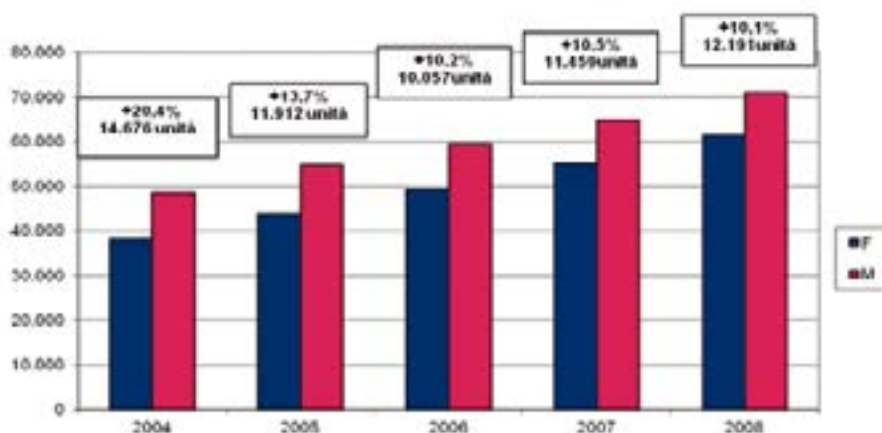
Tab. 1. Numerosità della popolazione straniera assistita nell'ASL di Brescia al 30.6.2011

CONTINENTE DI PROVENIENZA	N. STRANIERI ISCRITTI AL SSR	N. NAZIONALITÀ RAPPRESENTATE
EUROPA	59.265	48
ASIA	42.958	45
AFRICA	51.266	48
AMERICA	4.842	29
OCEANIA	29	8
APOLIDE	22	—
TOTALE STRANIERI	158.382	178

Un altro aspetto interessante emerso dal monitoraggio effettuato nel territorio bresciano è il riscontro di una maggior crescita del sesso femminile tra gli stranieri: le donne rappresentavano il 43,3% degli stranieri nel 2003 e sono divenute il 46,3% nel 2008, con una crescita del 14,6% annuo rispetto all' 11,7% dei maschi.

Fig. 1. Numerosità popolazione straniera assistita nell'ASL di Brescia dal 2003 al 2008

122



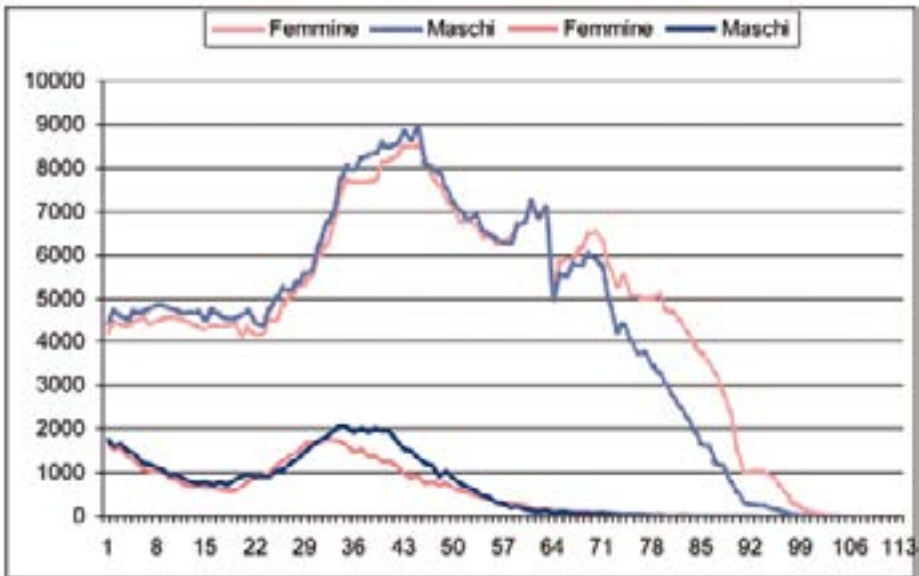
Inoltre, la distribuzione per età degli stranieri è risultata essere assai diversa da quella degli italiani (Fig. 2): molto più giovane la popolazione straniera, con un'età media di 28,0 anni rispetto ai 43,7 degli italiani. La proporzione degli stranieri è risultata più elevata nelle categorie d'età più giovani, come di seguito evidenziato:

- 29% dei neonati;
- 25% nella classe d'età 1-4 anni;
- 16% nella classe d'età 5-14 anni;
- 17% nella classe d'età 15-44 anni;
- 6% nella classe d'età 45-64 anni;

- 1,2% nella classe d'età 65-74 anni;
- 0,4% nella classe d'età oltre i 75 anni.

L'età media della popolazione italiana del territorio bresciano che, in quanto poco influenzata da fenomeni migratori, fornisce un miglior indice dell'invecchiamento naturale della popolazione, è passata nel periodo 2003-2008 dai 42,3 anni ai 43,7, pari ad un aumento medio annuo di più di 3 mesi.

Fig. 2. Distribuzione per età e sesso popolazione assistita nell'ASL di Brescia per nazionalità



123

In un contesto di così rapida, consistente e variegata trasformazione, la tutela della salute dei migranti si configura come uno degli aspetti più impegnativi da affrontare.

Le implicazioni sanitarie del fenomeno migratorio coinvolgono ovviamente tutte le figure sanitarie, anche se in misura diversa, a seconda del tipo di prestazione sanitaria e del ruolo dell'operatore.

In particolare, il migrante pone l'operatore sanitario di fronte a situazioni complesse, con quadri clinico-sanitari associati a problematiche di altra natura, mutevoli, difficilmente inquadrabili, per le quali spesso non esiste una concreta risposta univoca.

Tale difficoltà è condivisa anche da insegnanti, operatori sociali, impiegati degli uffici pubblici aperti all'utenza; tuttavia, per il personale sanitario, ospedaliero o territoriale, "essendo in gioco la salute", gestire la problematica risulta non di rado un compito difficile e impegnativo.

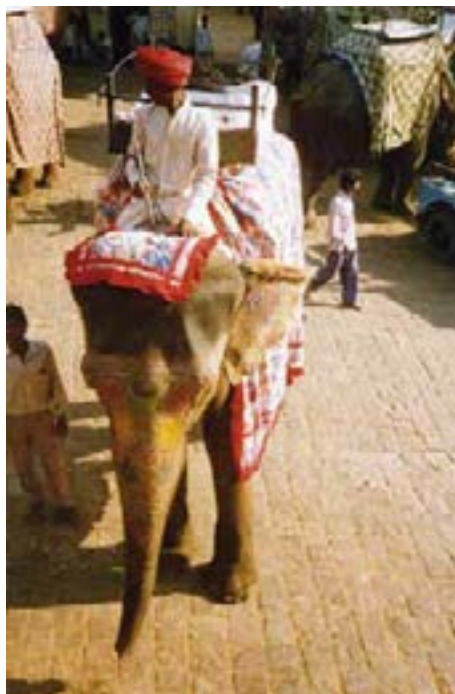
Ma se nel contesto ospedaliero responsabilità, rischi legali e problematiche morali sono ripartite fra più operatori, nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale spesso esiste solo il "qui ed ora": il medico si trova a confrontarsi, in estemporanea e sostanzialmente da solo, con una persona che parla una lingua diversa, ha una cultura diversa, vive con abitudini diverse.

Un ruolo strategico potrebbe essere giocato da mediatori culturali e linguistici, ma ciò è di fatto improponibile, non essendo realisticamente immaginabile una loro presenza in ogni studio medico; peraltro, quali e quanti mediatori?

Tutt'al più, il Medico di Medicina Generale può essere facilitato nella comunicazione quando è in grado di parlare e di capire una o più lingue tra quelle più diffuse a livello internazionale, quali ad esempio inglese e francese.

Vanno peraltro tenuti presenti alcuni problemi pratici che il Medico di Medicina Generale deve affrontare e cui può dare risposte di tipo organizzativo:

- l'immigrato richiede più tempo e disponibilità, a causa di difficoltà linguistiche, di cultura, di capacità e modalità di accedere agli altri servizi socio-sanitari;
- ulteriore criticità può essere generata dagli orari di attività ambulatoriale del Medico di Medicina Generale (l'immigrato regolare ha spesso maggiori possibilità di accedere nelle ore serali ed al sabato);
- gli spostamenti dei migranti sono frequenti, rendendo ulteriormente difficoltosa la continuità delle cure;
- le diversità culturali sono non di rado all'origine di difficoltà nella accettazione da parte del migrante di efficaci azioni preventive.



Una relazione medico-paziente contestualizzata per il migrante

La scelta del Medico di Medicina Generale si basa eminentemente sul rapporto di reciproca fiducia; ciò è ancor più vero nella relazione che si stabilisce con il cittadino straniero immigrato, che ha maggiore necessità di *“appoggiarsi”* ad una persona competente e di cui possa personalmente fidarsi.

Purtroppo questa interazione, che dovrebbe essere basata sulla libera scelta dell'assistito e su un rapporto di fiducia reciproca, risulta di fatto particolarmente difficile, in quanto passa necessariamente attraverso meccanismi di comprensione *“trans-culturale”*.

Oltre alle possibili difficoltà comunicative linguistiche, entrano infatti in gioco i diversi immaginari e i diversi modelli interpretativi dei fenomeni correlati allo stato di salute e, più in generale, di benessere.

In alcuni casi, stati emozionali vengono innestati su retroterra di interpretazioni religiose che portano ad incasellare in questo contesto disturbi funzionali ed organici.

Ad esempio, la sintomatologia di un senegalese che si lamenti della propria salute, apparendo teso, ansioso, con atteggiamenti ipocondriaci e che riferisca il disagio di sentirsi osservato da tutti in un Paese straniero, potrebbe mimare persino il quadro di un paziente delirante, allucinato, con idee di persecuzione. E quella di un magrebino, che si presenti in ambulatorio dicendo di sentire male dappertutto, di *“avere fastidio ora qua ora là per il corpo”* senza darsene una plausibile spiegazione e che sia ossessionato dal fatto che questa disgrazia è accaduta proprio a lui e non ad altri, potrebbe apparire affetto da una forma psicotica. Probabilmente si tratta in entrambi i casi di pazienti con disturbi minori interpretati secondo altri modelli culturali: in molte culture africane, infatti, la malattia è vista come una minaccia proveniente dall'esterno, dal mondo soprannaturale e magico.



125

Il paziente extracomunitario tende spesso a *“comunicare la sua malattia”* essenzialmente con il corpo: *“Male qua, male là. Tutto male”*. Questo comunemente ascolta il Medico di Medicina Generale, avendo dinnanzi un paziente che si tocca continuamente in questa o in quella parte del proprio corpo, riferendo in modo allarmante anche piccoli sintomi o sensazioni.

L'allarme per il proprio corpo, che nulla ha a che vedere con il vissuto ipocondriaco, rappresenta il segnale più chiaro di una concezione del proprio soma come *“macchina per lavorare e produrre in terra straniera”*, di cui il paziente immigrato è depositario.

Non infrequenti sono i casi in cui, pur utilizzando paziente e medico gli stessi termini, il significato attribuito dall'uno e dall'altro sono decisamente discordi.

Parlare di palpitazioni, ansietà, depressione, ipertensione, bile, pancia, non sempre porta ad una univoca attribuzione concettuale: l'uso del medesimo

vocabolo non garantisce necessariamente una comunicazione reale nè una reciproca comprensione.

Di conseguenza il Medico deve necessariamente prestare molta attenzione all'utilizzo dei termini, specie quando formula domande al paziente relative ai suoi sintomi o quando gli fornisce spiegazioni.

Una valutazione nosologica mirata

Va sottolineata l'importanza di evitare di stigmatizzare gli immigrati come untori di patologie esotiche: oggi ciò è chiaramente smentito da numerose evidenze scientifiche ed epidemiologiche, che mostrano come le patologie a maggiore prevalenza negli immigrati siano strettamente connesse alle condizioni di vita nel Paese ospite. La maggiore parte delle patologie sono correlate alle scadenti condizioni abitative e lavorative, alle difficoltà di relazione ed alla possibilità di accesso alle strutture sanitarie.



126

I riscontri epidemiologici evidenziano una fragilità sociale e una situazione di sofferenza sanitaria con malattie del disagio, infortuni sul lavoro e alcune patologie infettive a larga diffusione anche nel Paese ospitante.

Il profilo sanitario della popolazione immigrata non permette, dunque, considerazioni a favore di un allarme sanitario e l'attuale quadro epidemiologico, che emerge dalle diverse esperienze maturate su scala nazionale, non consente di ipotizzare reali rischi infettivologici per la popolazione locale.

Al fine di individuare la caratterizzazione dei consumi sanitari degli stranieri rispetto a quella degli italiani, l'ASL di Brescia ha effettuato un apposito studio¹ che ha permesso di evidenziare alcuni aspetti significativi, che si ritiene possano essere comuni ad altri contesti territoriali:

- la percentuale di stranieri che non ha alcun contatto con i servizi sanitari è del 28,5%, nettamente maggiore rispetto a quella degli italiani (16,4%).

¹ Scarcella C. e altri. *La popolazione straniera assistita nell'ASL della Provincia di Brescia: caratteristiche e costi sanitari a confronto con la popolazione italiana*, Mecosan – Management ed economia sanitaria – N. 57 – 2006; pag. 107-120

- Il consumo complessivo di risorse sanitarie (valutato in termini di costo lordo medio pro capite annuo per farmaceutica, assistenza specialistica e ricoveri ospedalieri) degli stranieri è circa la metà di quello degli italiani, come conseguenza della diversa composizione demografica della popolazione straniera, in cui sono marginalmente rappresentate le classi di età più anziane. Va tuttavia evidenziato che le donne straniere in età fertile presentano indici di consumo sanitario maggiori di quelli delle coetanee italiane, consumo correlato al più elevato tasso di natalità, e gli stranieri maschi in età lavorativa consumano meno farmaci e prestazioni specialistiche rispetto agli italiani, ma hanno costi di ospedalizzazione maggiori, verosimilmente per una maggiore incidenza di traumi e incidenti.
- La prevalenza di stranieri presi in carico per patologie croniche è minore di quella degli italiani. Tale differenza potrebbe essere spiegata da una sorta di selezione naturale dei migranti, per la quale i soggetti affetti da malattie croniche sarebbero meno propensi ad affrontare le difficoltà legate all'emigrazione; potrebbe peraltro anche essere invocata una minor propensione ad accedere ai servizi sanitari per problematiche non a carattere acuto.

Dal punto di vista della pratica clinica, presso lo studio del Medico di Medicina Generale, la valutazione sotto il profilo nosologico delle malattie dei migranti potrebbe essere ricondotta ad una semplice suddivisione tra patologie acquisite e patologie importate. Le prime possono essere ulteriormente suddivise in:

- cataboliche, connesse agli stati mal nutrizionali, al degrado abitativo ed allo stato di indigenza o di estrema povertà;
- anaboliche, identificabili in quelle conseguenti al consolidamento dei processi di integrazione. L'acquisizione, ad esempio, di nuove abitudini alimentari e di stili di vita diversi da quelli dei Paesi di origine determina, in taluni immigrati ben inseriti e regolarmente residenti da lunga data nei Paesi occidentali, l'aumento del livello di colesterolemia e la comparsa di ipertensione arteriosa.

Le patologie importate sono invece malattie, trasmissibili o non trasmissibili nel nostro Paese, originate nei luoghi di provenienza, dove sono endemiche:

- le malattie trasmissibili contagiose sono tutte quelle che possono essere diffuse per contatto oro-fecale, sessuale, aereo, ecc.;



- le malattie non trasmissibili sono, ad esempio, quelle relative ai traumi o infortuni od a pregresse malattie invalidanti.

È da segnalare, inoltre, la possibilità che nel nostro Paese una patologia da “*importata*” possa divenire “*acquisita*”. È il caso, ad esempio, di malattie come la tubercolosi, che possono slatentizzarsi e manifestarsi nel Paese ospite proprio a causa delle precarie condizioni abitative, igieniche e sociali.

Altro problema di grande rilievo è quello delle richieste di interruzione volontaria di gravidanza: in questi casi il MMG dovrebbe essere in grado di orientarsi rispetto ai servizi mirati ad affrontare questa problematica attivi nel proprio territorio e di indirizzare opportunamente la migrante.

Una particolare fragilità è riscontrabile anche in migranti, giovani o meno giovani, senza una famiglia in Italia: si tratta spesso di soggetti che, per la frequente condizione di disadattamento e degrado sociale, sono a maggior rischio di patologie psichiche minori e maggiori, di alcolismo e di altre tossicodipendenze.

Va inoltre tenuto presente che, fino a qualche anno fa, il paziente immigrato era giovane e sano: si ammalava qui a seguito soprattutto di infortuni sul lavoro, condizioni di degrado sociale, alcol, tossicodipendenza e patologie psichiatriche. Ora, non di rado, il MMG deve relazionarsi anche con immigrati anziani e multiproblematici.

Al fine di effettuare un “*bilancio di salute dell’immigrato*”, si propone di seguito uno schema riepilogativo di riferimento.

Migrante sano

Migrare per lavoro presuppone una selezione iniziale: emigra chi ha buona salute e forza per lavorare in un Paese straniero

Patologie da degrado e povertà

Problemi di salute connessi a:

- condizioni climatiche avverse
- degrado abitativo
- precarie condizioni igieniche
- disordini e scarsità di apporto nutrizionale

Patologie importate

Problemi di salute da valutare attentamente dal punto di vista infettivologico

Patologia di urgenza

Problemi di salute da riferire a:

- traumi accidentali
- incidenti stradali
- infortuni sul lavoro
- episodi di violenza e criminalità

Patologie pregresse non trasmissibili

Problemi di salute riferibili a:

- postumi di torture
- postumi di ferite da guerra
- postumi malattie invalidanti

Patologie della fascia materno - infantile

Problemi di salute riferibili a:

pratiche escissorie e mutilanti a motivazione religiosa, culturale o sociale quali infibulazione, clitoridectomia, circoncisione

Procreazione e maternità responsabili:

- interruzione volontaria di gravidanza ed aborto
- assistenza gravidanza, parto, puerperio
- assistenza peri e neonatale
- evoluzione crescita bambino
- vaccinazioni e malattie in età pediatrica



Il giovane dottore, Albert Roosenboom, 1845-1875

APPROCCIO VACCINALE AL MIGRANTE

Guglielmino Baitelli, Stefania Premi

Il migrante arriva nel nostro Paese sostanzialmente indenne da particolari patologie trasmissibili ed in uno stato di buona salute. Sono infatti i soggetti con le migliori condizioni generali psicofisiche che di solito scommettono la loro speranza di un futuro migliore nella migrazione. È per questo che i dati di evidenza hanno dimostrato che tra i migranti, a causa delle difficoltà di adattamento, le patologie acquisite nel Paese ospitante sono più frequenti rispetto a quelle d'importazione.

Dal 1990 studi e ricerche, facilitate anche dalla fondazione della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) con la realizzazione di periodiche Consensus Conference sui temi dell'immigrazione, hanno supportato, con riscontri scientifici, queste evidenze.

L'immigrato, nella stragrande maggioranza di casi, non porta con sé malattie esotiche, come paventato con enfasi da alcuni mass media, ma è piuttosto una persona da tutelare e proteggere dal punto di vista sanitario. Questa tutela va attuata anche attraverso l'offerta delle vaccinazioni che raccomandiamo abitualmente per la popolazione che vive in Italia, così da ottenere, insieme alla protezione individuale, anche il mantenimento delle nostre coperture vaccinali a garanzia della salute pubblica.

Tra i vari fattori che giocano un ruolo di rilievo nell'approccio vaccinale ai migranti risulta non infrequente l'incertezza nel poter conoscere lo stato di protezione immunitaria già esistente per ogni singolo soggetto. Questa incertezza è dovuta alla difficoltà di comunicazione, che spesso rende poco efficace il rapporto medico-migrante, ed alla frequente difficoltà ad avere documentazioni sanitarie affidabili.

Vi sono, per contro, evidenze scientifiche relative sia a fattori legati ai regimi vaccinali dei vari Paesi di origine dei migranti, sia alla reale capacità immunizzante dei vaccini disponibili, che possono semplificare l'approccio vaccinale ai migranti.

Coperture vaccinali nei Paesi certificati dall'OMS

I migranti in Italia provengono da tutti i continenti e da quasi tutti i Paesi del mondo. Questa è una caratteristica peculiare dell'immigrazione nel nostro Paese che evoca l'immagine di un caleidoscopio di persone, culture e religioni.

A fronte della notevole variabilità dei programmi vaccinali presenti in molte nazioni del mondo che hanno sviluppato un accettabile livello sanitario, dal 1974 l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è impegnata nel Programma Allargato di Immunizzazione (PAI) con l'obiettivo di raggiungere nei Paesi in via di sviluppo l'immunizzazione di tutti i bambini contro morbillo, tetano, difterite, pertosse, poliomielite e tubercolosi. Queste patologie, prevenibili con l'impiego dei vaccini sono state scelte per il loro grande impatto mondiale sia dal punto di vista numerico sia per la loro grande letalità. Grazie al PAI la copertura vaccinale della popolazione mondiale è andata migliorando (Tab.1) con risultati sorprendenti anche in molti Paesi in via di sviluppo che hanno ottenuto un buon controllo di queste patologie.

Tab. 1. *Difterite, Tetano e Pertosse (3 dosi di DTP): Anni 1980 - 2009, Coperture immunitarie nei Paesi certificati dall'OMS*

Copertura DTP3	>90%	<90% >80%	<80% >70%	<70% >60%	<60%	Totale
2009	128	30	16	11	8	193
1999	86	44	22	8	33	193
1989	49	42	20	11	71	193
1980	12	6	7	10	158	193

Sostanzialmente sono rimasti pochi i Paesi in cui, ancora oggi, a causa di guerre o di pregiudizi religiosi saldamente radicati, le coperture vaccinali contro le patologie previste dall'OMS non sono sufficienti. Nel 2009 solo 19 Paesi hanno avuto coperture vaccinali per Tetano e Difterite inferiori al 70%; di questi solo 8 inferiori al 60% (Tab. 2).

Lo stesso vale per la copertura immunitaria contro l'Epatite B, che, nonostante la campagna avviata solo recentemente dall'OMS, ha già ottenuto, negli ultimi anni, livelli apprezzabili in 179 Paesi sui 193 censiti.

Quanto sopra precisato non vale per la malattia tubercolare per la quale non si dispone, a tutt'oggi, di un vero vaccino ma solo di uno strumento (il Bacillo di Calmette-Guérin - BCG) utile a ridurre l'impatto della malattia nella popolazione infantile ma non in grado di conferire un'immunità duratura.

Nel mondo, molte popolazioni sono ancora colpite pesantemente dalla tubercolosi, per contro, altre nazioni, come l'Italia, hanno ottenuto un buon controllo della malattia grazie a complesse ed articolate azioni di prevenzione basate su una diagnosi rapida dell'infezione tra i contatti stretti dei malati ed una terapia efficace dei pazienti con malattia aperta. L'analisi dei dati registrati in Lombardia ed in Italia mostra come i casi di malattia tubercolare segnalati si attestano su valori pressoché costanti ormai da decenni.

Tab. 2. Difterite, Tetano e Pertosse (3 dosi di DTP), Coperture immunitarie ad un anno di età (%) nei Paesi certificati dall'OMS. Paesi con coperture inferiori all'80% - Anno 2009

Coperture DTP3 anno 2009	Totale	%	Nazioni			
Paesi con meno del 60% di copertura	8	4%	Chad (23%)	Somalia (31%)	Guin.Eq. (33%)	Nigeria (42%)
			Gabon (45%)	Rep. Centrafrica (54%)	Laos (57%)	Guinea (57%)
Paesi con copertura compresa tra 60% e 70%	8	4%	Haiti (60%)	Uganda (64%)	Mauritania (64%)	Liberia (64%)
			Papua N.Guinea (64%)	Iraq (65%)	Yemen (66%)	India (66%)
Paesi con copertura compresa tra 70% e 80%	18	10%	Niger (70%)	Sud Africa (70%)	Vanuatu (70%)	Samoa (72%)
			Timor-est (72%)	Angola (73%)	Azerbaijan (73%)	Malta (73%)
			Zimbabwe (73%)	Libano (74%)	Mali (74%)	Ecuador (75%)
			Kenya (75%)	Sierra Leone (75%)	Mozambico (76%)	Rep.dem Congo (77%)
			Madagascar (78%)	Etiopia (79%)		

133

Nello specifico, nelle popolazioni italiane, si registra un progressivo calo dei casi tra i cittadini italiani, per lo più anziani e con problematiche respiratorie preesistenti. Al contrario sono in crescita i casi tra gli stranieri, quasi sempre riscontrati in giovani adulti di recente immigrazione ed infettati nei Paesi di origine in età infantile. In queste persone le particolari condizioni di fragilità abitativa (in alloggi inadeguati e carceri) e le carenze nutrizionali e/o immunitarie fanno evolvere, una volta arrivati in Italia, l'infezione verso la malattia conclamata. Queste situazioni vanno sempre diagnosticate e trattate rapidamente per impedire la diffusione nell'intera popolazione. Stante l'assenza di una profilassi vaccinale efficace contro la malattia tubercolare, sono certamente utili, nel migrante, le campagne di screening al fine di evidenziare le infezioni latenti o diagnosticare eventuali casi di patologia già in essere. Infatti, questi screening prevengono la circolazione del micobatterio tra persone che versano spesso in uno stato di particolare disagio socio-economico ed abitativo.

Per quanto riguarda l'Epatite A, negli ultimi anni, si è visto che i casi di questa malattia a trasmissione alimentare si sono presentati sempre più frequentemente nelle popolazioni lombarde e sempre più spesso in soggetti immigrati. In particolare sono stati registrati un numero crescente di casi



134

nelle comunità infantili scolastiche. Grazie alle campagne di vaccinazione messe in atto nelle singole comunità scolastiche dove sono stati registrati i casi si è potuta prevenire la diffusione di ulteriori casi.

In un recente studio francese sulla sieroprevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite A nei migranti sono stati valutati soggetti nati e che hanno vissuto per almeno un anno in un Paese in via di sviluppo. La sieroprevalenza complessiva osservata è stata dell'82% ma con significative differenze a secondo dell'area di provenienza dei soggetti; quelli provenienti dall'Africa sub-sahariana presentavano un'immunità del 90%, quelli del medio oriente dell'83%, quelli del nord Africa dell'81%, quelli dell'estremo oriente del 68%, quelli del Centro-sud America del 57% ed, infine, quelli dell'est Europa del 50%. Lo studio ha evidenziato altre due variabili importanti. La prima legata all'età, con un incremento dei soggetti immuni direttamente proporzionale all'età; e la seconda legata alla durata della permanenza nell'area endemica, con un tasso di sieropositività più alto a seguito di una permanenza prolungata. Altri recenti studi sulla sieroprevalenza negli immigrati in Italia dall'Africa sub-sahariana, hanno dimostrato che la protezione contro l'Epatite A è presente nel 99,5% di queste persone.

Caratteristiche dei vaccini che ne influenzano l'utilizzo

Molti vaccini compresi quelli raccomandati nel nostro Paese devono essere somministrati in più dosi, per garantire al meglio un'efficace immunizzazione capace di durare nel tempo. Sulla base di prove scientifiche consolidate, sono ormai ben definiti anche quali debbano essere gli intervalli minimi e massimi tra le dosi dei vaccini

a prescindere dalle disposizioni amministrative dettate negli ultimi decenni dai singoli calendari nazionali.

Allo stato attuale, la scelta della cadenza nella somministrazione delle dosi, infatti, non discende, come in passato, da sole considerazioni teoriche, ma anche da studi sperimentali e dall'esperienza ottenuta con studi sia nazionali sia internazionali sul campo. Per ogni vaccino esiste un'età minima per la sua somministrazione efficace (Tab. 3) ed esistono anche intervalli minimi fra le diverse dosi del vaccino quando necessarie, pena una immunizzazione scarsa o del tutto transitoria.

Al contrario, secondo la letteratura internazionale, in linea di massima un ritardo nell'esecuzione di una dose successiva di vaccino, per quanto somministrata al di là dei tempi massimi previsti dalle norme o dalle circolari ministeriali, provoca risposte immunitarie sempre ottimali e non richiede mai la necessità di ricominciare dall'inizio il ciclo vaccinale.

In genere, l'età per la prima dose di vaccino è indicata per raggiungere una protezione adeguata prima dell'età di maggiore rischio di contrarre la stessa malattia, spesso legata all'ingresso del bambino nelle comunità scolastiche. Per quasi tutti i vaccini dell'infanzia sono necessarie due o più dosi per ottenere una risposta immunitaria non solo efficace ma anche duratura. La conoscenza dell'età minima alla prima dose e dell'intervallo minimo fra le dosi è utile quando si deve ottenere una immunità nel modo più rapido possibile, ad esempio per viaggi o epidemie imminenti. Se la dose di vaccino viene somministrata troppo presto, rispetto ai tempi minimi stabiliti, il vaccino deve essere somministrato nuovamente al tempo corretto previsto.

135

Tab. 3: Età ed intervalli minimi tra le dosi dei vaccini raccomandati in Italia (Fonte: Bartolozzi G., Chiamenti C., Tozzi A.E.; Manuale delle vaccinazioni, cap.3: come e quando vaccinare, pag.64)

Vaccino/dose		Età raccomandata per la dose ai nuovi nati	Età minima per la dose	Intervallo per la dose successiva	Intervallo minimo per la dose successiva
Epatite B	1 ^a dose	3 ^o mese	Alla nascita	1/4 mesi	4 settimane
	2 ^a dose	5 ^o mese	4 settimane	2/18 mesi	8 settimane
	3 ^a dose	11 ^o / 12 ^o mese	6 mesi	----	----
DTPa	1 ^a dose	3 ^o mese	6 settimane	2 mesi	4 settimane
	2 ^a dose	5 ^o mese	10 settimane	2 mesi	4 settimane
	3 ^a dose	11 ^o / 12 ^o mese 5 ^o / 6 ^o anno	9 mesi 4 anni	4/5 anni ----	6 mesi ----
Hib	1 ^a dose	3 ^o mese	8 settimane	1/4 mesi	4 settimane
	2 ^a dose	5 ^o mese	4/12 settimane	2/18 mesi	4 settimane
	3 ^a dose	11 ^o / 12 ^o mese	6 mesi	----	----
Polio inattivato (SaIK)	1 ^a dose	3 ^o mese	61 ^o giorno	1/4 mesi	4 settimane
	2 ^a dose	5 ^o mese	4 ^o mese	2/18 mesi	4 settimane
	3 ^a dose	13 ^o /18 ^o mese	6 ^o mese	2 mesi	4 settimane
	4 ^a dose	5 ^o /6 ^o anno	12 ^o mese	----	----
MPR	1 ^a dose	13 ^o /15 ^o mese	12 ^o mese	4/5 anni	4 settimane
	2 ^a dose	5 ^o / 6 ^o anno	13 ^o mese	----	----

Per le eventuali dosi o richiami successivi non esistono intervalli massimi oltre i quali si debba ricominciare l'intero ciclo vaccinale. Risulta sempre sufficiente una dose unica per continuare il ciclo di base o effettuare l'eventuale richiamo, anche se si è andati oltre il tempo stabilito. Le conoscenze attuali indicano, infatti, come l'interruzione anche prolungata della serie di inoculazioni del ciclo di base dei vaccini, così come dei richiami successivi, non comporta alcun bisogno di ricominciare da capo l'immunizzazione che può essere, invece, proseguita fino a completare l'intero calendario vaccinale, senza tener conto del tempo trascorso dall'ultima dose somministrata.

L'interferenza tra vaccini diversi si manifesta soltanto quando vengono somministrati agenti infettivi vivi. In realtà i vaccini vivi a somministrazione orale possono essere ingeriti sia contemporaneamente sia con qualsiasi intervallo di tempo da un vaccino parenterale antigenico o vivo. I vaccini vivi parenterali, invece, nelle due settimane successive alla loro somministrazione, inducono nell'organismo la produzione di interferone che può causare una ridotta risposta ad un secondo vaccino parenterale vivo o antigenico. Per questo motivo è preferibile la somministrazione contemporanea per via parenterale di quanti più vaccini risultino necessari alla protezione di un soggetto, utilizzando eventualmente sedi diverse di inoculazione. I soli limiti reali della somministrazione simultanea di più vaccini, ancorché sempre possibile, vanno ritrovati nella poca tolleranza delle numerose iniezioni contemporanee che, per distinguere le eventuali reazioni locali, devono essere, comunque, praticate in varie sedi di iniezione, distanziate di almeno 2,5 centimetri l'una dall'altra, e con siringhe diverse, senza mai mescolare i vaccini.

136

Tra due vaccini antigenici o tra un vaccino vivo ed uno antigenico non c'è alcun bisogno di mantenere una distanza minima di tempo tra le due somministrazioni. Solo se si tratta di due vaccini vivi da somministrare per via parenterale si devono eseguire le iniezioni o contemporaneamente o a distanza di almeno 4 settimane uno dall'altro (Tab. 4).

Tab.4. Linee guida per la somministrazione non simultanea di antigeni vivi e inattivati

Combinazione antigenica	Intervallo minimo raccomandato tra le dosi
Antigeni inattivati	Nessuno: possono essere somministrati contemporaneamente oppure a qualsiasi intervallo di tempo tra loro
Antigeni vivi ed inattivati	
Antigeni vivi (parenterali)	Simultaneamente oppure con 4 settimane di intervallo

Con i vaccini attualmente disponibili, l'eventuale interferenza può svilupparsi solo con la somministrazione non contemporanea di vaccino anti morbillo-parotite-rosolia e di vaccino contro la varicella. Grazie alle caratteristiche di alcuni singoli vaccini monovalenti, le ditte produttrici hanno potuto predisporre prodotti vaccinali contenenti gli antigeni di più agenti eziologici contemporaneamente. Questi prodotti vaccinali multivalenti, quando disponibili, devono essere preferiti. Ciò consente di minimizzare sia la probabilità di reazioni locali indesiderate nei punti di inoculazione, sia lo stress psicofisico del paziente e dei familiari, sia gli eventuali errori di somministrazione.

Sono oggi a disposizione alcuni prodotti vaccinali per diversi agenti causali di malattie infettive come, ad esempio, il vaccino esavalente contro difterite, tetano, pertosse, emofilo di tipo b, virus dell'epatite B e virus della poliomielite, il vaccino tetravalente contro difterite, tetano, pertosse e virus della poliomielite, il vaccino tetravalente contro morbillo, parotite, rosolia e varicella, il vaccino trivalente contro morbillo, parotite e rosolia, il vaccino trivalente contro difterite, tetano e pertosse, il vaccino trivalente contro difterite, tetano e poliomielite ed il vaccino bivalente contro difterite e tetano. È disponibile anche un prodotto vaccinale contenente gli antigeni dei due virus epatitici A e B che, ove possibile, è preferibile alle due iniezioni singole.

Aspetti critici dell'approccio vaccinale al migrante

Tutti i minori presenti in Italia hanno accesso ai consultori pediatrici, ai servizi di pronto soccorso ed agli ambulatori vaccinali territoriali. La vigente normativa di riferimento relativa all'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri, infatti, nonostante preveda che lo status regolare o irregolare del migrante determini una differenza di accesso al nostro Sistema Sanitario Nazionale, sancisce che anche per i minori che risiedono irregolarmente nel Paese, sia garantito un pacchetto di servizi di base a tutela della loro salute. Tale garanzia sanitaria comprende anche i servizi vaccinali.

La possibilità di comunicare con il migrante nell'ambito della relazione sanitaria riveste un ruolo fondamentale ed irrinunciabile quanto maggiore è la diversità culturale ed il disagio di adattamento. Particolarmente critica può rivelarsi la scarsa comprensione dovuta alle barriere linguistiche. Spesso la comunicazione può avvenire tramite la lingua francese o inglese che, comunque, restano lingue estranee sia al personale sanitario e possono, per questo, limitare la capacità di esprimere e comprendere i problemi generando fraintendimenti ed equivoci.

Proprio per questo molti centri vaccinali si sono dotati di strumenti informativi sulle vaccinazioni tradotti nelle principali lingue straniere. Di grande importanza è anche la figura del mediatore linguistico-culturale che, ove disponibile, consente non solo la traduzione linguistica dei concetti, ma anche una miglior comprensione ed interpretazione dei bisogni, aiutando così i sanitari a predisporre e fornire risposte più adeguate.



Tutte le volte che si presenta l'occasione di poter indagare il livello di immunizzazione di un minore migrante, il controllo dello stato vaccinale deve di regola basarsi, ove possibile, sulla visione diretta del certificato vaccinale del minore. Se il certificato fornito risulta incomprensibile può essere richiesta una traduzione anche solo ad un mediatore linguistico-culturale, se presente, in caso contrario all'ufficio stranieri del Comune o al Consolato. In ogni caso per valutare l'attendibilità dei dati anamnestici forniti si possono anche consultare i dati certificati del Programma Allargato di Immunizzazione (PAI) dell'OMS che, come abbiamo sottolineato, ha già ottenuto in una larga maggioranza dei Paesi in via di sviluppo buoni risultati vaccinali.

Stato vaccinale incerto o sconosciuto

La mancanza di documentazione relativa alle vaccinazioni ricevute in passato è una evenienza abbastanza frequente. Le precedenti vaccinazioni di alcuni minori possono non essere, infatti, documentabili perché per molti adolescenti e giovani adulti, ma anche per alcuni bambini, non si riesce ad ottenere una certificazione adeguata e la ricostruzione dell'avvenuta immunizzazione da parte dei genitori o dei parenti può essere poco attendibile.

In caso di dubbio vaccinale devono essere accettate solo certificazioni scritte. D'altro canto, quando si ha la presenza del soggetto da vaccinare, soprattutto se minore, non si devono mai rimandare le vaccinazioni per mancanza di documentazione, perché in questo modo si rischia di perdere un'importante, e forse esclusiva, opportunità di protezione.

Gli operatori sanitari dei servizi vaccinali devono controllare con attenzione la situazione sanitaria del Paese di provenienza del migrante e, nel caso, sondare se esiste la possibilità di ricevere rapidamente dichiarazioni, anche telefoniche, da altri servizi sanitari in attesa di un successivo invio della certificazione vaccinale mancante.

Per gli adulti, salvo situazioni epidemiologiche particolari o di rischio specifico legate allo stato di salute del soggetto o alla sua attività lavorativa, è indicata la sola profilassi anti-tetanica post-esposizione in presenza di lesioni a rischio di tetano, secondo le indicazioni nazionali vigenti. Per i minori, nel caso in cui non venga recuperata alcuna documentazione affidabile delle vaccinazioni effettuate, il soggetto deve essere, comunque, immunizzato con tutti i vaccini previsti in base alla sua età anagrafica (Tab. 5).

Tab. 5. Schema dei recuperi vaccinali: intervallo minimo tra le dosi

SOGGETTI CON MENO DI 24 MESI DI ETÀ		
VACCINO	TRA PRIMA E SECONDA DOSE	TRA SECONDA E TERZA DOSE
Tetano Difterite Pertosse	4 settimane	4 settimane
Polio parenterale (IPV)	4 settimane	4 settimane
Epatite da virus B	4 settimane	8 settimane
Emofilo inf. Tipo b	4 settimane se prima dose fatta a meno di 12 mesi	4 settimane se prima dose fatta a meno di 12 mesi
	8 settimane se prima dose fatta a 12-14 mesi	8 settimane se prima dose fatta a 12-14 mesi
	Nessuna dose se la prima è fatta oltre i 15 mesi	Nessuna dose se la prima è fatta oltre i 15 mesi
Morbillo Parotite Rosolia	Seconda dose secondo calendario	-----

SOGGETTI CON PIÙ DI 24 MESI DI ETÀ			
VACCINO	TRA PRIMA E SECONDA DOSE	TRA SECONDA E TERZA DOSE	TRA TERZA E QUARTA DOSE
Tetano Difterite Pertosse	4 settimane	4 settimane	6 mesi
Polio parenterale (IPV)	4 settimane	4 settimane	4 settimane
Epatite da virus B	4 settimane	8 settimane	-----
Morbillo Parotite Rosolia	4 settimane	-----	-----

Quando la situazione garantisce un successivo contatto con il minore da vaccinare, per valutare il suo stato immunitario rispetto alle vaccinazioni raccomandate, è anche possibile richiedere esami sierologici per ricercare anticorpi contro alcune malattie quali morbillo, parotite, rosolia, tetano ed epatiti A e B (circ. regionale 11, 2006).

L'esame sierologico per il tetano può essere indicativo di una immunizzazione attiva per l'intero pacchetto di vaccinazioni previste dal PAI dell'OMS (TBC, difterite, tetano, pertosse, poliomielite e morbillo).

Nonostante quanto appena indicato, il personale sanitario può, in alcuni casi di minori immigrati, continuare ad avere dubbi ragionevoli sul reale valore protettivo anche dei vaccini documentati da certificazioni scritte. I vaccini disponibili nei Paesi in via di sviluppo, come ha avuto modo di dimostrare l'OMS, sono in linea di massima di buona qualità e perfettamente affidabili anche quando prodotti direttamente in loco. L'OMS solo in alcune situazioni particolari ha messo in dubbio non tanto l'efficacia dei vaccini impiegati, quanto la qualità delle campagne vaccinali di alcuni Paesi in via di sviluppo a causa della scarsa educazione sanitaria del personale sanitario e delle popolazioni e delle non sempre efficienti garanzie di mantenimento della catena del freddo. D'altra parte le campagne vaccinali sono di non facile realizzazione nei Paesi con guerre o pregiudizi religiosi.

In tutti i casi che appaiono dubbi va sempre considerato che non esiste alcuna prova di evidenza riguardo a danni locali o sistemici, in caso di nuova somministrazione dei vaccini, in soggetti già immunizzati per morbillo, parotite, rosolia, poliomielite, Emofilo di tipo b (Hib) ed epatite da virus B. Solamente nei casi di ripetute somministrazioni dei vaccini per la difterite ed il tetano vi è la possibilità di reazioni indesiderate, talvolta gravi, da formazione di complessi antigene-anticorpo (fenomeno di Arthus). Per questo può essere indicata la verifica sierologica dello stato di protezione contro il tetano che può risultare indicativa anche per le altre cinque vaccinazioni previste dal P.A.I.. Infatti nei Paesi in via di sviluppo risulta praticamente non ipotizzabile la semplice vaccinazione per un solo tipo di antigeni rispetto ai sei previsti dal programma vaccinale.

Una sintesi schematica di un possibile approccio nei casi dubbi è sintetizzata nella Tabella 6.

Tab.6. Approccio per la valutazione dell'immunità e per l'immunizzazione dei minori migranti

VACCINO	APPROCCIO VACCINALE	APPROCCIO ALTERNATIVO
Tetano Difterite Pertosse	Se la documentazione e le informazioni disponibili sono attendibili proseguire il ciclo vaccinale. Nei casi dubbi effettuare la determinazione degli anticorpi antitetano, prima di fare una dose addizionale o una dose booster di DT, dT, DTPa o dTPa seguita dal controllo degli anticorpi IgG tetanici con rivaccinazione se risulta opportuna (il riscontro di anticorpi antitetanici per i soggetti provenienti da Paesi in via di sviluppo con buone coperture del Programma Immunizzazione dell'OMS sono indicativi anche per difterite, pertosse, morbillo, polio e TBC).	Effettuare sempre la ricerca degli anticorpi antitetano prima di fare una dose addizionale o una dose booster di DT, dT, DTPa o dTPa seguita dal controllo degli anticorpi IgG tetanici con rivaccinazione se opportuna (il riscontro di anticorpi antitetanici per i soggetti provenienti da Paesi in via di sviluppo con buone coperture vaccinali sono indicativi anche per difterite, pertosse, morbillo, polio e TBC).
Morbillo Parotite Rosolia	Se la documentazione e le informazioni sono attendibili proseguire il ciclo vaccinale; nel dubbio rivaccinare con anti Morbillo-Parotite-Rosolia.	Ricerca anticorpi IgG per Morbillo
Emofilo inf. di tipo b	Se la documentazione e le informazioni sono attendibili proseguire il ciclo vaccinale; nel dubbio rivaccinare solo se l'età è appropriata.	-----
Epatite da virus B	Se la documentazione e le informazioni sono attendibili proseguire il ciclo vaccinale; nel dubbio rivaccinare.	Test sierologico per HBsAg e HBsAb.
Poliovirus	Se la documentazione e le informazioni sono attendibili proseguire il ciclo vaccinale; nel dubbio rivaccinare con antipolio inattivato (IPV – Salk)	Somministrare dose singola di IPV (il test sierologico ha validità limitata)

140

Conclusioni

Un protocollo vaccinale praticabile nell'approccio al migrante, tenuto conto di tutte le evidenze attualmente disponibili, applica le seguenti indicazioni. Per l'adulto e il minore con più di 14 anni, in presenza di lesioni a rischio di tetano, salvo situazioni epidemiologiche particolari o di rischio specifico legate allo stato di salute del soggetto, è indicata la sola profilassi anti-tetanica post-esposizione. Per conferire un'immunità anche per difterite ed eventualmente pertosse è raccomandata negli adulti, di qualunque età, la somministrazione ogni dieci anni di un richiamo con vaccino contenente, oltre all'antigene tetanico, anche quantità ridotte di tossoide difterico (Td) ed eventualmente dell'antigene pertossico (dTPa).

Il vaccino trivalente contenente antigeni difterici (ridotti), tetanici e per tossici (dTPa) è indicato anche nei soggetti che non sono stati vaccinati in precedenza contro la pertosse.

Nei soggetti adulti mai vaccinati va comunque sempre usato il vaccino Td per le prime due dosi immunizzanti ed il vaccino TdPa per la terza dose (Tab. 7).

Tab. 7. Indirizzi per le vaccinazioni raccomandate nei migranti che non hanno completato i cicli vaccinali o che sono sprovvisti di certificazione vaccinale

Vaccino	Età						
	dalla nascita ad un mese	da 2 mesi a 11 mesi	da 12 mesi a 6 anni	da 7 anni a 10 anni	da 11 anni a 17 anni	da 18 anni a 64 anni	più di 65 anni
DTPa/DT	NO	SI				NO	
Td/TdPa		NO			Sopra i 7 anni TdPa. Sopra i 65 anni Td	SI	
Polio (IPV/OPV)	NO		SI				SI
MPR	NO			SI: per chi è nato dal 1957 in poi			NO
Hib	NO		SI tra i 6 mesi e i 5 anni			NO	
Epatite A	NO		SI tra i 12 mesi e i 23 mesi			NO	
Epatite B			SI: dalla nascita ai 18 anni				NO
Pneumococco 13 valente	NO		SI tra i 2 mesi e i 5 anni		No: dai 5 anni ai 50 anni		SI oltre i 50 anni
Influenza	NO fino a sei mesi			SI: dai sei mesi (una volta l'anno ad ogni stagione influenzale)			

DTPa = Difterite, Tetano e Pertosse acellulare pediatrica; cTPa = Difterite, Tetano e Pertosse acellulare per adolescenti/adulti; DT = Difterite e Tetano formulazione pediatrica; cT = Difterite e Tetano Formulazione per adulti; IPV = antipolio inattivato; OPV = antipolio orale (vivo); Hib = Haemophilus influenzae di tipo b.

Per il bambino da 0 a 14 anni si evidenziano tre diverse possibilità: se il bambino non è mai stato vaccinato va immunizzato seguendo il nostro calendario nazionale, in rapporto all'età; se, invece, il bambino è stato vaccinato regolarmente nel Paese d'origine e lo stato vaccinale è sufficientemente documentato, dovrà essere seguito il nostro vigente calendario nazionale per l'eventuale completamento del ciclo vaccinale primario e/o i richiami. Nel caso in cui la documentazione fosse insufficiente e lo stato vaccinale dubbio, va praticato il vaccino esavalente con anti polio, anti Hib, anti HBV, anti difto-tetano-pertosse ed il vaccino trivalente con anti morbillo-parotite-rosolia eventualmente praticato con il vaccino anti-varicella. Ulteriore opportunità andrebbe data alla somministrazione di vaccino anti-epatite A. Nel caso in cui sia prevista la permanenza del minore nel nostro Paese, sarà sempre possibile completare il ciclo vaccinale, tenendo conto dei tipi di vaccino da somministrare secondo i tre schemi seguenti (Tab. 8).

Tab. 8. Calendario delle vaccinazioni raccomandate nei soggetti non vaccinati nel primo anno di vita

SOGGETTI CON MENO DI 7 ANNI		
ETÀ/INTERVALLI RACCOMANDATI	IMMUNIZZAZIONE	NOTE
Prima visita	Difterite, Tetano, Pertosse, Hib, Epatite B, Polio (IPV), Morbillo, Parotite, Rosolia	Se l'età è maggiore di 5 anni non si esegue Hib. Nei lattanti eventuale Anti-Rotavirus
Dopo 6 – 8 settimane	Difterite, Tetano, Pertosse, Hib, Epatite B, Polio(IPV)	Se l'età è maggiore di 5 anni non si esegue Hib. Eventuale Varicella
Dopo 8 mesi	Difterite, Tetano, Pertosse, Hib, Epatite B, Polio(IPV)	Se l'età è maggiore di 5 anni non si esegue Hib
a 4 - 6 anni	Difterite, Tetano, Pertosse, Polio(IPV), Morbillo, Parotite, Rosolia	Polio (IPV) non è necessaria se la terza dose è stata fatta dopo i 4 anni
SOGGETTI CON ETÀ COMPRESA TRA I 7 ED I 12 ANNI		
ETÀ/INTERVALLI RACCOMANDATI	IMMUNIZZAZIONE	NOTE
Prima visita	Difterite(dose ridotta), Tetano, Epatite B, Polio (IPV), Morbillo, Parotite, Rosolia	Morbillo, Parotite, Rosolia a 12 anni Eventuale Meningococco C
Dopo 2 mesi	Difterite(dose ridotta), Tetano, Epatite B, Polio (IPV)	Eventuale Varicella
Dopo 8 – 14 mesi	Difterite(dose ridotta), Tetano, Epatite B, Polio(IPV)	

Per quanto riguarda difterite, tetano e pertosse, dopo aver valutato la protezione contro il tetano si procederà alla immunizzazione specifica anti difto-tetano-pertosse con due diverse possibilità a seconda dell'età del bambino. Per i bambini con meno di sette anni il vaccino DTPa andrà somministrato a dose piena, eventualmente anche in formulazione esavalente

con gli antigeni della poliomielite (IPV), dell'epatite B e dell'emofilo tipo B. Invece, per i bambini con più di sette anni, andrà praticato il vaccino a formulazione ridotta per il tossoide difterico in uso per adulti, eventualmente in associazione tetravalente con il vaccino anti-polio (IPV). Va sempre tenuto presente che il vaccino a formulazione ridotta per il tossoide difterico (dTpa) non è indicato come prima dose del ciclo primario, per cui nei soggetti con più di sette anni, mai immunizzati in precedenza, deve essere somministrato il vaccino Td per le prime due dosi, ed il vaccino dTpa per la terza dose.

Nel caso della poliomielite si procederà a somministrare un ciclo completo di tre dosi della preparazione esavalente con il vaccino antipolio-IPV, antidifto-tetano-pertossico, anti-epatite B ed anti-Hib.

Per quanto concerne, infine, la vaccinazione anti morbillo-parotite-rosolia dovrà essere somministrato un ciclo completo con l'esecuzione di due dosi di vaccino.

Non va mai dimenticata l'importanza, sia nei bambini sia negli adulti, della puntuale registrazione di tutte le vaccinazioni effettuate, annotando, oltre ai dati anagrafici del soggetto, anche le caratteristiche del vaccino.

È inoltre opportuno aggiornare anche la documentazione attestante lo stato vaccinale della persona, quando questa viene presentata, o rilasciare in tutti i casi un certificato di vaccinazione nel quale siano indicate anche le caratteristiche del vaccino somministrato.

Infine, sarà necessaria l'attenta sorveglianza di ogni eventuale evento avverso alla vaccinazione che, nel caso, dovrà essere segnalato ai servizi di farmacovigilanza secondo quanto previsto.



Bibliografia

American Academy of Pediatrics. Red book 2009: *Rapporto del Comitato sulle malattie infettive*. Ed. Pacini Medicina, 2009

Atti della X Consensus Conference. VIII Congresso nazionale della SIMM, Trapani, febbraio 2009

Bartolozzi G., Chiamenti C., Tozzi A.E. *Manuale delle vaccinazioni*. Ed. Cuzzolin, 2009

Conclusioni della XI Consensus conference. X Congresso nazionale Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Palermo, maggio 2011

Decreto legislativo n. 219 del 24 aprile 2006. *Sistema nazionale di farmacovigilanza*.

Del. 7/19767 del 10.12.2004. *Prevenzione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare*. B.u.r.l. 2005

Del. n. 8/1587 del 22.12.2005 ad oggetto *Determinazioni in ordine alle vaccinazioni dell'età infantile e dell'adulto in Regione Lombardia. Piano Vaccini della Regione Lombardia*. B.u.r.l., 2005

El-Hamad I. *Il profilo sanitario del migrante*. Atti convegno nazionale "Migrazioni e salute", Bari, maggio 2002

Geraci S., Marceca M. *Il profilo di salute dell'immigrato*. In: Geraci S. Argomenti di medicina delle migrazioni. Regione Veneto, 2000

144

Giannini P., Caramello P. *Patologie infettive dell'immigrato*. Ed. Minerva Medica, 1994

Gushulak BD., MacPherson D. Editors Hamilton. *Migration Medicine and Health: Principles and Practice*. ON: BC Decker, 2006.

Kemp C., Rasbridge LA. *Refugee and Immigrant Health. A Handbook for Health Professionals*. Ed. editors. New York: Cambridge University Press, 2004

Lockie C., Walker E., Calvert L., Cossar J., Knill-Jones R., Raeside F. *Travel Medicine and Migrant Health*. Ed. editors. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000

Pasini W. *Il Medico ed il paziente immigrato*. Ed. Alfa Wassermann News and Views, 1996

Pontecorvo M., Piazza M. *Vaccini e Immunoglobuline*. Ed. Minerva Medica; VIII edizione, 2000

SItI, FIMP, SIP. *Proposta di calendario vaccinale dell'età pediatrica ed adolescenziale*. Versione finale, luglio 2010

SItI. *Proposta di calendario vaccinale per gli adulti e per gli anziani*. Versione finale, ottobre 2011

Ugazio A.G. e Guarino A. *Le vaccinazioni per la pratica pediatrica*. SIP, Ed. Pacini Medicina, 2006

Walker PF., Barnett. *Immigrant Medicine*. Ed. editors. Philadelphia: Saunders, 2007

Zannino L. *Le vaccinazioni, perché, quando e come*. Ed. Editeam, 1999



Le lavandaie, Pierre-Auguste Renoir, 1841-1919

SALUTE NELL'AMBIENTE DI LAVORO

Domenica Sottini, Laura Benedetti

Fenomeno migratorio e mondo del lavoro

Al 31 dicembre 2010 gli stranieri residenti in Italia erano oltre 4,5 milioni, incidendo sulla popolazione totale per il 7,5%. Ai residenti, secondo la stima del Dossier Caritas Migrantes 2011, bisogna aggiungere oltre 400 mila persone regolarmente presenti ma non ancora registrate in anagrafe, per una stima totale di quasi 5 milioni di persone.

147

All'aumento del numero delle presenze di stranieri corrisponde una crescita del numero di lavoratori stranieri impiegati nel mercato del lavoro italiano. Nel 2010 gli stranieri assicurati all'INAIL erano poco meno di 2,7 milioni, costituendo **un decimo della forza lavoro**.

I settori in cui gli occupati immigrati lavorano sono per il 57,7% i Servizi, per il 29,9% l'Industria (di cui il 16,7% nelle Costruzioni) e per l'8,8% l'Agricoltura, una distribuzione ormai nota che, però, rispetto al 2009, vede i Servizi crescere di quasi 2 punti percentuali e l'Industria calare in pari misura.

Il bilancio nei due anni della crisi (2009-2010) indica, a fronte di un calo degli occupati italiani pari a circa 863 mila unità, una **crescita complessiva dell'occupazione immigrata** di 309 mila unità (+17,6%), prevalentemente come personale non qualificato (+37%) (manovale edile, addetto pulizie, collaboratore domestico, bracciante agricolo), e artigiani e operai specializzati (+13,8%) (carpentiere, camionista, addetto a macchinari e impianti). Nell'Industria si registra invece una contrazione pari circa al 3%. La componente femminile trascina questo risultato positivo grazie all'incremento massiccio nel comparto dei Servizi alla persona e in quelli sociali.

L'aumento del numero di occupati immigrati è da ricondurre essenzialmente alla crescita della popolazione straniera nel suo complesso; tuttavia, se consideriamo il tasso di occupazione (soggetti in età lavorativa occupati sul totale della popolazione 15-64 anni), nel caso degli immigrati la **riduzio-**

ne del tasso di occupazione è stato più che doppio rispetto a quello degli italiani. Al protrarsi della discesa del tasso di occupazione degli stranieri si è poi associato un **accrescimento del tasso di disoccupazione** (dal 11,2% del 2009 all'11,6% nel 2010), soprattutto nel Nord Italia dove la loro presenza è maggiore. Attualmente gli immigrati sono arrivati a incidere per un quinto sui disoccupati. Il protrarsi dello stato di disoccupazione per i non comunitari pregiudica il rinnovo del permesso di soggiorno, costringendoli al rimpatrio o a trattarsi irregolarmente.

L'impatto della crisi ha colpito in misura relativamente più accentuata gli stranieri per vari motivi, tra cui la maggiore presenza in settori più "sensibili" (manifatturiero e costruzioni), in occupazioni meno specializzate dove il turnover della forza lavoro risulta più semplice, la minore tutela contrattuale, l'impiego in lavoro a carattere temporaneo o a tempo parziale. **La tendenza all'imprenditorialità** da parte dei lavoratori immigrati (+ 20.000 circa a fine 2010 rispetto al 2009, nel complesso 228.540 unità) è un dato di non facile interpretazione: può coprire forme di auto impiego di rifugio in risposta al venir meno dei tradizionali sbocchi occupazionali; può contenere un certo numero di para-imprese, ossia di attività soltanto formalmente autonome, in realtà dipendenti da un unico committente; può persino rappresentare un semplice espediente per poter rinnovare il permesso di soggiorno. La quota di imprese individuali con titolare un cittadino straniero è del 7,4% (10,8% in Lombardia), concentrate nel Commercio (40%), nelle Costruzioni (27%) e nel Manifatturiero (10%). Va a tale proposito osservato che in questi settori, in cui si registrano bassi salari contrattuali, si assiste sempre più frequentemente ad accordi su forme di rapporti a prestazione, in cui vi è un indubbio interesse del datore di lavoro, che sfrutta la maggiore soddisfazione economica degli immigrati rispetto al lavoro dipendente, specie se si tratta di lavoratori con un progetto transitorio di emigrazione per guadagnare il più possibile e fare ritorno nel Paese di origine.

148

Infortunati e malattie professionali nei lavoratori stranieri

A differenza dei lavoratori italiani, per i quali nel 2010 si è registrata una riduzione degli **infortunati sul lavoro** pari a quasi il 2%, nel caso dei lavoratori stranieri lo stesso anno è stato peggiore del precedente, con un incremento dello 0,8% degli infortuni, passati dai 119.240 del 2009 ai 120.135 del 2010. A questo incremento ha contribuito in maniera significativa la componente femminile per la quale si è registrato un aumento del 6,8%, contro un calo dell'1,2% dei maschi (Fig. 1).

Nel complesso, circa il **15% degli infortuni complessivi** coinvolgono lavoratori immigrati, con particolare rilevanza di quelli provenienti da Paesi extra-UE che compongono l'11,5% del totale. Secondo le stime INAIL riferite all'anno 2010, l'incidenza infortunistica, espressa dal rapporto tra infortuni denunciati e lavoratori assicurati all'INAIL, risulta più elevata per gli stranieri rispetto a quella degli italiani, rispettivamente 45 casi denunciati ogni 1.000 occupati contro i 39,2. Un caso particolare è quello del settore domestico, nel quale 77 infortuni su 100 riguardano proprio colf e badanti immigrate.

Migliore la situazione per i casi mortali, che sono ancora diminuiti passando dai 144 nel 2009 ai 138 del 2010.

Fig. 1. Infortuni occorsi a lavoratori stranieri negli anni 2009-2010 per sesso (Rapporto Annuale INAIL 2010)

Sesso	Infortuni			Casi mortali		
	2009	2010	Var%	2009	2010	Var%
Femmine	29.290	31.277	6,8	10	17	70,0
Maschi	89.950	88.858	-1,2	134	121	-9,7
Totale	119.240	120.135	0,8	144	138	-4,2

Il 94,4% degli infortuni degli stranieri si verifica nell'Industria e Servizi, il 4,9% in Agricoltura e lo 0,7% tra i Dipendenti conto Stato. In particolare, nell'Industria il settore più colpito è quello delle **Costruzioni** che copre il 12,5% del complesso delle denunce di infortunio e 32 casi mortali ovvero il 23,2% del totale occorsi a stranieri; a seguire i Trasporti (7,8% denunce e 21 morti) e i Servizi alle imprese, che agli stranieri riservano quasi esclusivamente attività di pulizie e manutenzione (7,7% denunce e 12 morti).

Rispetto al genere, anche per gli stranieri il sesso **maschile** prevale nettamente su quello femminile quanto a numero di infortuni (75% denunce; 88% dei casi mortali). La distribuzione degli infortuni per età rispecchia quella degli assicurati immigrati, trattandosi prevalentemente di **giovani** (il 43% ha meno di 35 anni; l'88% ha meno di 50 anni). Rispetto al Paese di provenienza, Romania, Marocco e Albania sono nell'ordine le comunità che ogni anno denunciano il maggior numero di infortuni sul lavoro, totalizzando circa il 40%.



Le regioni a maggior densità occupazionale sono anche quelle nelle quali si registra il maggior numero di denunce di infortunio e di malattia professionale a carico di lavoratori stranieri: nel 2010 il 75% degli infortuni occorsi a stranieri è avvenuto al **Nord**, con 84 casi mortali che si ripartiscono equamente tra Nord-Est e Nord-Ovest. In particolare in Lombardia nel 2010 ci sono state 25.072 denunce, pari al 20,9% del complesso, con un incremento del 2,2% rispetto all'anno precedente e con il sostanziale contributo della componente femminile (colf e badanti), in linea con la tendenza registrata a livello nazionale. L'incremento si è verificato nonostante la stabilità di lavoratori stranieri assicurati all'INAIL. Gli infortuni mortali sono al contrario diminuiti, anche in questo caso in linea con i dati nazionali.

Per quanto riguarda le **malattie professionali** occorse a lavoratori stranieri, coerentemente con quanto osservato negli ultimi anni e con l'andamento del fenomeno in generale, il 2010 ha fatto registrare un aumento di denunce pari al 19%: si è passati dalle 2.068 denunce del 2009 alle 2.462 del 2010. Tuttavia, se negli infortuni sul lavoro gli stranieri incidono per il 15% e negli infortuni mortali per il 16%, nel caso delle malattie professionali essi incidono solo per il 6%. L'incidenza relativamente più modesta rispetto alle altre due dimensioni può forse spiegarsi con una scarsa consapevolezza dei rischi di tali malattie e delle loro conseguenze da parte dei lavoratori immigrati rispetto agli italiani.

150

Per la grande maggioranza le denunce riguardano malattie professionali dell'Industria (95%), tuttavia rilevante è stato l'aumento delle denunce in Agricoltura (58 casi del 2009, 111 nel 2010). Rispetto al tipo di malattia, aumentano le **malattie osteo-articolari e muscolo-tendinee** che rappresentano ormai quasi i due terzi del complesso delle denunce. Tornano a crescere anche le ipoacusie da rumore che, dopo la frenata del 2009 (281 casi) sono arrivate a quota 364 denunce, e i tumori con 44 denunce. I Paesi di provenienza dei tecnopatici sono principalmente Marocco (14,0%), Romania (9,8%) e Albania (9,6%), gli stessi che detengono il primato per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro.

Con 598 casi nel 2010 l'Emilia Romagna è la regione che registra il maggior numero di denunce di malattie professionali (circa il 25%) a carico di lavoratori stranieri, seguono la Lombardia (290), il Veneto (254 casi) e la Toscana (223).

Si sottolinea che i dati sopra riportati risentono certamente del notorio problema della **sottonotifica** sia degli infortuni che delle malattie lavoro-correlate, che per gli immigrati viene accentuato dal fenomeno del lavoro sommerso e dalla scarsa propensione a notificare gli eventi, per varie motivazioni. Per quanto riguarda le malattie professionali, va osservato che la presenza degli immigrati si riferisce all'ultimo decennio, periodo ancora breve per mettere in evidenza la comparsa di eventuali epidemie. A ciò va aggiunto che i lavoratori immigrati fanno rientro nei Paesi di origine quando lo stato di salute non è più confacente il progetto migratorio. Infine, la maggiore mobilità degli stranieri all'interno del Paese ospite, insieme alla quasi costante presenza nella storia lavorativa di un periodo "in nero"

(spesso determinante per il riconoscimento del nesso di causalità) fungono da deterrente alla denuncia da parte dei medici.

Condizioni di lavoro dei migranti



151

La maggiore vulnerabilità dei lavoratori immigrati rispetto agli autoctoni è stata oggetto di studio in numerose pubblicazioni e convegni sul tema specifico, ed è considerata a livello internazionale come rischio emergente che necessita di nuove forme di prevenzione. Le variabili che contribuiscono a caratterizzare tale fragilità possono essere così sintetizzate, sapendo che nessuna da sola riesce a spiegare il fenomeno:

- segregazione del mercato del lavoro in contesti a maggiore rischiosità (lavori più sporchi, più pericolosi e più faticosi), collocabili in nicchie di domanda di bassa qualificazione (edilizia, industria pesante, agricoltura). Tale segregazione è giustificata non soltanto dalla carenza di manodopera, ma anche da barriere linguistiche e legali insieme con forme di discriminazione più sottili.
- Maggiore presenza in aziende di piccola e media dimensione (98% per lavoratori stranieri rispetto al 91% per i lavoratori italiani), dove l'attuazione della normativa vigente in tema di salute e sicurezza è spesso trascurata ed i rischi lavorativi sottostimati.
- Assenza o non adeguata informazione/formazione sulle misure di sicurezza e, di conseguenza, ridotta percezione dei rischi legati al lavoro.
- Difficoltà di comprensione della lingua: la conoscenza della lingua del

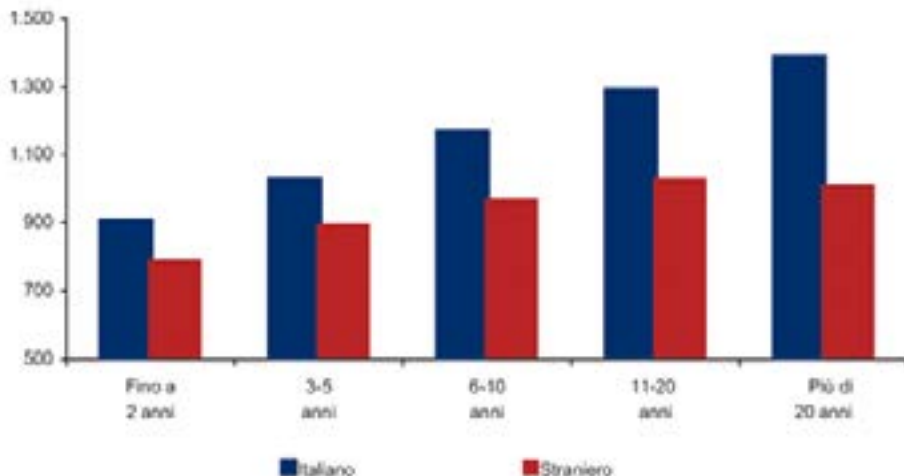
Paese ospite rappresenta non solo uno dei principali fattori che condiziona l'accesso del migrante al mercato del lavoro e il modo nel quale egli viene considerato (posizione lavorativa bassa e/o precaria), ma influisce anche sui livelli di sicurezza e di salute sul luogo di lavoro e costituisce spesso una barriera al loro miglioramento.

- Possibili differenze nella percezione del rischio con particolare riferimento all'influenza della dimensione socio-culturale. Si consideri l'habitus mentale di un lavoratore immigrato inserito in una "cultura della sopravvivenza" nel Paese ospitante: il tema della sicurezza è percepito come un fattore non immediatamente necessario rispetto ad altre variabili quali il lavoro, il permesso di soggiorno, l'alloggio, il sostegno economico alla famiglia rimasta nel Paese di origine etc. Quello che un lavoratore italiano può ritenere pericoloso o non lecito, per un lavoratore straniero può essere vissuto come regolare, giusto, quasi auspicabile ai fini della riuscita del proprio progetto migratorio.
- Maggiore incidenza di fattori di rischio infortunistico legati a maggiore disponibilità ad orari prolungati di lavoro, turni di lavoro sfavorevoli, senza riposo, ritmi di lavoro pressanti etc.
- Progetto migratorio (stabilizzazione nel Paese ospite oppure periodo da emigrato per guadagnare e costruirsi nel Paese di origine una solida posizione) che può comportare approcci molto diversi da parte del lavoratore immigrato al tema delle tutele e della sicurezza e prevenzione.
- Sovra-qualificazione, ovvero occupazione in posizioni lavorative più basse rispetto alle effettive capacità, a causa delle difficoltà burocratiche, linguistiche e sociali che rendono laborioso ottenere il riconoscimento dei titoli di studio e/o del curriculum professionale, con aggravamento della condizione di malessere e difficoltà sul piano fisico e psicologico. Fra gli uomini stranieri la quota dei sovra istruiti è del 36% del totale degli occupati, fra le donne del 50%, con picchi superiori al 60% nel comparto dei servizi alle famiglie.
- Retribuzione più bassa rispetto ai colleghi italiani, anche tenendo in considerazione fattori come l'occupazione, l'educazione, il tipo di industria e l'esperienza (Fig. 2).
- Molte indagini hanno evidenziato altre forme di discriminazione nei confronti dei lavoratori immigrati rispetto ai colleghi italiani (turni peggiori, rifiuto di concessioni disponibili per gli autoctoni, molestie più frequenti,



etc.). La dinamica è confermata dall'ILO (Organizzazione Internazionale del Lavoro), che denuncia come, in fase di crisi, si assiste un po' ovunque a un incremento delle discriminazioni sul lavoro. La discriminazione razziale, particolarmente se combinata al genere e all'etnia, è stata identificata avere una forte influenza sullo stress lavoro correlato.

Fig. 2. Retribuzione netta mensile dei dipendenti per cittadinanza e anzianità lavorativa - Anno 2010 (valori assoluti in euro)¹



153

- Elevata mobilità del lavoratore immigrato, tre volte più alta rispetto agli italiani, unitamente alla significativa presenza di lavoro strutturato in modo informale, altamente flessibile e precario.
- Giovane età, che, congiuntamente alle altre criticità già evidenziate, influenza la ridotta percezione dei rischi legati al lavoro.
- Occupazione femminile: le donne straniere sono impiegate in larga misura nel comparto della collaborazione familiare, ambito che occupa per oltre i tre quarti immigrati (508.638, 78%), donne in 9 casi su 10. Tuttavia le posizioni registrate dall'INPS sono nettamente inferiori alla presenza effettiva: trattandosi di un settore in cui la fragilità del lavoratore immigrato si associa a quella delle famiglie, sono in molti a lavorare in nero. Le mura domestiche entro cui tali servizi vengono espletati non garantiscono un ambiente di lavoro sicuro, visto l'andamento crescente di infortuni per queste lavoratrici. Rilevanti in questo comparto, oltre ai rischi fisici, chimici e da sovraccarico muscolo-scheletrico, sono i rischi psico-sociali. Si sottolinea infine che, se nel 2010 le donne hanno inciso per la metà sui nuovi assunti immigrati, le stesse si vedono discriminate nella possibilità di conciliare gli impegni familiari con il lavoro poiché l'accesso a prestazioni o servizi di welfare richiedono spesso un consistente periodo di residenza.
- Scarsa conoscenza della normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro e tutela dei diritti, in particolare assicurativi.

¹ Fonte: dati ISTAT, Rilevazione sulle forze di lavoro

- Difficoltà di accesso alle tutele sanitarie per scarsa conoscenza e comprensione (per ragioni culturali e linguistiche) delle opportunità offerte dal sistema sanitario e di welfare del Paese che li ospita.
- Situazioni di vita extralavorativa di maggiore precarietà (precarietà abitativa, stili di vita poco idonei, mancanza di protezione da parte del nucleo familiare lontano), che incidono sul benessere psico-fisico dell'individuo.

Lavoratori immigrati e normativa di prevenzione

Il problema della salute e sicurezza sul lavoro ha assunto ormai notevole importanza sia nell'ambito sociale e pubblico sia in quello aziendale, dato l'elevato onere che grava sulla collettività a causa degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali. Una attenzione crescente è stata rivolta ai lavoratori immigrati per i quali, data la sempre maggiore presenza nel contesto sociale e produttivo e la maggiore vulnerabilità sopradescritta, si rende necessaria l'individuazione di misure di tutela e prevenzione che siano in grado di far fronte alle specifiche condizioni di rischio.

A livello internazionale, si ricorda la Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie del 1990 (che fornisce per la prima volta la definizione ufficiale di "lavoratore migrante"²), nonché le Convenzioni dell'ILO sui lavoratori migranti (n. 97 del 1948 e n. 143 del 1975) e le Raccomandazioni n. 86 e 151. In particolare la Convenzione n. 143 del 1975 richiama al rispetto dei principi di eguaglianza di trattamento in materia di condizioni di lavoro di tutti i lavoratori migranti, prevedendo che siano attuate attività destinate a garantire condizioni di vita e di lavoro dignitose.

154

In Italia, il **D.Lgs 81 del 2008** sottolinea esplicitamente la necessità di tenere in opportuna considerazione la maggiore "vulnerabilità" dei lavoratori immigrati. Infatti, già l'**art. 1** afferma che la finalità del decreto legislativo consiste nel "**garantire l'uniformità della tutela** delle lavoratrici e dei lavoratori sul territorio nazionale... anche con riguardo alle differenze di genere, di età e alla condizione delle lavoratrici e dei lavoratori immigrati". Si evidenzia, tuttavia, che il D.Lgs 81/08 non contempla nel campo d'applicazione coloro che espletano servizi di assistenza domiciliare e i lavoratori domestici (art. 1 c.2; art. 3 c.8), escludendo dalle tutele previste molteplici figure professionali, quali colf e badanti, nella grande maggioranza immigrati.

L'**art. 28** del decreto stabilisce l'obbligo per il datore di lavoro di garantire la salvaguardia dei propri lavoratori e **valutare i rischi** a cui gli stessi sono esposti, tenendo conto di rischi particolari tra cui quelli connessi alla provenienza da altri Paesi. È pertanto compito del datore di lavoro promuovere un sistema di valutazione che sia in grado di individuare ed esaminare l'esposizione al rischio a seconda della tipologia degli esposti nella propria azienda, tenendo conto del "rischio aggiuntivo" conseguente allo stato di "lavoratore im-

² "Persone che esercitano, hanno esercitato o eserciteranno un'attività remunerata in uno Stato cui loro non appartengono".

migrato” al fine di identificare le possibili misure di prevenzione e protezione.

La formazione rappresenta certamente lo strumento imprescindibile per aumentare i livelli di sicurezza nelle aziende per tutti i lavoratori. Nel caso dei lavoratori stranieri, affinché il progetto formativo sia efficace, è necessario sia predisposto tenendo conto delle capacità linguistiche dei discenti e delle differenze culturali, utilizzando per esempio trainer della stessa etnia. A tale riguardo, gli **art. 36** e **art. 37** del decreto prevedono che, ove i destinatari siano lavoratori immigrati, l'**informazione** e la **formazione** avvengano previa verifica della comprensione e della conoscenza della lingua utilizzata.

Per quanto concerne il ruolo svolto dal **medico competente aziendale**, va osservato che l'**art. 25** prevede la sua collaborazione fin dal processo di valutazione dei rischi, oltre che lo svolgimento delle attività proprie di sorveglianza sanitaria previste dall'**art. 41**. Il medico competente avrà il compito di identificare soggetti portatori di particolari ipersuscettibilità al fine di assumere eventuali provvedimenti preventivi e protettivi necessari. Si sottolinea che la presenza di lavoratori immigrati nella comunità aziendale richiede che i sanitari adeguino la loro formazione, dovendo conoscere il profilo epidemiologico dei Paesi di origine e i segni e sintomi di nuove patologie, non sufficientemente note ai medici italiani, prestando particolare attenzione ai lavoratori con storia di immigrazione più recente. Si segnala inoltre la difficoltà nel rapporto medico-paziente poiché le barriere linguistiche e le differenze culturali nell'interpretare e definire il sintomo, la malattia o la salute rendono difficoltose l'anamnesi, la diagnosi e la terapia. Il medici dovranno pertanto sviluppare le abilità di ascolto necessarie per mettersi in relazione con persone portatrici di culture e sensibilità diverse. Il medico competente si trova spesso ad essere il primo, talora l'unico, professionista della salute che si occupi effettivamente della salute dell'immigrato: la sorveglianza sanitaria può consentire di individuare condizioni patologiche in stato iniziale o conclamato in soggetti che non hanno l'abitudine a recarsi dal Medico di Medicina Generale, pur avendone il diritto, e di includere questi lavoratori, per i quali gioca anche l'aspetto di maggior disagio socio-economico, in programmi volontari di promozione della salute (educazione alimentare, promozione di attività fisica o riduzione del tabagismo) secondo i principi della responsabilità sociale delle imprese.

155

Infine, l'**art. 11** del decreto indica che “nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali, le amministrazioni pubbliche promuovono attività specificamente destinate ai lavoratori immigrati... finalizzate a migliorare i livelli di tutela dei medesimi negli ambienti di lavoro”. All'interno di questo mandato si colloca il Progetto dell'ASL di Brescia “Valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute con riferimento alla provenienza da altri Paesi”.

Valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute con riferimento alla provenienza da altri Paesi: la proposta dell'ASL di Brescia

Per quanto riguarda i lavoratori immigrati, chi effettua la valutazione del rischio in azienda ha, ad oggi, a disposizione solamente una modesta letteratura scientifica e le statistiche riferite a infortuni e malattie professionali.



156 Il Progetto dell'ASL di Brescia è nato in risposta alla necessità di mettere a punto uno strumento che permettesse la valutazione del “rischio aggiuntivo” specifico dei lavoratori migranti presenti nel contesto aziendale, per integrare gli altri elementi contenuti nel documento di valutazione dei rischi, quali l'andamento infortunistico, i risultati della sorveglianza sanitaria e la valutazione dei rischi tradizionali incluso lo stress lavoro-correlato, consentendo riflessioni sulle possibili ricadute legate alla maggiore vulnerabilità della condizione di migrante e ottenere indicazioni sulle prioritarie aree di intervento.

Sulla base della revisione della letteratura scientifica e dell'esperienza maturata, sono state identificate le principali variabili che contribuiscono alla maggiore vulnerabilità dei lavoratori immigrati, prendendo in considerazione sia l'ambito personale e sociale sia quello lavorativo. Ad ognuna di esse è stato attribuito un punteggio in base alla rilevanza emersa dalla letteratura o su base empirica, in relazione ad una oggettiva valutazione di svantaggio rispetto agli italiani, al fine di permettere un confronto fra i gruppi di lavoratori stranieri e gli italiani. Molte variabili e criticità indagate, in particolare lavorative, non sono infatti di interesse esclusivo dei lavoratori migranti, tuttavia gli stessi hanno più probabilità di ricadere in più elementi di rischio rispetto agli autoctoni. È stato così predisposto un modello pluridimensionale mirato a individuare e, per quanto possibile, pesare le diverse fragilità caratteristiche della condizione di migrante, attraverso un questionario e un test linguistico.

Il metodo proposto è stato sperimentato in sette aziende di medio-grandi dimensioni, appartenenti a settori produttivi con indice infortunistico significativo (metallurgico, metalmeccanico e materie plastiche), con il coinvolgimento di 267 lavoratori maschi (136 stranieri e 131 italiani), tutti collocati nei reparti produttivi, e assunti con contratto a tempo indeterminato. In generale, nel gruppo di lavoratori stranieri in esame sono state riscontrate criticità rispetto alla conoscenza del sistema di tutela nei luoghi di lavoro, alla

comprensione della formazione ricevuta in materia di sicurezza e all'atteggiamento culturale nei confronti delle azioni da intraprendere per ridurre gli infortuni nei luoghi di lavoro.

L'esperienza condotta ha rappresentato un primo approccio nei confronti della tematica all'interno delle singole realtà lavorative ed è stata apprezzata dagli stessi lavoratori immigrati che si sono sentiti oggetto di attenzione. La discussione dei dati ottenuti ha portato il sistema di prevenzione e protezione aziendale (Datore di Lavoro, RSPP, RLS, Medico Competente) a riflettere sull'argomento avviando un processo di consapevolezza e cambiamento che ha interessato in particolare l'ambito della formazione e della comunicazione. Sono state infine individuate possibili misure preventive e protettive da mettere in atto da parte delle aziende riconducibili a tre principali aree di intervento: conoscenza della lingua italiana; discriminazione/integrazione/conoscenza diritti; formazione/atteggiamento culturale nei confronti della sicurezza.

Bibliografia

ASL di Brescia. *Progetto "Valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute con riferimento alla provenienza da altri Paesi"*. Disponibile: http://www.aslbrescia.it/media/documenti/medicina_lavoro/documentazione/malattie_da_lavoro/immigrati%20progetto%20sicurezza%2019102011.pdf

157

Atti Convegno "Nuove sfide per la Medicina del Lavoro: Immigrazione - Promozione della Salute". Brescia, 6 Novembre 2010, *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33:2, Suppl.

Caritas-Migrantes. *Dossier Statistico Immigrazione*, 2011

European Agency for Safety and Health at Work. *European Risk Observatory: Literature study on migrant workers*. Disponibile: http://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/migrant_workers

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007. *Employment and working conditions of migrant workers*. Disponibile: <http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn0701038s/tn0701038s.pdf>

Iavicoli S., Valenti A., Persechino B. *La gestione dei lavoratori stranieri in Italia*. *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33:3, 355-365

INAIL. *Rapporto Annuale 2010*

International Labour Conference, 92nd sessions. *Towards a fair deal for migrant workers in the global economy*, 2004. Disponibile: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/meetingdocument/kd00096.pdf>



La giovane malata, Francisco Goya, 1746-1828

ACCESSO AL Ser.T. E TOSSICODIPENDENZE NEL MIGRANTE

Enrico Elba

Tossicodipendenza e immigrazione

In Italia, le conoscenze disponibili sul fenomeno della tossicodipendenza tra le persone immigrate sono limitate e raramente riescono a dare un'idea aggiornata di un fenomeno in costante evoluzione.

La presenza di immigrati nel nostro Paese in modo numeroso e in progressivo aumento, rappresenta una realtà piuttosto giovane, a differenza, invece, di Paesi in cui la componente migratoria è di vecchia data, come gli Stati Uniti, la Germania, l'Inghilterra, la Francia e l'Olanda.

La tossicodipendenza esiste tra gli immigrati, è un problema pressante ed oggi è argomento di studio di grandissima rilevanza e interesse.

In Italia, ormai da tempo, si è venuta a sviluppare un'ampia letteratura sull'approccio culturalmente differenziato ai soggetti stranieri all'interno di discipline come l'antropologia medica, l'etnopsichiatria¹ e le pratiche pedagogiche e sociali.

Tuttavia, per quanto concerne la tossicodipendenza tra le minoranze etniche o nazionali immigrate, si è ancora in una fase di sperimentazione, con una produzione scientifica frammentata. I dati epidemiologici sulla tossicodipendenza degli stranieri in Italia sono ancora molto parziali.

La droga nella storia

Le indagini storiche ed etnologiche dimostrano che la ricerca dell'alterazione degli stati mentali è un tratto costante nell'evoluzione dell'umanità.

¹ L'etnopsichiatria clinica nasce dalla scuola francese di Tobie Nathan, psicologo, che ha applicato in campo psicoterapeutico le teorie dell'etnologo Georges Devereux, riconosciuto come il fondatore dell'impianto teorico dell'etnopsichiatria. Con questo termine si intende la disciplina che pratica e studia l'arte del prendersi cura della "psiche" in territori e gruppi umani specifici e definiti.

La tendenza a usare sostanze psicoattive, lo psicotropismo, si presenta in tutte le epoche, a tutte le latitudini geografiche, in ogni civiltà. Nelle sostanze psicoattive l'uomo ha cercato il sostegno per affrontare la natura e le sfide con gli altri, l'evasione e il godimento estetico. Attraverso le sostanze psicoattive si è cercato di curare le malattie, superare i disagi morali, rompere i vincoli della quotidianità, acquisire una percezione mistica e giungere all'esperienza del sacro.



160

Ogni cultura porta con sé una storia e questo si verifica anche per l'assunzione di sostanze stupefacenti; molti popoli utilizzano tuttora la droga come rito d'iniziazione o religioso, o addirittura come stile di vita e sicuramente questo è molto diverso dall'utilizzo che ne viene fatto nella società occidentale.

L'uso di sostanze psicotrope è conosciuto fin dall'antichità, nel 7000 a.C. venivano utilizzati funghi allucinogeni, dal 4000 a.C. è noto l'uso di oppio, nel 2700 a.C. viene utilizzata la cannabis come terapia.

La domanda che ci si pone è se gli immigrati, quando giungono nel nostro Paese, continuano a rimanere legati alle loro usanze, alla loro cultura, anche nella modalità di utilizzo delle sostanze, o si adeguano precipitosamente, e con le relative conseguenze, ad una cultura così diversa dalla loro, che attualmente promuove la competitività e la lotta al potere attraverso le sostanze eccitanti.

L'incontro fra uomo e droga nei soggetti di culture nelle quali il contenuto simbolico della sostanza è molto più profondo e radicato, rispetto all'uso edonistico che ne viene fatto nelle società occidentali, è carico di significati profondamente diversi.

Inoltre, era acquisita la capacità di controllare gli effetti di sostanze potenti e indirizzarli a scopi ben definiti, con significati riconosciuti, ad esempio lo stato di trance conseguente all'uso di allucinogeni utilizzato per raggiungere una maggior conoscenza di se stessi.

Un uso profondamente diverso da quello massivo delle nostre società.

L'utilizzo di sostanze da parte degli immigrati è orientata in modo prevalente al superamento della nostalgia, aspetto sempre presente, determinato dal dover vivere in Paesi molto diversi per cultura, religione e costumi dal proprio Paese d'origine. L'uso di droghe permetterebbe un legame con il senso di appartenenza etnica, riducendo quei sentimenti di disagio e nostalgia determinati dalla migrazione.



Gli studi effettuati indicano ancora limitata conoscenza riguardo il consumo di sostanze da parte della popolazione immigrata in Italia e l'impatto dei fattori culturali sui "patterns" del consumo.

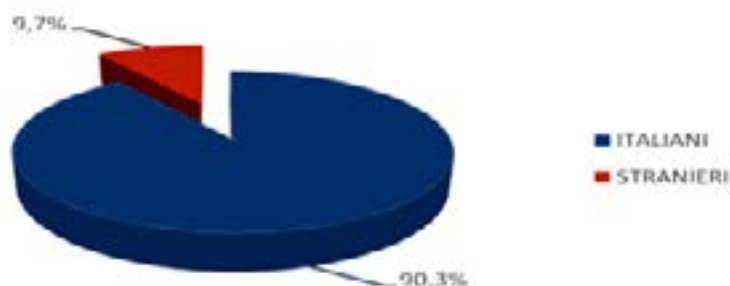
I dati statistici offrono solo un quadro parziale del fenomeno e si evidenzia la necessità di compiere maggiori indagini qualitative e quantitative per la raccolta di dati sui "pattern" di consumo, sul legame tra esclusione sociale e uso di sostanze, sulle difficoltà di accesso ai servizi per le tossicodipendenze e sulla sottoutilizzazione di essi da parte della popolazione immigrata tossicodipendente.

I dati più significativi a riguardo del fenomeno della tossicodipendenza tra la popolazione straniera in Italia sono relativi agli immigrati detenuti, una popolazione definita e controllabile attraverso i circuiti giudiziari e riconducibile primariamente a reati di spaccio che, anche se non sempre sovrapponibili, risultano associati anche a problemi di consumo di sostanze stupefacenti. La tossicodipendenza di un immigrato si rende evidente, nella maggior parte dei casi, in corrispondenza del contatto con la giustizia e la carcerazione; ciò connota il carcere come luogo di prima accoglienza per tossicodipendenti stranieri e di “presa in carico” per un orientamento su trattamenti e terapie adeguate.

Dati relativi al Ser.T di Brescia

La presenza di utenti stranieri nell’ASL di Brescia, seguiti per problemi di tossicodipendenza, rispecchia le rilevazioni effettuate in altre province limitrofe e, in particolare, si attesta su un valore di poco inferiore al 10% del totale dell’utenza. Di 720 utenti complessivi seguiti nell’arco del 2010, presso il Ser.T 1 di Brescia, nella sede centrale cittadina, 70 sono stranieri.

Fig 1. Totale utenza 2010



162

Tab. 1. Suddivisione degli utenti stranieri per nazionalità e numerosità

NAZIONALITA'	NUMERO UTENTI
NORD AFRICA	
ALGERIA	3
EGITTO	2
MAROCCO	10
TUNISIA	18
AFRICA OCCIDENTALE	
SENEGAL	5
SUD AMERICA	
BRASILE	1
COLOMBIA	1
ASIA MERIDIONALE	
INDIA	7
PAKISTAN	1

ASIA ORIENTALE	
CINA	1
EUROPA	
ALBANIA	5
UCRAINA	8
LETTONIA	1
AUSTRIA	2
MOLDAVIA	2
ROMANIA	1
SERBIA	1
GEORGIA	1
TOTALE	60

Tab. 2. Suddivisione degli utenti stranieri per zone geografiche

ZONA GEOGRAFICA	NUMERO UTENTI	PERCENTUALE
EXTRA EUROPA		
NORD AFRICA	33	47.80 %
AFRICA OCCIDENTALE	5	7.20 %
SUD AMERICA	2	2.9 %
ASIA MERIDIONALE	8	11.60 %
ASIA ORIENTALE	1	1.40 %
TOTALE	49	70 %

163

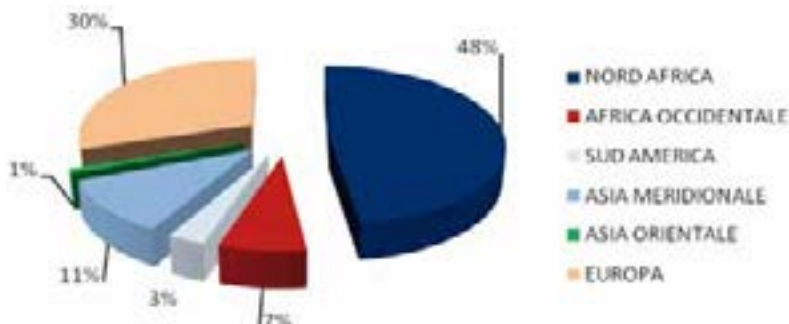
La maggioranza degli utenti immigrati di area extracomunitaria proviene dai Paesi dell’Africa settentrionale (circa il 48%), con maggior prevalenza per Marocco e Tunisia, seguiti dal Senegal. Piuttosto corposa anche la quota di migranti di provenienza asiatica, in particolare dall’India.

Tab. 3. Suddivisione degli utenti stranieri per zone geografiche: **EUROPA**

ZONA GEOGRAFICA	NUMERO UTENTI	PERCENTUALE
EUROPA		
ALBANIA	5	7.1 %
UCRAINA	8	11.4 %
LETTONIA	1	1.4 %
AUSTRIA	2	2.9 %
MOLDAVIA	2	2.9 %
ROMANIA	1	1.4 %
SERBIA	1	1.4 %
GEORGIA	1	1.4 %
TOTALE	21	30 %

Abbastanza numerosa anche la componente di immigrati provenienti da Paesi europei, in particolare extracomunitari in maggioranza da Ucraina e Albania.

Fig. 2. Utenza straniera suddivisa per provenienza



Una rapida analisi dei dati relativi alle modalità della presa in carico dei tossicodipendenti stranieri e dei programmi terapeutici proposti e accettati, evidenzia come la principale richiesta sia orientata a terapie farmacologiche con farmaci definiti come sostitutivi della sostanza stupefacente, e quindi rivolti a utenti eroinomani, i quali, in massima parte, si rivolgono volontariamente al Servizio, anche perchè spinti da problemi di natura fisica dovuti all'astinenza dalla sostanza.

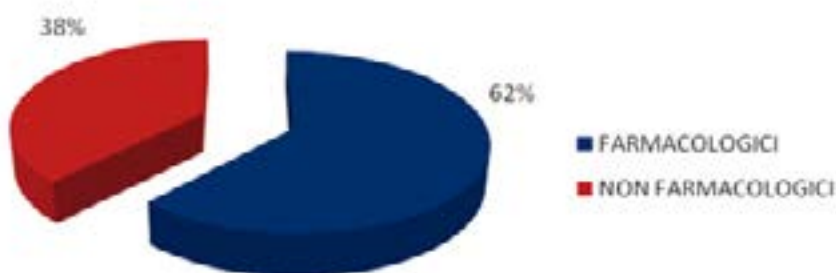
164

Dei circa 480 trattamenti farmacologici attivati durante il corso dell'anno 2010, con farmaci agonisti degli oppiacei (metadone cloridrato, buprenorfina), 43 sono stati rivolti a pazienti stranieri, evidenziando come l'accesso al servizio sia prevalentemente utilizzato da tossicodipendenti da eroina (62%).

Meno numerosa (38%) la quota di utenti stranieri, afferenti al servizio tossicodipendenze, che usufruisce di programmi non farmacologici. Tali soggetti, nella maggioranza dei casi, approdano al Ser.T perchè obbligati da problemi con la giustizia e, quindi, con programmi di controllo e di tipo alternativo alla detenzione.

Dall'analisi dei dati, diverse risultano le modalità di utilizzo delle sostanze a seconda della provenienza, in generale all'inizio l'assunzione avviene per via inalatoria e solo in una fase successiva può avvenire, ma in una bassa percentuale di casi, il passaggio alla via endovenosa.

Fig. 3. Trattamenti attuati per utenza straniera



Differenziata è anche la scelta della sostanza in relazione all'appartenenza e alla cultura.

Gli immigrati nordafricani usano eroina per via endo nasale, ma in genere sono politossicomani, giunti in Italia in modo illegale, frequentemente coinvolti in attività criminose.

Gli indiani rappresentano un gruppo piuttosto omogeneo con caratteristiche definite: usano eroina, sono in regola con il permesso di soggiorno, lavorano nell'agricoltura e zootecnia, non conoscono le lingue europee.

Isolati dal contesto locale, sono persone che non desiderano affatto lasciare il proprio Paese, mantengono legami stretti con persone del proprio gruppo etnico, tornano in India per sposarsi. Il trattamento richiesto è esclusivamente farmacologico con metadone.

L'immigrato sudamericano è frequentemente transessuale, brasiliano, cocainomane, che poi, però, tende a virare verso l'eroina e chiede metadone.

Gli europei dell'est dediti all'uso di sostanze stupefacenti presentano, nella quasi totalità, gravi problemi di alcolismo.

I programmi terapeutici di tipo farmacologico che, come rilevato, rappresentano la maggioranza degli interventi attuati, tendono a rimanere l'unica possibilità di intervento proponibile date le oggettive difficoltà di approccio che primariamente sono di tipo linguistico.

L'utente straniero, inoltre, non accede a interventi di tipo psico-sociale, se non obbligato, anche per una radicata diffidenza verso le istituzioni e gli operatori, che potrebbero (dal loro punto di vista) interferire o determinare un contrasto con loro usi e costumi, convinzioni, credenze e punti di vista culturali.

165



Questi aspetti si accompagnano alla comprensibile difficoltà degli operatori stessi a rapportarsi con problematiche che, in persone di provenien-

ze culturali diverse, assumono significati, a volte, profondamente diversi rispetto all'utenza tossicodipendente italiana e richiedono modalità di approccio particolari.

In questo panorama risulta estremamente importante la formazione e preparazione degli operatori addetti, per acquisire capacità di accoglienza e di vicinanza a persone lontane dai luoghi d'origine e spesso in Italia da soli e senza alcun legame affettivo.

Tossicodipendenti immigrati e servizi

Risulta diffusa la difficoltà da parte della popolazione immigrata a rivolgersi ai Servizi.

La "presa in carico" presso i Ser.T, così come l'assistenza sanitaria in genere, è garantita sia per gli stranieri regolari presenti sul territorio italiano, tramite l'iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale, sia per gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, definiti anche Stranieri Temporaneamente Presenti (S.T.P.).

Per poter usufruire dei servizi sanitari lo straniero irregolare, che si trovi in uno stato di indigenza, può farsi rilasciare dall'A.S.L. la tessera sanitaria con la dicitura S.T.P.

166

La tossicodipendenza viene compresa tra le misure definite continuative e gli interventi terapeutici, farmacologici e non farmacologici, tra le terapie delle malattie infettive.

La circolare n.5 del 24/03/2000 del Ministero della Sanità precisa che per gli stranieri irregolari vanno applicate le norme previste dalla Legge 309/90 per i tossicodipendenti italiani.

La possibilità di accesso ai servizi non si accompagna però con l'effettivo utilizzo di questa risorsa da parte degli stranieri in modo diffuso.

Una diffidenza radicata nei confronti delle strutture pubbliche da parte degli stranieri e il disagio degli operatori socio-sanitari a rapportarsi con uno scenario nuovo e problematico sul piano culturale fa sì che lo straniero immigrato, regolare o irregolare, si rivolga preferenzialmente a strutture di emergenza, quale il Pronto Soccorso ospedalieri o al volontariato cattolico e laico attraverso i rappresentanti dei loro gruppi di appartenenza etnica o religiosa.

Un motivo di resistenza da parte degli immigrati nel recarsi al Ser.T è il timore di patologizzare l'etnia di appartenenza, preferiscono quindi nascondersi dietro uno stigma.

Bibliografia

Coppo P. *Guaritori di follia*. Torino, Boringhieri, 1994

Coppo P. *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*. Bollati Boringhieri, Torino, 2005

Marcucci M., Chiappa K., Bartolacci L. *Immigrazione e Tossicodipendenza: aspetti culturali*. Centro studi e ricerche Nostos. Disponibile: www.dipendenze.com

Nathan N. *Medici e stregoni*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996

Nathan T. *Principi di etnopsicanalisi*. Bollati Boringhieri, Torino, 1996

Pelliccia A. *Tossicodipendenza e immigrazione - Storie di vita*. C.N.R., 2006

Sironi F. *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*. Feltrinelli, Milano, 1999



Dettaglio de Il giardino delle delizie della terra, Hieronymus Bosch, 1450-1516

IL SERVIZIO DI ALCOLOGIA DI FRONTE AL SOGGETTO MIGRANTE

Daniela Rossi, Elisabetta Rizzi, Fabio Roda, Mario Biazzi

L'accesso di cittadini stranieri ai servizi ambulatoriali di alcologia è garantito, come a tutti i cittadini, per le prestazioni di carattere sanitario di tipo diagnostico, terapeutico, farmacologico e riabilitativo. I cittadini stranieri possono, inoltre, usufruire di prestazioni sanitarie anche in regime di anonimato, ai sensi dell'art.120 del Testo Unico n.309/90. La regolarità o meno, rispetto alla presenza nel territorio italiano, può influire sui livelli di accesso alle prestazioni erogate a causa della difformità degli orientamenti regionali; in alcune regioni, gli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno possono usufruire solo di prestazioni cliniche ambulatoriali. In regione Lombardia, la circolare della Giunta Regionale n.20209 del 2000 ha riconosciuto che anche agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e senza permesso di soggiorno, vengano garantite tutte le prestazioni erogabili nell'area delle dipendenze, tra cui l'inserimento nelle strutture riabilitative degli Enti Ausiliari della regione.

Per tale motivo il servizio di alcologia dell'ASL di Brescia intercetta un'utenza straniera che presenta una molteplicità di richieste, sia sul versante clinico sia su quello sociale. La nostra esperienza operativa trova conferma in osservazioni della letteratura (cfr. A. Pelliccia, 2006), laddove si rintraccia un distinguo tra i fattori protettivi e i fattori di rischio rispetto al consumo alcolico. In particolare, tra i fattori di rischio più noti si evidenziano la facile accessibilità e il basso costo delle bevande alcoliche, la disoccupazione, nonché fattori strutturali e soggettivi di vulnerabilità individuale che generano fenomeni di etichettamento, processi di esclusione e autoesclusione, scarso senso di appartenenza alla comunità. Al contrario tra i fattori protettivi, cioè quei fattori che inibiscono o diminuiscono la possibilità che il comportamento patologico si manifesti, vengono individuati soprattutto fattori di tipo culturale, fattori che promuovono l'appartenenza etnica e il biculturalismo, come il rafforzamento dei legami familiari, amicali e sociali che stimolano una positiva identificazione col gruppo di appartenenza, alcuni vincoli religiosi e/o spirituali.

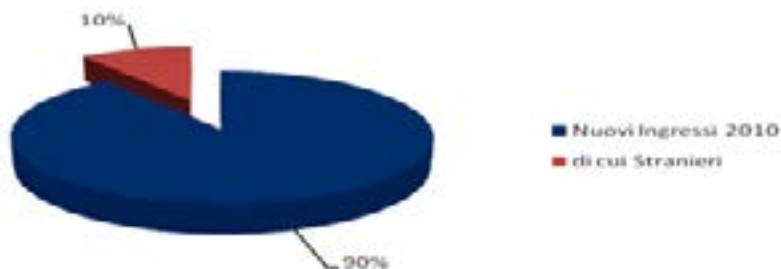


170

Gli operatori dei nuclei operativi alcoldipendenza, afferenti al servizio alcologia dell'ASL di Brescia, si confrontano sempre più spesso con un'utenza di provenienza estera.

I dati statistici relativi ai nuovi ingressi al Servizio per l'anno 2010, rivelano che la percentuale di nuovi utenti riguardante i cittadini stranieri, è superiore al 10% del totale.

Fig. 1. Nuovi ingressi anno 2010 al Nucleo Operativo Alcologia (Noa) di Brescia



La presenza di stranieri stabili nel nostro Paese è andata man mano aumentando negli anni, consolidando una tendenza già in essere e facendo in particolare della nostra città una destinazione strategica (prevalentemente per ragioni di opportunità di offerta lavorativa) per immigrati di diversa etnia e nazionalità, portatori non solo di linguaggi ma anche di culture, valori e modi di vita profondamente diversi.

Nonostante tutte le possibili diversità, l'**uso patologico dell'alcol** risulta permanere una costante trasversale in grado di accomunare fra loro

le persone, quale ne sia la provenienza, la cultura, l'esperienza. All'interno del Servizio Alcologia dell'ASL di Brescia è stato necessario ripensare alle modalità di approccio in uso per garantire il rispetto di culture diverse nell'ambito di una prassi clinica fortemente consolidata e convalidata, in modo da gestire più capillarmente ed efficacemente le richieste provenienti dalla nuova utenza.

Pur essendo a tutt'oggi limitate le richieste, l'accoglienza e la presa in carico di cittadini stranieri presenta alcuni elementi di complessità che è importante sottolineare, al fine di rendere l'intervento di supporto e cura il più efficace possibile.

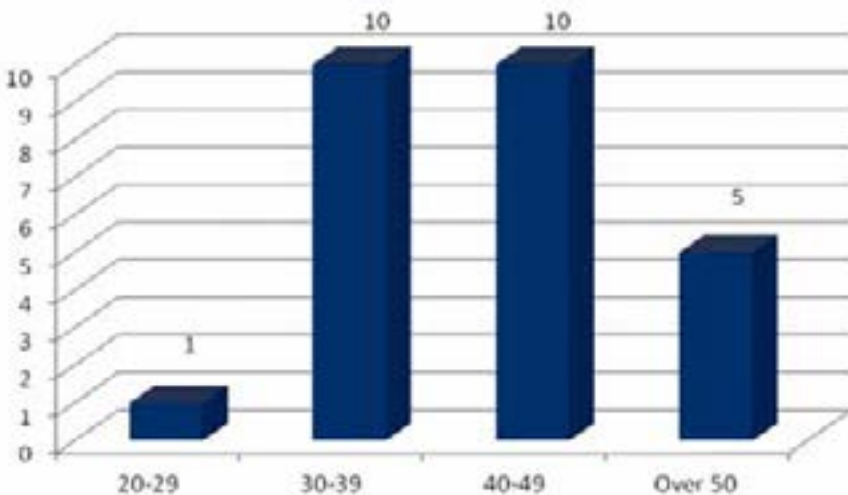
Tali elementi sono emersi dalla pratica clinica quotidiana e rappresentano un insieme di considerazioni ed accorgimenti che, da un lato, facilitano l'ingresso e la permanenza dei pazienti stranieri nel servizio e, dall'altro, aiutano gli operatori a muoversi con maggiore consapevolezza nel percorso di cura.

Una riflessione professionale su questo particolare tipo di utenza, caratterizzata prevalentemente da utenti maschi di età compresa tra i 30 ed i 50 anni, aiuta gli operatori a focalizzare gli elementi problematici affrontabili con alcuni particolari accorgimenti e, nel contempo, a tenere in massima considerazione ciò che non è modificabile e pone dei limiti, o comunque, dei confini alle possibilità di intervento.

Fig. 2. Stranieri: suddivisione per genere (Noa U.O. Brescia 2010)



Tab. 1. Stranieri: suddivisione per classe di età (Noa U.O. Brescia 2010)

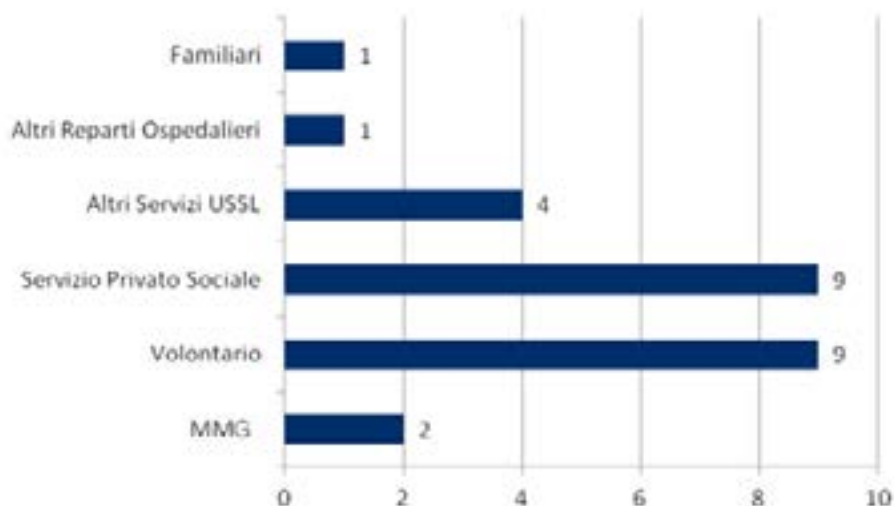


Un primo dato da tenere in considerazione riguarda la modalità di accesso al Servizio, che spesso non avviene in modo diretto ma, frequentemente, su invio di altri Enti ed istituzioni pubbliche. I cittadini stranieri, quindi, in molti casi, non sono motivati spontaneamente ad intraprendere un percorso terapeutico e accettano una presa in carico perché indotti da un mandato esterno, diverso da caso a caso.

Uno scarso livello di consapevolezza di Sè e di comprensione dei propri problemi con l'alcol e del percorso *terapeutico di cura* sono, ovviamente, due elementi che spesso condizionano lo sviluppo di un'adeguata *compliance* e, nel medio-lungo termine, influiscono negativamente sul buon esito di un percorso di cura. Inoltre, va sottolineato che, usualmente, i servizi di alcolologia sono poco conosciuti dagli stranieri, soprattutto se la comprensione della lingua italiana, orale e scritta, è carente. In questi casi, il cittadino straniero tende ad accedere al Servizio con un atteggiamento di sospetto e di limitata disponibilità, a causa di una carente comprensione della tipologia e della finalità del servizio, delle prestazioni erogate e delle attese terapeutiche.

Tab. 2. *Stranieri: fonte di invio (Noa U.O. Brescia 2010)*

172



La prima fase di accoglienza e presa in carico del paziente richiede, quindi, molte energie agli operatori coinvolti, flessibilità ed elasticità nella gestione dei colloqui, capacità di utilizzare un attento ascolto nonchè di mettere in atto modalità di comunicazione alternative a quelle tradizionali. In questa fase possono emergere difficoltà legate alla reciproca comprensione linguistica.

Le difficoltà comunicative, se rilevanti, rappresentano un ostacolo sensibile alla funzionale interazione tra gli operatori e i pazienti stranieri; la reciproca non comprensione della lingua, può interferire negativamente sul piano cognitivo e conseguentemente motivazionale nell'approccio al paziente e, in casi estremi, può finanche costituire un deterrente motivazionale e un inibitore della compliance terapeutica per lo straniero. Infatti, l'eventuale grave

carezza di requisiti linguistici condivisi è di grosso ostacolo alla strutturazione di colloqui finalizzati alla valutazione diagnostica e alla implementazione di programmi di cura il cui punto di maggior efficacia consiste, spesso, nella comunicazione verbale e successiva rielaborazione dei problemi e dei vissuti connessi all'uso e abuso di alcol. La dimensione della comprensione linguistica e, conseguentemente, dei processi offerti dal servizio al paziente, devono essere sottesi, pertanto, da chiarezza espositiva e di trasparenza di intenti nella dinamica clinica complessiva. La frequente e contestuale presenza di familiari, amici o conoscenti costituisce non sempre e non necessariamente una risorsa positiva nella relazione terapeutica.

Le **differenze culturali** sono un altro elemento di complessità sul quale vale la pena di soffermarsi poichè le ricadute operative che i servizi alcolologia devono fronteggiare sono molteplici e a differenti livelli. Un primo elemento da analizzare è l'estrema varietà delle nazionalità dei pazienti che afferiscono ai Servizi in quanto impone agli operatori di doversi confrontare nel quotidiano con culture e stili di vita spesso molto differenti tra loro e con pochi punti di contatto. Muoversi all'interno di un simile scenario significa acquisire dati, notizie ed informazioni, spesso poco familiari, relative a molteplici culture al fine di meglio mirare e individualizzare i propri interventi.

Fig. 3. *Stranieri: macro area geografica di provenienza (Noa U.O.Brescia 2010)*



Un secondo elemento culturale da considerare è la difficoltà più o meno rilevante da parte del paziente straniero di relazionarsi con un operatore di sesso diverso dal proprio. Su questo elemento, eventualmente problematico, pesa il ruolo assegnato alla cultura del genere nei Paesi d'origine. Inoltre si rimarcano alcuni aspetti peculiari che alcuni stranieri, specialmente se donna, possono presentare nel doversi relazionare con una persona estranea alla famiglia.

Da una ricerca del 2008 effettuata dalla provincia di Milano su "Alcol e stranieri", si evidenziano alcune implicazioni interessanti nel rapporto tra alcol e cultura. In modo particolare si evidenzia che nella macro area geografica **Africa** (Nord in particolare) e **Medio Oriente** i fenomeni più eclatanti

tanti in rapporto al consumo di alcol, sembrano trasferiti dal Paese di origine, piuttosto che causati dalla cultura specifica del nostro Paese. Inoltre, la scarsa familiarità con l'alcol (anche per motivi connessi ad aspetti religiosi) renderebbe, secondo questa ricerca, le persone più esposte alla perdita di controllo nella gestione del consumo dell'alcol.

Nell'utenza proveniente dal **Sud America** si evidenzia l'intreccio tra alcol e situazioni ludiche e socializzanti. Il contesto di "*fiesta*" rende meno minacciosa la percezione delle problematiche anche di discontrollo comportamentali correlate all'abuso di alcol.



174

Ciò che caratterizza principalmente l'utenza dell'area dell'**Est Europa** è il consumo di superalcolici associato allo svolgimento di lavori spesso frustranti. Nella percezione degli operatori, il rapporto con la sostanza sembra essere un comportamento molto integrato nella cultura di origine e utilizzato per far fronte a condizioni di stress lavorativo e sociale innegabili: lavori pesanti, precari e mal retribuiti; lontananza dalla famiglia, sradicamento culturale e scarsa rete sociale.

Per quanto riguarda l'area dell'**Oriente**, va prima di tutto sottolineato l'elemento di chiusura ed isolamento in cui paiono vivere alcune comunità, con uno scambio limitato con la cultura ospitante ed uno scarso o nullo invio ai Servizi (la comunità cinese, per esempio). In generale, si può affermare che spesso il consumo problematico di alcol (quasi sempre superalcolici) nell'utenza di questa macro area geografica è da mettere in relazione al senso di solitudine, allo stress lavorativo, ai conflitti familiari connessi al ricongiungimento di parenti e figli.

Un dato trasversale alle differenze culturali pare essere la funzione svolta dall'alcol nel primo periodo di migrazione, in molti casi il più duro per le precarie condizioni di vita materiale, il maggior isolamento relazionale che il migrante si trova a vivere, l'eventuale condizione di irregolarità rispetto al permesso di soggiorno in Italia. In questo quadro, emerge un tendenziale ricorso all'alcol con funzione "antidepressiva".

Gli aspetti fenomenologici culturali impongono all'operatore la necessità di avere un atteggiamento di attento ascolto e di ricerca induttiva, relativamente alla percezione ed elaborazione di elementi significativi nel dialogo clinico, nelle diverse fasi dell'iter clinico diagnostico terapeutico del paziente. Questo atteggiamento è fondamentale poiché sottende una relazione di tipo multidimensionale e multidisciplinare con il paziente.

La strutturazione della famiglia, i rapporti tra parenti, le relazioni tra uomini e donne, l'iniziazione all'alcol, i valori fondanti l'educazione familiare, scolastica e sociale in genere, nulla di tutto ciò può essere dato per "scontato", per già noto e conosciuto, ma va indagato dall'operatore in modo aperto e attento al fine di comprendere il "mondo interiore" della persona che ha di fronte.

La provenienza da zone di cultura islamica si caratterizza per una forte incidenza di pazienti di genere maschile, portatori di istanze religiose ed etico morali che sostengono la scelta di cambiamento e di superamento del consumo di alcolici.

Al contrario, nella nostra esperienza clinica, una significativa incidenza di pazienti provenienti dalla zona geografica dell'est Europa, di cui molte sono donne, portatrici di un'elevata tolleranza all'alcol, con scarsa possibilità di *insight* rispetto alle proprie condizioni di dipendenza.

Altro fattore non trascurabile risulta la marcata incidenza di pazienti stranieri che accedono al servizio ai fini di una indagine diagnostica, in seguito a precedenti episodi di slatentizzazione dell'aggressività, spesso nella dimensione intrafamiliare.

Dai decreti del Tribunale dei minorenni, trasmessi d'ufficio al Servizio di alcolologia, si evince che l'episodio di violenza possa essere indotto da intossicazione acuta di alcol. Il più delle volte all'episodio di aggressione seguono procedimenti penali ai quali i pazienti sono sottoposti, accompagnati da istanze di allontanamento dal nucleo familiare. Sia in questo caso, sia nelle altre situazioni di segnalazione, ad esempio di supposti stati di intossicazione cronica alla quale potrebbero correlarsi stati di trascuratezza o di abbandono della prole, con evidenti ripercussioni sulla capacità genitoriale (che non rientra nella competenza del NOA, ma rimane di stretta competenza del servizio di Tutela Minori), si impone la necessità di una attenta valutazione diagnostica, con rilevanza medico-legale in cui è centrale la certificazione di alcol-dipendenza o di stato d'abuso alcolico. La fase diagnostica è di rilevanza, in primis medica con riferimeto alle classificazioni internazionali DSM IV e/o ICD-10; successivamente viene integrata da una valutazione multidimensionale con presa in carico multidisciplinare sanitaria e psico-socio-educativa.

Dal punto di vista della rilevazione epidemiologica si nota nella popolazione straniera, con problemi alcolcorrelati, una scarsa presenza di poliabusatori, ossia di soggetti in cui lo stato di intossicazione alcolica sia correlato all'assunzione di altre sostanze psicoattive.

Un adeguato spazio di indagine e riflessione meritano, inoltre, le tematiche connesse alla migrazione dal proprio Paese di origine, la scelta di lasciare il proprio Paese ed i vissuti ad essa collegati, l'eventuale percezione di fallimento parziale o totale del progetto migratorio originario, le difficoltà di adattamento culturale, i risultati raggiunti ed i progetti per il proprio futuro in Italia, i rapporti con la propria famiglia in patria e con i connazionali in Italia.

La puntuale analisi delle considerazioni sopra menzionate e il dato esperienziale raggiunto nell'approccio multidisciplinare ai problemi alcolcorrelati della persona straniera ha consentito, in una logica di una ottimizzazione metodologica:

- una efficacia diagnostica strategicamente mirata;
- l'individuazione di un possibile percorso di *recruitment* e gestione;
- l'ideazione e la creazione di nuovi strumenti a valenza diagnostica di comprovata maneggevolezza sinottica;
- la revisione critica con l'ottimizzazione degli strumenti operativi già utilizzati.

176

Ciò è stato possibile grazie alla consapevolezza di poter contare sulla presenza di competenze già acquisite e presenti in loco contemporaneamente, in diversi ambiti delle professionalità esercitate al NOA.

Quella che segue è la presentazione di una proposta, un **costrutto di sperimentazione** su quanto emerso di vitale e produttivo nel corso del lavoro sopra esposto.

Trattamento individuale per stranieri

Di seguito, un maggiore dettaglio riguardo ai passi individuati per la modalità di presa in carico dell'utente straniero, successiva alla fase diagnostica multidisciplinare psico-socio-sanitaria ed educativa:

- 1) colloqui conoscitivi, individuali, fatti da operatori con esperienza in problematiche per stranieri;
- 2) incontri informativo-educativi in lingua utilizzando materiale predisposto dal NOA, sia in forma cartacea sia su supporto informatico
- 3) colloqui di restituzione e proposta del progetto terapeutico.

Il Trattamento Individuale si propone i seguenti *obiettivi*:

- sensibilizzazione rispetto ai danni da abuso/dipendenza alcol-correlati;
- auto-valutazione dei problemi alcol-correlati (tramite auto-somministrazione del CAGE/AUDIT test in lingua);

- inquadramento del paziente tramite il riconoscimento dei suoi valori, la sua storia. Lo strumento individuato è la Griglia di Osservazione ideata dal Servizio.

Dal punto di vista metodologico clinico, l'approccio al paziente straniero ha richiesto quindi, per l'equipe del servizio alcologia di Brescia, una riflessione più approfondita rispetto alla percezione dell'alcol da parte del paziente stesso, partendo dal suo background culturale di appartenenza, veicolo di valori emotivi personali, familiari e culturali confrontati in un secondo momento con la sua quotidianità attuale.



177

È parso interessante consentire al paziente di ripercorrere il suo “viaggio culturale” a ritroso, fino a ritrovare le origini dei suoi *assunti culturali*, che ha respirato fin da bambino nei giochi con gli amici, i compagni di scuola, e condiviso con la propria famiglia nel suo Paese d'origine, nelle tradizioni religiose e popolari e rielaborarli in un confronto dialogico con l'operatore di riferimento; all'interno di questo percorso un'attenzione particolare è stata dedicata alla rilettura del rapporto del paziente con l'alcol sia nel Paese d'origine sia in Italia.

Ciò consente al paziente di focalizzare quelle parti della propria vita che non sono state elaborate, integrandole in un “puzzle identitario” dal quale riprogettare il proprio futuro, soprattutto in un'ottica di motivazione alla remissione dall'abuso dell'alcol.

Si è costruito quindi uno strumento di lavoro, una **griglia di osservazione** che è la concretizzazione di questo approccio “culturale” alla storia

identitaria del paziente, partendo dall’osservazione di alcuni “elementi di identità”: i valori personali/familiari, le risorse, le criticità (i punti di forza e di debolezza), la progettualità del passato (anche tenendo presente il progetto migratorio), del presente (collocato nella quotidianità) e nel futuro (progetto di vita prossimo). Tutti gli elementi di identità ripercorrono l’andamento ciclico della vita del paziente, nella dimensione globale del suo spazio di vita, consentendogli di individuare quel “filo rosso” che è stato strappato dallo “sradicamento culturale”.

Griglia di osservazione delle problematiche correlate allo sradicamento culturale (Rossi D., Noa Brescia)

Ciclo di Vita Elementi di Identità	PASSATO	PRESENTE	FUTURO	Eventuali osservazioni dell'operatore
VALORI Personali				
Familiari				
RISORSE				
CRITICITA'				
PROGETTUALITA'				

In un momento “diagnostico” successivo, un operatore specializzato fornisce un quadro sintetico, l’epicrisi clinica, con l’individuazione dell’eventuale “evento traumatico” (correlato ad esempio al progetto migratorio), ai sintomi psichici autoriferiti (ad esempio ansia, insonnia, sbalzi d’umore, rabbia ecc.), alla qualità dell’attaccamento relazionale, ai suoi modelli di identificazione e agli investimenti oggettuali che manifesta.

Epicrisi clinica (Rossi D., NOA Brescia)

		Eventuali osservazioni dell'operatore
Sintomi psichici auto-riferiti		
Qualità dell'attaccamento relazionale		
Modelli di identificazione		
Investimenti oggettuali		
Livello di comunicazione		
competenze linguistiche		
livello culturale		
altro		
Quadro della dipendenza		

Alla luce delle considerazioni di cui sopra, è stato interessante definire il livello di comunicazione sia per quanto riguarda le competenze linguistiche possedute sia il livello culturale di appartenenza, come requisito per l'individualizzazione dell'intervento riabilitativo, nonché il quadro della dipendenza (da sostanze legali, illegali, da stili compulsivi) che emerge. Anche lo stato di emarginazione e grave disagio di molti stranieri che si rivolgono ai Servizi, nonché lo status di clandestinità o irregolarità, sono elementi che incidono sull'avvio di un percorso di cura, sul suo andamento positivo nel tempo e sul recupero sociale della persona straniera. Sono ostacoli spesso insuperabili che pongono gli operatori in una condizione di debolezza o che ne limitano l'agire professionale. La necessità di attivare risorse o di

creare una rete di supporto relazionale e materiale alla persona, contribuisce a rendere l'intervento più complesso ed articolato, poichè non tutti i gruppi etnici sono organizzati sul territorio attraverso forme associative ed aggregative alle quali fare riferimento in termini di supporto materiale e relazionale alla persona. Va inoltre sottolineato che non sempre i gruppi e le Associazioni presenti sul territorio di Brescia sono conosciuti dagli operatori dei Servizi; spesso mancano i riferimenti cui appoggiarsi per favorire il reinserimento di pazienti che la dipendenza da alcol ha portato ad una solitudine estrema. Una mappatura delle realtà esistenti sul territorio fornirebbe agli operatori degli ottimi ed utili strumenti di lavoro, ed offrirebbe alle realtà organizzate esistenti la possibilità di giocare un ruolo da protagoniste nei processi di inclusione sociale delle proprie comunità.

È tenendo conto di tutto ciò che l'ASL di Brescia, nell'ambito del **Progetto Regionale "Contatto. Servizi integrati di prevenzione"**, ha istituito un tavolo territoriale di lavoro sul tema dell'accoglienza e della presa in carico degli stranieri nei Servizi per le dipendenze, al quale partecipano operatori in rappresentanza dei Servizi pubblico e privato accreditato operanti sul territorio provinciale e che si pone l'obiettivo di definire modalità di accesso e presa in carico omogenee nei differenti servizi.

Il punto di partenza è l'analisi di quanto già esistente nei servizi, la messa in comune di modalità e procedure già utilizzate, per arrivare alla realizzazione di materiale spendibile nell'operatività quotidiana dei diversi servizi.

Il tavolo territoriale si avvale della consulenza di esperti, sia per la costruzione del materiale utilizzabile dai Servizi, sia per la costruzione di una rete di realtà, gruppi, persone con cui collaborare in sinergia al fine di rendere gli interventi più efficaci.

L'incontro tra operatori operanti in aree geografiche differenti e con storie e culture professionali diverse, sta gettando le basi per la costruzione di una rete di collaborazione tra Servizi che potrà portare, nel tempo, all'elaborazione di strategie e materiali operativi, alla creazione di una rete di risorse utilizzabili sul territorio, alla collaborazione con le agenzie esistenti.

In conclusione la specificità dell'utenza straniera che impatta quotidianamente con i servizi per l'alcolologia richiede un **approccio clinico antropologico** attento e flessibile in grado di offrire risposte specialistiche e terapeutiche differenziali ai bisogni individuali, ma contemporaneamente stimola il **contesto territoriale** ad attivare processi di integrazione per il cambiamento culturale nella prevenzione e nel trattamento della problematica dell'alcol.

Bibliografia

Cattaneo M.L., Dal Verme S. (2009). *Terapia transculturale per le famiglie migranti*, Franco Angeli, Milano

Coppo P. (2005). *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*. Ed. Bollati Boringhieri, Torino

Moro M.R. (2002). *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano

Moro M.R. A cura (2009). *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*. Franco Angeli, Milano

Nathan T. (1996). *Medici e stregoni*. Bollati Boringhieri, Torino

Pelliccia A. *Alcol e immigrazione. Uno sguardo transculturale*. Istituto di Fisiologia Clinica C.N.R., 2006

Perocco F. (A cura di). *Alcol e immigrazione. Schede di lettura*. Fondazione Benetton Studi ricerche, Rapporto di ricerca, Treviso, 1999

Pompeo F. *Il mondo è poco. Un tragitto antropologico nell'interculturalità*. Meltemi, Roma, 2002

Progetto "Alcol & Stranieri", Provincia di Milano 2008, Direzione Cultura e Affari Sociali, in coll. Società Metodi di Milano. (www.retemetodi.it)

Ranci D. (2011). *Migrazioni e migranti. Esperienze di cura a Terrenuove*, Franco Angeli, Milano

Riva E. "Dipendenza da sostanze nel paziente immigrato". In: Rizzi R., Iossa Fasano A., Ospitare e curare. Dialogo interculturale ed esperienze cliniche con gli immigrati. Franco Angeli, Milano, 2002

Rotondo A. *Etnopsichiatria e Territorio*. Edizioni di Terrenuove, Milano

Sherrat A. *L'alcol e i suoi sostituti: simbolo e sostanza nelle culture preindustriali*. In: Goodman J., Lovejoy P.E., Sherrat A. (a cura di), Usi Sacri, consumi profani. Il ruolo storico e culturale delle droghe, Ecig, G, 1998

Sironi F. (1999). *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*. Feltrinelli, Milano

Sironi F. (2007). *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*. Feltrinelli, Milano

Trenti A., Zavatti P. "Migrazione ed alcolismo". *Alcologia*, 5 (2), 1993, p.42



La principessa Tarakanova, Konstantin Dmitriyevich Flavitsky, 1830-1866

CARCERE E MIGRAZIONE

Alessandra Wuhrer, Annalisa Massoletti, Rosangela Pezzetta

Il problema della devianza, della criminalità e del controllo sociale dei cittadini stranieri è largamente dibattuto con una notevole produzione letteraria, scientifica e giornalistica. Questo capitolo tratta in modo descrittivo le attività che l'A.S.L. di Brescia effettua in carcere per la tutela della salute dei cittadini stranieri. Alcuni dati ci sono sembrati necessari per inquadrare il fenomeno a livello nazionale e locale.

183

Dai dati nazionali, il Ministro della Giustizia, onorevole Nitto Palma, mette in evidenza che *“gli Istituti penitenziari Italiani sono 206 con presenza regolamentare di 45.732 e presenza effettiva di 67.377 detenuti di cui il 42% del totale in custodia cautelare. Il totale complessivo degli stranieri è del 36,1% di cui 12.035 in attesa di giudizio e 12.147 in espiazione pena. Quasi il 70% della popolazione detenuta straniera è formata da: 20% Marocchini, 15% Rumeni, 13% Tunisini, 11% Albanesi, 5% Nigeriani, 3% Algerini. Dei detenuti che transitano in carcere provenienti dalla libertà (circa 90.000 arresti in flagranza, fermo, custodia cautelare) la percentuale degli stranieri è maggiore di quella degli italiani”*.

Nel territorio dell'ASL di Brescia sono presenti due Istituti Penitenziari: la Casa Circondariale maschile di Brescia “Canton Mombello” e la Casa di Reclusione (CR) di Verziano che ha anche un reparto femminile Circondariale.

Al 30 Settembre 2011, la presenza totale effettiva dei detenuti a Canton Mombello è di 512 persone di cui stranieri 298 (58,20%); nella CR di Verziano di 141 soggetti di cui stranieri 43 (30,4%).



Detenuti negli Istituti di Brescia e Verziano

L'A.S.L. di Brescia opera all'interno degli Istituti con il personale dell'U.O. Assistenza Penitenziaria Servizio Medicina del Disagio in staff alla Direzione Sanitaria e garantisce, per **tutti gli stranieri presenti**, l'effettuazione degli screening per la malattia tubercolare ai nuovi giunti, coordina le attività degli screening di prevenzione dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon. Nel periodo dal 28.08.2009 al 01.09.2010, dei 742 detenuti che hanno accettato lo screening per la malattia tubercolare, gli stranieri avevano la maggioranza di risultati positivi alla intradermoreazione alla Mantoux: 197 soggetti (26,5%) mentre gli italiani sono stati 111 (14,9%). Elegibili alla chemiopprofilassi, che hanno quindi iniziato la stessa, sono state in totale 62 persone, in maggioranza straniere: a Canton Mombello 51 (89,4%) e 3 (60%) detenute a Verziano. La più alta percentuale di stranieri è in parte dovuta alla maggior incidenza di positività alla intradermoreazione alla Mantoux in questa popolazione (in particolare quello proveniente dal continente africano e, oggi, anche da quello asiatico). In parte, la maggior indicazione della chemiopprofilassi è spiegabile dal fatto che l'età media è più bassa rispetto a quella degli italiani, per questo il numero minore eleggibili alla stessa.

L' A.S.L. di Brescia ha posto attenzione alla tutela della salute delle persone immigrate negli Istituti anche nel garantire la continuità degli interventi; ha attuato a tal fine, nel suo territorio e all'interno degli Istituti, il Progetto Regionale "Contatto, servizi integrati di prevenzione" con lo scopo di avvicinare gli stranieri ai servizi territoriali e informare sulla presenza degli stessi: da quelli in grado di dare una risposta ai bisogni primari a quelli terapeutici. Sono stati effettuati incontri personalizzati gestiti da un agente di rete e dagli

operatori dell'U.O. Assistenza Penitenziaria utilizzando volantini plurilingue predisposti ad hoc dal "Gruppo Regionale Contatto" istituito dalla Regione Lombardia per definire e programmare le attività progettuali.

Per gli stranieri tossico o alcol dipendenti vengono garantite l'accoglienza, la diagnosi, la prevenzione cura e riabilitazione delle dipendenze da sostanze legali e illegali. Dopo la diagnosi e la certificazione di tossico o alcol dipendenza, si procede alla valutazione multidisciplinare integrata, necessaria per la definizione di un progetto terapeutico personalizzato che può essere attuato all'interno dell'Istituto o all'esterno (intra od extramurario). Si predispongono, nei casi di idoneità, programmi terapeutici alternativi alla detenzione sia per gli stranieri regolarmente presenti in Italia sia per quelli non in regola con il permesso di soggiorno. L'assistenza ai soggetti tossicodipendenti è garantita, inoltre, anche nello stabilire rapporti di integrazione clinica, sia all'interno degli Istituti Penali sia nel territorio, con la rete dei servizi sanitari e sociali che sono coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossico o alcol dipendenti.

La presa in carico dei detenuti tossico o alcol dipendenti

Il più importante indicatore del fenomeno della tossicodipendenza tra la popolazione immigrata in Italia è rappresentato dai dati provenienti dagli Istituti di detenzione, in quanto, nella maggior parte dei casi, la tossicodipendenza dell'immigrato emerge essenzialmente attraverso il contatto con il sistema giudiziario. Un numero limitato di migranti, infatti, si rivolge ad un Servizio per le dipendenze prima dell'ingresso in carcere.

185

Dal 1° Gennaio 2011 al 30 Settembre 2011 i detenuti in carico sono stati 276, di cui 66 stranieri (23,9%), la cui fascia di età più rappresentata è quella tra i 25 e i 29 anni, che utilizzano come sostanza primaria, intesa come la sostanza che condiziona maggiormente il comportamento del soggetto, la cocaina (51,5%), seguita dagli oppiacei (34,8%), dai cannabinoidi (9%) e dall'alcol (4,5%).

I Paesi di provenienza sono principalmente quelli del Magreb: dal Marocco il 39,3%, il 25,7% dalla Tunisia. Gli stranieri provengono anche dall'Albania (9,09%), dal Senegal (4,5%) e il 3,03 % dall'India e dall'Algeria.

ASPETTI PSICOLOGICI E FATTORI DI RISCHIO

Disagio psichico e immigrazione, un tema importante per chi si occupa oggi di disagio e di sofferenza psichica; una problematica che investe il mondo dei Servizi e degli operatori. È importante soffermarsi sui rischi che corre il migrante dal punto di vista della sua salute psichica nella misura in cui la separazione, la partenza, il viaggio, l'arrivo e l'incognito creano situazioni di ansia e producono la rottura di equilibri prestabiliti. In effetti, in tutte le storie di migrazione abbiamo a che fare con la scelta della separazione rispetto al contesto familiare, affettivo, sociale e culturale originario; questa scelta provoca una rottura dell'equilibrio presente nella vita della persona che decide di emigrare. Costituisce un momento contraddittorio di sofferenza e di aspettative.

L'emigrante è di fronte alla sfida di dover ridefinire il proprio progetto di vita, di delineare le coordinate nello spazio e nel tempo. Deve elaborare il lutto della separazione dal gruppo originario, dai legami costruiti durante l'infanzia ed interiorizzati nella sua costruzione psico-affettiva.



186

La partenza, le condizioni nelle quali avviene la partenza, i motivi stessi della scelta dell'emigrare sono importanti perchè condizionano tutta la traiettoria del migrante. Traiettorie che non è solo spaziale e geografica ma anche mentale ed emotiva.

Come dice Sayad **“il passaggio dell'illusione dell'emigrazione”** alla **“sofferenza dell'immigrazione”** costituisce il passaggio dove si gioca la possibilità del migrante di ridefinirsi come progetto di vita nuova in Italia. L'immigrato elabora il lutto della separazione e si trova nello stesso tempo a dovere rinegoziare il senso della sua esistenza. Si trova anche in un sistema di relazioni che non riesce ad interpretare e che lo vive come corpo estraneo. L'immigrato vive la solitudine, l'indifferenza, una condizione d'inferiorità

sociale e di minoranza culturale; si sente osservato, giudicato, si sente di troppo. La famiglia, se è con lui, può aiutarlo ma non sempre; la famiglia può finire per funzionare come un circuito chiuso che sviluppa, al suo interno, tutte le patologie comunicative dell'isolamento sociale. L'impresa principale della famiglia è quella di adattarsi mantenendo un'identità familiare compatibile con l'ambiente circostante. Si sviluppano complesse regole sui cambiamenti delle regole (metaregole) spesso implicite, creando malintesi. Alcuni valori familiari del passato si rivelano meno adatti nelle circostanze del Paese di accoglienza. L'impatto transgenerazionale nel quale emergono i conflitti tra genitori e figli, è vissuto come contrasto o scontro più interculturale che transgenerazionale. La situazione sembra comprometersi quando la vita della famiglia si svolge in un "ghetto" e l'urto tra le generazioni crea nei figli un comportamento deviante.

Dall'esperienza di diversi anni lavorativi, negli Istituti Penitenziari di Brescia e Verziano, con soggetti immigrati tossico/alcolodipendenti, i maggiori Disturbi Correlati all'uso di sostanze (amplificati/slatentizzati dalla condizione detentiva) emersi nelle valutazioni psicodiagnostiche sono:

- Disturbo dell'umore;
- Disturbo d'ansia;
- Disturbo psicotico;
- Disturbo del sonno;
- Disturbi di personalità (Asse II sono i più riscontrati).

L'ACCOMPAGNAMENTO DURANTE LA DETENZIONE

I nodi critici

La situazione amministrativa

In carcere accedono principalmente persone che si trovano in situazione di irregolarità relativamente alla propria posizione di permanenza sul territorio italiano, sia perché non hanno mai ottenuto o richiesto il permesso di soggiorno, sia perché, in seguito al reato commesso, non hanno più diritto all'eventuale rinnovo.

Relativamente al progetto migratorio, come scritto dall'Equipe Carcere Programma Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma, si possono indicativamente individuare tre categorie di persone:

- soggetti con **progetto migratorio deviante**, ovvero intenzionati ad arricchirsi in modo illegale già alla partenza dal proprio territorio d'origine;
- soggetti con **progetto migratorio deviato**, partiti dai loro Paesi con il desiderio di trovare un lavoro e di avere una regolarizzazione e poi, a causa delle difficoltà incontrate, scivolati in una fase di marginalità fino ad arrivare a compiere reati;
- soggetti con **deviazione del progetto migratorio**, che dopo aver lavorato in Italia per un periodo anche lungo ed in modo regolare, hanno perso il lavoro e di conseguenza anche la possibilità di rinnovo del permesso di soggiorno, sono stati indotti all'uso di sostanze ed in seguito "costretti" a spacciare dopo aver raggiunto un elevato livello di dipendenza.

188

La qualità ed il grado di soddisfazione verso il progetto migratorio sono di importanza fondamentale, essendo tale progetto strettamente connesso alle aspettative non solo personali, ma anche familiari e del contesto comunitario di appartenenza.

Il soggetto che fallisce il proprio progetto migratorio si ritrova in una situazione di limbo: nel Paese d'arrivo vive in una posizione di marginalità ed esclusione ed il ritorno nel proprio Paese di provenienza viene prefigurato come impossibile da accettare.

La comunicazione

Tra l'operatore e il detenuto straniero può verificarsi un problema di riconoscimento e di comunicazione, in quanto all'interno del colloquio il linguaggio di entrambi evoca delle rappresentazioni proprie delle culture alle quali si appartiene. L'utilizzo di sostanze, che per la nostra cultura si coniuga a parametri terapeutici ed assistenziali, in altre culture si colloca nella categoria del "vizio" e la possibile interruzione dell'uso sembra avere a che fare quasi esclusivamente con la volontà individuale.

Le alternative alla detenzione

L'accesso alle alternative alla pena è necessariamente legato ad eventuali programmi terapeutici fuori dal carcere e, in questo senso, ci si trova a do-

ver fare i conti con le reali possibilità: i percorsi terapeutici territoriali sono di difficile esecuzione per la mancanza sia di un alloggio sia di un lavoro regolare; i percorsi residenziali si scontrano con il fatto che pochissime sono le Comunità Terapeutiche disponibili ad accogliere stranieri non regolari, soprattutto in relazione alla concreta possibilità di definire un percorso terapeutico completo: il passaggio fondamentale del “reinserimento sociale” deve necessariamente confrontarsi con l’impossibilità, per lo straniero irregolare, di essere inserito nel mondo del lavoro e con l’assenza di persone di riferimento che offrano un reale supporto.

La presenza della famiglia (generalmente il coniuge con regolare permesso di soggiorno e i figli minori), rappresenta una possibilità (per l’operatore sociale un dovere) di avviare un progetto terapeutico che non può e non dovrebbe essere disgiunto dalla concreta possibilità di offrire un percorso di integrazione che, partendo dal detenuto, si riflette sull’intero nucleo familiare.

Le attività

Il carcere diventa, in alcuni casi, il luogo di cura dove poter ricevere, oltre alle prime attenzioni per la salute, anche un concreto supporto per la tossicodipendenza.

Il contatto con l’operatore si sostanzia nella possibilità di raggiungere un certo livello di consapevolezza del problema tossicomane ed una riappropriazione della propria storia e dei propri riferimenti.

Il colloquio con la persona migrante si prefigge di dare la possibilità alla stessa di raccontarsi, dando forma alla propria storia e alle proprie sofferenze, rendendole collocabili in un tempo e in uno spazio, al fine di poter immaginare il possibile contrasto alle avversità e proiettarsi nel futuro con un nuovo piano esistenziale. Si utilizzano, durante il colloquio, alcuni strumenti che possano facilitare la conoscenza della cultura e dell’ambiente di vita del migrante, al fine di poter, in parte, ovviare alcuni problemi relativi alle proprie differenti rappresentazioni: il *genogramma*, lo *storiogramma* e le *carte geografiche* rendono le informazioni più chiare e visibili.

Le persone sembrano avere, quasi tutte, un progetto di vita carico di speranze ed aspettative; nella maggior parte dei casi l’immaginazione è legata al poter vivere la vita futura in Italia, quale possibile luogo dove raggiungere i propri obiettivi, come all’inizio del progetto migratorio.

Molti migranti desiderano rompere la situazione di esclusione sociale e di potersi collocare o ricollocare nel mondo del lavoro per poter avviare il processo di inserimento sociale.

La proposta di un possibile rientro presso il proprio Paese di origine assume la funzione di un reale confronto con il dato di realtà, soprattutto per le persone che, avendo commesso un reato ostativo al rinnovo o alla richiesta di permesso di soggiorno, si ritroverebbero, una volta scarcerate, nuovamente in situazione di clandestinità. Nei rari casi in cui il detenuto accetta tale proposta, il Servizio di Assistenza Penitenziaria collabora con il Comune di Brescia, referente locale per il Progetto Europeo “Ritornare” della Rete Nirva. Tale progetto consente agli interessati di rientrare nel luogo di origine avendo garantita la copertura delle spese di viaggio ed un contributo

economico che consenta loro di avviare un'attività.

Nei casi in cui sia l'alternativa alla pena sia l'eventuale progetto di rientro non siano perseguibili o non accolti dal migrante, è cura degli operatori garantire al detenuto tutte le informazioni relative ai diversi Servizi del territorio ai quali rivolgersi dopo la scarcerazione.

Obiettivi auspicabili

Uno degli obiettivi principali da perseguire è quello di favorire percorsi intramurari, anche di gruppo, in collaborazione con le Direzioni ed il personale di Polizia Penitenziaria, l'Area Trattamento, e l'Area Sanitaria (A.O.) degli Istituti, volti a sostenere e a stimolare:

- percorsi di educazione alla salute;
- un percorso detentivo migliore;
- un miglior futuro al termine della pena (per soggetti con permesso di soggiorno):
- un possibile rimpatrio dignitoso (per soggetti clandestini).

Tra gli obiettivi da continuare a perseguire vi è la formazione sul tema della migrazione, nella consapevolezza che si tratti di un concetto ancora nuovo per gli operatori, rispetto al quale si rende necessario un continuo aggiornamento, al fine di rendere, laddove possibile, meno critici e più efficaci i possibili interventi.

190

Bibliografia

Caroselli L., Artoni C., Gran Dall'Olio D. *Stranieri tossicodipendenti e carcere*. Equipe Carcere Programma Dipendenze Patologiche AUSL PR

Comunicazioni del Ministro della Giustizia sul sistema carcerario e sui problemi della giustizia e conseguente discussione. Resoconto della seduta n° 606 del 21/09/2011

Direzioni degli Istituti di Canton Mombello - Brescia e di Verziano, *Dati relativi alle presenze al 30 Settembre 2011*

In attuazione del DPCM 1 Aprile 2008, n. 126 indicazioni attuative sono state fornite con la DGR n° 8120 del 01.10.2008 cui è seguito il Decreto Direttore Generale Sanità n° 14230 del 21.12.2009 "linee d'indirizzo regionale per la Sanità penitenziaria" e la DDG n° 3040 del 23 Marzo 2010 "Protocollo operativo per l'attuazione delle attività di prevenzione in ambito penitenziario"

L'altro diritto, Centro documentazione su carcere, devianza e marginalità. Seminario dedicato ai detenuti stranieri tossicodipendenti. La funzione rieducativa della pena e il detenuto straniero.

Disponibile: www.altrodiritto.unifi.it

Pelliccia A. *Tossicodipendenza e immigrazione. Storie di Vita.*

Disponibile: www.epid.if.cnr.it

Stranieri tossicodipendenti e carcere. Disponibile: www.storage.acoid.it

Sulle problematiche degli stranieri detenuti

Disponibile: www.carceriemiliaromagna.it

T.U. “delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” Dlgs 286/98 Titolo V Capo I” Disposizioni in materia sanitaria art. 34 (Assistenza agli stranieri iscritti al SSN) legge del 06 Marzo 98 n° 40, art. 32 e art. 35 (Assistenza agli stranieri non iscritti al SSN) legge del 06 Marzo 98 n°40, art. 33

T.U.309/90 “delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” e sue successive modificazioni



Madre e bambino dal focolare, Theodore Robinson, 1852-1896

LE FAMIGLIE DEI MIGRANTI NELLA RETE SOCIO-SANITARIA

Fausta Podavitte

Premessa

Il fenomeno dell'immigrazione straniera, che ha registrato un rapido e cospicuo aumento soprattutto in questi ultimi anni, è presente a Brescia in modo assai significativo, essendo il terzo polo nazionale per numero assoluto di immigrati. Se negli anni passati la loro presenza ha riguardato prioritariamente il mondo del lavoro ed i servizi sanitari dell'emergenza e di base, la progressiva ricongiunzione familiare ha modificato la società in modo sostanziale e con essa una significativa rosa di Servizi in ambito socio-sanitario, oltre che assistenziale.

193

Il primo fenomeno eclatante ha riguardato l'aumento del numero di nascite in Italia e nel tempo l'aumento di bambini stranieri frequentanti la scuola di vario ordine e grado. Il Consultorio familiare è stato il primo Servizio della rete socio-sanitaria a risentire profondamente della presenza di donne straniere, che lo hanno individuato come luogo privilegiato in cui chiedere assistenza durante la gravidanza ed a sostegno della maternità e della genitorialità. I Consultori sono stati il primo luogo in cui sperimentare mediatori linguistici e culturali ed una formazione mirata degli operatori per adeguare approccio e capacità di lettura dei problemi e dei bisogni attraverso i filtri culturali.

Successivamente la gestione di utenza straniera è divenuta di grande significato anche nell'ambito della tutela minorile, con tutte le implicanze che ne conseguono, considerato il delicato confine fra comportamenti dettati da culture diverse ed opportunità e necessità di segnalazione agli organi della magistratura di situazioni a rischio per il minore. Il numero elevato di casistica straniera in carico al settore è segnale di disagio sociale e familiare determinato da vari fattori, fra cui le difficoltà di inserimento in una società con regole chiare di tutela dei soggetti minori, considerati invece "proprietà privata della famiglia" nella cultura di altri popoli.

Una terza area che oggi evidenzia una significativa presenza di stranieri riguarda la disabilità, fenomeno emergente in età evolutiva e registrato di recente attraverso le certificazioni di Handicap per l'inserimento scolastico, a cura dei Collegi di Accertamento in capo alle ASL. Grazie ad una banca dati dedicata alla disabilità, ideata ed attivata di recente nell'ASL di Brescia, è possibile dare oggettività a quelle che rimanevano pure intuizioni sino a tempi recenti. La banca dati del Centro Territoriale Malattie rare completa il quadro che depone per una percentuale di tutto rispetto.

Una serie di motivazioni socio-culturali possono determinare una presenza così elevata di minori stranieri sul numero totale di certificati dovuta, si ipotizza, a mancanza di iniziative preventive prenatali, matrimoni fra consanguinei, oltre che alla tendenza a portare in Italia minori bisognosi di cure ed assistenza, ciò anche e soprattutto per le Malattie rare.

L'ultima area, sia in termini cronologici sia per ora in termini numerici, ad essere coinvolta da questo fenomeno è quella relativa agli anziani, poiché ricongiunzione più difficile da effettuare, visto che l'immigrazione ha riguardato prevalentemente persone giovani, adulte e in buona salute, sostegno nell'ambito lavorativo o almeno nel contesto familiare (gestione nipoti).

Si registrano invece alcune presenze nell'ambito della non autosufficienza che, seppur di minime dimensioni, sono di alto impatto assistenziale: persone tendenzialmente giovani, spesso clandestine, in stato vegetativo a seguito di incidenti sul lavoro o tentato suicidio.

194

La pianificazione degli interventi nella complessa e variegata rete di Servizi del mondo socio-sanitario deve tenere in considerazione però un'evoluzione ulteriore dello scenario attuale, con aumento di presenza di cittadini stranieri anche nell'ambito della non autosufficienza, oltre che negli altri settori.

Un'ultima riflessione riguarda il campo delle adozioni, in cui all'aumento di coppie miste ora si aggiungono nel 2010 le prime due coppie di persone straniere. Questo dato, seppur di ridotte dimensioni, è un segnale positivo di avvenuta piena integrazione nel nostro Paese.

Questa sintetica presentazione dello scenario attuale ed i dati che seguono, relativi alla presenza di cittadini stranieri nei servizi socio-sanitari, evidenziano il ruolo fondamentale della formazione da garantire agli operatori, perché acquisiscano strumenti di gestione di questa utenza, non solo in rapporto a culture diverse e nella flessibilità d'uso di strumenti diagnostici, ma anche nella conoscenza di regole normative e centri di riferimento competenti in materia. Da una prima fase informativa e formativa orientata a far conoscere agli operatori altri modi di vivere ed a rendere fruibili anche agli stranieri i servizi con percorsi facilitanti, si è passati ad una seconda fase, che necessita di approfondimento di conoscenze e strumenti specifici per aree tematiche. Contestualmente si è investito, inoltre, in progetti preventivi a favore di una miglior accoglienza e della riduzione del disagio, in particolare per la seconda e terza generazione, oggi le più a rischio di conflittualità fra Paese d'origine e Paese di nascita.

I dati di seguito riportati illustrano quanto sinteticamente delineato.

Il volto dei Consulteri Familiari

L'utenza straniera presente in numero sempre più massiccio, ha indotto i servizi socio-sanitari e le diverse istituzioni a confrontarsi con nuove richieste, nuove concezioni della crescita dei figli, nuove visioni della salute e della malattia e diverse modalità di cura, oltre che con le culture legate alle provenienze e incarnate da storie di vita individuali e famigliari. Sono pertanto fondamentali azioni che favoriscano l'informazione e l'orientamento dei cittadini stranieri, ma anche un maggior collegamento fra unità di offerta di diversa tipologia. Uno studio longitudinale dell'ASL di Brescia relativo all'andamento negli anni dell'utenza straniera nei Consulteri Familiari dal 2005 al 2010 evidenzia un incremento significativo, da 6.338 persone nel 2005 a 10.327 nel 2010, di cui 9.759 donne.

La tabella 1 mostra la distribuzione per anno dell'utenza straniera in rapporto all'utenza totale, evidenziando un incremento costante; si passa, infatti, dal 13,3% del 2005 al 23,3% del 2010.

Tab.1. Utenza straniera nei Consulteri Familiari anni 2005-2010

Anno	Utenza complessiva (italiani, stranieri e non rilevati)	di cui utenti stranieri	% utenza straniera
2005	47.728	6.338	13,3%
2006	49.747	7.210	14,5%
2007	50.078	8.415	16,8%
2008	48.741	9.719	19,9%
2009	45.270	9.914	21,9%
2010	44.414	10.327	23,3%

195

Interessante è anche il dato relativo ai principali Paesi di provenienza (Tab. 2)

Tab.2. Distribuzione per Paese di provenienza, anno 2005 -2010

Anno	Paesi Est Europa	Altri paesi europei	Centro Sud- America	Nord America	Africa	Asia Oceania	Totale stranieri
2005	1.884	637	445	39	2.062	1.271	6.338
2006	2.106	719	601	27	2.332	1.425	7.210
2007	2.556	729	606	36	2.694	1.794	8.415
2008	3.006	753	629	79	3.251	2.001	9.719
2009	2.714	1.048	636	44	3.301	2.171	9.914
2010	3.161	402	584	17	3.615	2.548	10.327

Le percentuali più significative, costanti negli anni in esame, nell'utilizzo dei Consulteri Familiari rispetto al totale degli stranieri, riguardano persone provenienti dall'Africa, con circa il 33%, seguite da quelle dei Paesi dell'Est Europa con il 30% ed infine dall'Asia (prevalentemente Cina) con il 22%.



Gli stranieri richiedono, prevalentemente, prestazioni nell'area del percorso nascita: dalla gravidanza al puerperio e ciò in numero certamente più significativo rispetto alle donne italiane.

Fra i loro comportamenti usuali rientra l'accesso delle donne al Consultorio accompagnate dal marito o dal partner, motivato dal particolare rapporto con l'altro sesso. In questo contesto rientra anche l'esigenza di presenza di personale femminile (ginecologhe) e di mediatori donne della medesima etnia. La familiarizzazione con il servizio avvenuta da parte delle donne straniere e la maggior fiducia nelle risposte, hanno reso possibile ed opportuno ampliare le iniziative a loro favore con l'avvio di azioni di sensibilizzazione verso interventi di prevenzione (es. screening), realizzate anche in luoghi di usuale incontro delle donne. In questa "espansione" delle attività ad esse rivolte, non più solo squisitamente cliniche, rientra anche il supporto nella gestione dei conflitti di valore fra la famiglia immigrata e la società di accoglienza.

Il Servizio di Mediazione linguistico-culturale è valido supporto nella gestione delle problematiche relative a lingua e conoscenza dei servizi. Esso facilita il rapporto con l'utenza nella rilevazione e maggior comprensione dei sintomi e del vissuto, al fine di favorire una corretta e completa diagnosi e formulare una proposta terapeutica, considerate le implicanze culturali. La mediazione permette di creare un legame tra l'operatore e l'utente pur mantenendo una posizione di neutralità rispetto ai contenuti del colloquio. L'acquisizione negli anni da parte degli operatori consultoriali di competenza attraverso la formazione e l'esperienza ha permesso la costruzione di rapporti positivi con l'utenza straniera; ciò anche grazie al servizio di mediazione, notevole supporto, come precisato, nelle situazioni difficili e per l'utenza che non sa esprimersi e orientarsi nei servizi. Merita pertanto una riflessione la ricerca di percorsi per individuare soluzioni che rendano tale servizio, pur non istituzionale, presenza certa.

La Tutela minori



197

La mediazione agisce positivamente anche nel favorire la collaborazione delle famiglie straniere sottoposte a decreto del Tribunale dei Minori con l'équipe psicosociale del Servizio Tutela Minori, facilitando l'accettazione, assai difficile, della presa in carico e contestualmente permettendo all'équipe di meglio comprendere gli agiti degli utenti. Lo studio longitudinale effettuato dall'ASL di Brescia dal 2003 al 2010 evidenzia che il costante incremento della casistica totale in carico al Servizio vede un corrispettivo aumento anche della casistica di minori stranieri: da 1.739 casi, di cui 321 stranieri nel 2003, a 3.245 casi, di cui 801 stranieri, nel 2010. La tabella 3 illustra l'evoluzione in otto anni di attività, evidenziando la percentuale in crescita dell'utenza straniera in riferimento a quella totale, passando dal 18,46% al 24,68%.

Tab.3. Evoluzione dell'utenza straniera

Anni	Utenti totali	Utenti stranieri totali	%
2003	1.739	321	18,46%
2004	1.531	355	23,19%
2005	2.106	428	20,32%
2006	2.320	506	21,81%
2007	2.506	566	22,59%
2008	2.805	672	23,96%
2009	2.975	702	23,60%
2010	3.245	801	24,68%

Anche nella popolazione straniera come in quella italiana, i minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria sono in prevalenza maschi (dati rilevati dal 2006) (Tab.4).

Tab.4. Utenza stranieri suddivisa per genere

Anni	Utenti stranieri totali	M	F
2003	321	nr	nr
2004	355	nr	nr
2005	428	nr	nr
2006	506	275	231
2007	566	316	250
2008	672	364	308
2009	702	391	311
2010	801	440	361

I provvedimenti civili sono preponderanti; essi sono riferiti alla capacità di tutela genitoriale nei confronti dei minori, inerenti la “tenuta del contesto familiare”. Questi minori si trovano pertanto in una situazione di pregiudizio per varie cause, fra cui grave trascuratezza, maltrattamento fisico o psicologico, violenza assistita. Per il 30% dei minori sono stati effettuati interventi sostitutivi del nucleo familiare: nel 14% dei casi è avvenuto un affido eterofamiliare e nel 16% dei casi si è ricorso alle comunità alloggio per minori. Si evidenzia un incremento anche nel numero di provvedimenti penali, segnale sempre di pesante disagio sociale quando riguarda i minori, in quanto autori di reato (dati rilevati dal 2006, Tab.5).

Tab.5. Provvedimenti per minori stranieri del Tribunale Ordinario e del Tribunale dei Minori

Anni	N. minori	N. minori non accompagnati	di cui provvedimenti	
			Civili	Penali
2003	321	9	nr	nr
2004	355	13	nr	nr
2005	428	13	nr	nr
2006	506	18	578	21
2007	566	29	535	26
2008	672	42	633	30
2009	702	32	651	34
2010	801	29	713	44

I minori stranieri con disabilità

I dati relativi ai Collegi per l'accertamento dell'handicap ai fini dell'inserimento scolastico sono disponibili dal 2010. In tale anno, a fronte di 682 certificazioni di Handicap, ben 247 hanno riguardato minori stranieri, di cui 138 nati in Italia e 109 nati all'estero (Tab. 6).

Tab. 6. Certificazioni anno 2010

Italiano	Straniero	Straniero nato in Italia	Straniero nato all'estero	Totale
435	247	138	109	682

I dati al 1° semestre 2011 evidenziano un incremento, con già 581 certificazioni, di cui 230 relative a minori stranieri. Il raffronto fra il 1° semestre del 2010 e quello del 2011 mostra, a fronte di una riduzione dei minori italiani (-3%), un aumento significativo del numero di minori stranieri (+20%). Di questi, quelli nati in Italia presentano una crescita del 15% e del 28% quelli nati all'estero (Tab. 7).

Tab. 7. Confronto tra certificazioni primo semestre 2010 e 2011

1° semestre	Italiano	Straniero	Straniero nato in Italia	Straniero nato all'estero	Totale
2010	360	192	117	75	552
2011	351	230	134	96	581
differenza in %	-3%	+20%	+15%	+28%	+5%

L'incremento di minori stranieri portatori di disabilità ha evidenziato nuovi bisogni per gli operatori del settore e l'opportunità di realizzare iniziative formative rivolte a psicologi ed assistenti sociali dell'Area Disabilità, come già avvenuto nell'ASL di Brescia. Fra gli aspetti più rilevanti che si sono evidenziati rientrano:

- il significato emotivo per i genitori dell'ingresso a scuola dei propri figli, poiché sancisce spesso la rinuncia al progetto di rientro nel proprio Paese;
- la delicatezza di inversione di ruolo, poiché i figli acquisiscono una maggiore competenza sociale dei genitori;
- l'incidenza della cultura sulla percezione genitoriale della presenza di difficoltà di apprendimento nei figli e pertanto la necessità di agire a favore dell'acquisizione di consapevolezza e motivazione al cambiamento;
- l'inadeguatezza sia linguistica sia culturale dei test attitudinali per sondare i limiti intellettivi e le difficoltà di apprendimento nel minore, parte fondamentale nella diagnosi di handicap o di disagio scolastico.

Si pone pertanto, in primo piano, il tema della revisione degli strumenti in uso, rendendoli più aderenti al contesto culturale delle persone sottoposte a valutazione con fini diagnostici.

Malattie rare e stranieri

Anche nell'ambito delle Malattie rare il numero di stranieri esenti per patologia è di tutto rispetto, come emerge dai dati relativi alla distribuzione degli esenti per Malattie rare (Mr) in base alla nazionalità. Dei 4.935 assistiti-

ti affetti da Mr presi in carico nell'ASL di Brescia, n° 325 casi, pari al 6,6%, sono di nazionalità straniera, con 329 esenzioni (6,5%); la distribuzione in base alla nazionalità è evidenziata nella Tabella 8.

Tab. 8. Distribuzione degli esenti per Mr in base alla nazionalità

Nazione	Maschi	Femmine	Totale	%
Italia	2.174	2.436	4.610	93,4
Europa	32	39	71	1,4
Asia	40	27	67	1,4
Africa	82	88	170	3,4
Nord America	3	2	5	0,1
Sud America	7	4	11	0,2
Apolide	1	0	1	0,02
Totale	2.339	2.596	4.935	100

La maggior parte degli stranieri provengono dall'Africa, n.170 (3,4%), seguono i 71 (1,4%) dai Paesi UE, i 67 asiatici (1,4%), gli 11 Sud Americani (0,2%) ed i 5 Nord Americani (0,08%).

L'età media degli stranieri esenti per Mr è 23,1 anni, significativamente più bassa rispetto a quella degli italiani (41,4 anni). Nella Tabella 9 viene mostrata la distribuzione degli assistiti in base alla nazionalità e all'età. Gli stranieri appartengono prevalentemente alle prime tre fasce d'età; hanno un'età compresa tra 0 e 14 anni; il 46,2% degli assistiti è di nazionalità africana, il 41,2% sono asiatici, il 31,9% europei. Degli 11 assistiti sudamericani, 5 hanno meno di 15 anni.

I casi appartenenti ai Paesi UE provengono per il 34,7% dall'Albania e per il 23,6% dalla Romania.

Gli asiatici provengono invece prevalentemente da Pakistan (44,1%) e India (26,5%). I principali Paesi d'origine degli assistiti africani sono: Marocco (25,2%), Ghana (19,9%), Senegal (19,9%) ed Egitto (9,4%).

La non autosufficienza nella popolazione straniera

Sono stati 317 gli utenti stranieri che nel 2010 hanno avuto accesso ad alcune tipologie di servizi/prestazioni per non autosufficienti. Tale numero rappresenta lo 0,91% in riferimento al totale degli assistiti italiani. Il numero maggiore degli stranieri è rappresentato dagli africani, con 111 pazienti (Tab. 10).

Tab. 9. Distribuzione degli esenti per Mr in base alla nazionalità e alla classe d'età

Classi di età	Italia	Europa	Asia	Africa	Nord America	Sud America	Totale stranieri	Totale	% di stranieri rispetto al totale della fascia
0-4	166	8	12	30	0	1	51	217	23,50%
5-9	239	8	11	25	0	2	46	285	16,14%
10-14	237	7	5	24	1	2	39	276	14,13%
15-19	281	6	8	8	1	1	24	305	7,87%
20-24	253	7	6	12	0	0	25	278	8,99%
25-29	281	3	6	11	0	0	20	301	6,64%
30-34	302	5	7	9	3	2	26	328	7,93%
35-39	394	7	4	12	0	1	24	418	5,74%
40-44	359	7	3	15	0	1	26	385	6,75%
45-49	394	2	4	14	0	1	21	415	5,06%
50-54	327	2	1	7	0	0	10	337	2,97%
55-59	306	1	0	2	0	0	3	309	0,97%
60-64	306	3	0	1	0	0	4	310	1,29%
65-69	241	3	0	0	0	0	3	244	1,23%
70-79	352	1	0	0	0	0	1	353	0,28%
>=80	172	1	0	0	0	0	1	173	0,58%
	4.610	71	67	170	5	11	324	4.934	

Tab. 10. Distribuzione dei pazienti in base alla nazionalità e alla tipologia di servizio

SERVIZI	Africa	America	Asia	Europa extra U.E.	Unione Europea	Totale stranieri
Assistenza Domiciliare (ADI- voucher/credit e prestazioni occasionali)	44	5	36	37	15	137
Accessi domiciliari MMG (ADP)	23	4	12	20	14	73
Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)	25		16	17	6	64
Ventilo/ossigenoterapia	19	1	8	4	3	35
Contributo Caregiver			1			1
Lista attesa RSA			3		3	6
SDAR*			1			1
Totale complessivo	111	10	77	78	41	317

* Servizio distrettuale assistenza residenziale

202

Nell'ambito delle cure domiciliari sono state 137 le persone straniere che hanno fruito di prestazioni. Va evidenziato che se esse rappresentano l'1,03% degli assistiti in cure domiciliari, la percentuale aumenta notevolmente nella fascia 0-4 anni (i 12 minori rappresentano il 34,29% del totale dei minori di 0-4 anni in carico). Ad ulteriore conferma della prevalenza di casistica di minori, l'ADP (accessi domiciliari del MMG) riguarda nel 40% dei casi situazioni di minori della fascia 0-4 anni, mentre è dello 0,62% la fascia compresa fra i 60-64 anni (Tab.11). Questo dato conferma quanto già affermato nell'ambito della disabilità e delle malattie rare.

Tab. 11. Pazienti stranieri in cure domiciliari per fasce di età e tipo di prestazione

Fasce d'età	Assistenza domiciliare	Accessi domiciliari del MMG	Nutrizione artificiale domiciliare	Ventilazione
0-14 *	23 **	6 ***	38	2
15-29	16	4	5	1
30-44	23	15	6	7
45-59	24	13	7	6
60-74	26	16	4	=
75-89	23	12	4	1
=>90	3	7	=	=
totale	137	73	64	17
% rispetto assistiti italiani	1,03%	0,63%	2,71%	1,29%
* 0 - 4 anni	** 12	*** 4		

Un altro aspetto interessante è la disamina dei pazienti stranieri per genere; infatti se le donne sono in numero superiore per quanto riguarda sia l'Assistenza Domiciliare sia gli accessi in ADP, gli uomini necessitano prevalentemente di interventi quali la NAD e la ventilo/ossigenoterapia (Tab. 12).

Tab. 12. *Pazienti stranieri delle cure domiciliari per genere*

	Maschi	Femmine	Totale	% delle femmine
Assistenza domiciliare	61	76	137	55,47%
Accessi domiciliari del MMG	24	49	73	67,12%
Nutrizione artificiale domiciliare	41	23	64	35,94%
Ventilo/ossigenoterapia	25	10	35	28,57%

A completamento del quadro sulla non autosufficienza, si rileva che le persone straniere in Stato Vegetativo (SV) sono state tre, di cui una con contributo al caregiver per la gestione a domicilio (15 pazienti italiani) e due inserite in RSA (17 pazienti italiani). Un ultimo dato che pone alcune riflessioni rispetto al futuro riguarda la presenza di 6 persone straniere in lista di attesa per l'ingresso in RSA, di cui 3 asiatiche e 3 dell'Unione Europea.

203

Conclusioni

Il fenomeno dell'immigrazione ha avuto un forte impatto sui Servizi socio-sanitari, in alcuni casi ampliando l'utenza in modo considerevole, oltre che richiedendo uno stile specifico di approccio da parte degli operatori. A loro volta i Servizi divengono un potente strumento di facilitazione per una integrazione effettiva.

Inoltre i Servizi, attraverso i loro operatori, sono stimolo per gli stranieri ad una crescita culturale e della consapevolezza, non solo dei propri diritti, ma anche dei bisogni per i quali è possibile avere risposte. Uno fra gli aspetti più significativi riguarda la presa di coscienza del proprio stato di salute, con la conseguente disponibilità ad adottare atteggiamenti preventivi. Per il prossimo futuro ci si deve attendere, quale fenomeno naturale, un aumento della presenza di stranieri anche in settori, quali quello della non autosufficienza, oggi ancora poco da essi fruiti.

È importante anche favorire la collaborazione con le associazioni di stranieri al fine di alimentare processi di inclusione sociale. Gli intrecci che i migranti e gli italiani hanno tessuto insieme con costanza e tenacia sono tanti e in tutta la provincia e hanno dato vita ad associazioni e ad importanti attività di solidarietà spesso però non conosciute.



Guerra e pace... entrambe cambiano il mondo, VectorArtmania

EDUCAZIONE ALLA SALUTE IN UN CONTESTO INTERCULTURALE

Fiorenza Comincini

*“Vision senza azione è solo sogno
Azione senza visione è solo agitarsi
Visione e azione possono cambiare il mondo”*

Joe Barker

Introduzione

L'Italia, al pari di molti altri Paesi europei, è ormai avviata in modo irreversibile a diventare un Paese multiculturale. Tra gli immigrati sono rappresentate più di 190 comunità, ognuna portatrice di vissuti, esperienze, culture differenti, ciascuna proveniente da nazioni assai diverse tra loro per cultura, tradizioni, organizzazione sociale e sanitaria.

205

Il processo di migrazione, anche quando avviene nei migliori dei modi, rappresenta per l'individuo un fattore di “fragilità” a causa dello “sradicamento dalla cultura di origine”, dei cambiamenti repentini dei luoghi e dei contesti culturali in cui si trova a vivere.

Nel Paese ospite, inoltre, le difficoltà di inserimento lavorativo e, quindi, le difficoltà di avere un reddito, lo svolgimento di lavori più a rischio e meno remunerati, la difficoltà a comprendere nuove abitudini, a conoscere la lingua e il funzionamento dei servizi possono essere causa di esclusione sociale che aumenta il rischio di ammalarsi e aggrava le difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Le conseguenze del percorso migratorio, lo stress da transculturazione, la lontananza dagli affetti, la mancanza di reti sociali di riferimento e le difficili condizioni di vita possono produrre, nel soggetto immigrato, una vulnerabilità psicologica e sociale con eventuale rischio di evoluzione in disagio psichico e/o emarginazione sociale. La mancanza di punti di riferimento tende ad isolare i soggetti immigrati, a ritardarne l'integrazione sociale, aumentando la disparità di fruizione dei servizi socio-sanitari (spesso sotto-utilizzati) fra italiani e stranieri.

Un fattore protettivo che può condizionare direttamente la salute è il livello di istruzione nella sua accezione di capitale culturale, perché le conoscenze e le competenze determinano, ad esempio, le modalità di gestione di un'emergenza sanitaria, ma anche il livello di consapevolezza delle conseguenze per la propria salute a causa di alcuni comportamenti.

Il capitale culturale, inoltre, promuove life skills che risultano positivamente correlate alla salute, come l'autostima e la soddisfazione per la propria vita.



206

A partire da queste considerazioni appare chiaro come gli interventi di promozione della salute in un contesto interculturale come quello attuale, debbano tener conto dei molteplici e diversificati determinanti sociali di salute che condizionano, anche per gli immigrati, la possibilità di condurre una vita appagante e prospera e di godere buona salute.

L'educazione alla salute: un processo di comunicazione

Il modello di salute pubblica che si è sviluppato negli ultimi anni affianca, agli interventi di prevenzione delle malattie, l'avvio di nuove politiche per promuovere la salute, attraverso la costruzione di una politica pubblica per la salute, la creazione di ambienti favorevoli, l'attribuzione di maggiore forza all'azione della comunità, il potenziamento delle capacità personali, un nuovo orientamento dei servizi sanitari. La Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato (2005) ha individuato alcune strategie di provata efficacia da utilizzare affinché la salute sia messa al centro dello sviluppo. Due tra queste sono significative all'interno di un contesto interculturale: sostenere la causa della salute basandosi sui diritti umani e la solidarietà e investire in politiche, azioni e infrastrutture sostenibili per indirizzare i determinanti della salute.

In particolare, la prima strategia può utilizzare come strumento l'Educazione alla salute quale "opportunità di apprendimento consapevole e volontaria che utilizza la comunicazione per aumentare il livello di "alfabetizzazione" rispetto alla salute, conoscenza compresa, e per aumentare le abilità di vita (life skills) che conducono alla salute individuale e collettiva". L'educazione

alla salute non si limita, come avveniva in passato con l'educazione sanitaria, a sensibilizzare o trasmettere le informazioni, prevalentemente in modo unidirezionale, intorno ai fattori di rischio delle malattie, ma favorisce il rafforzamento della motivazione al cambiamento, lo sviluppo di capacità individuali quali l'auto-efficacia e il pensiero critico, condizioni necessarie per dare maggiore empowerment¹ alle singole persone e alle comunità.

All'interno di un percorso di educazione alla salute comunicare la salute implica favorire l'espressione di punti di vista, domande, esperienze, prospettive, linguaggio; vuol dire ascoltare, permettere ad altri di prendere la parola, trovare dei punti di incontro e di mediazione.

In percorsi differenziati di educazione alla salute, i cittadini destinatari dell'intervento possono assumere il ruolo di:

- pazienti-assistiti, cioè di sviluppare *compliance* aderendo in modo consapevole a quanto proponiamo loro;
- utenti-clienti cioè cittadini che esprimono soddisfazione dei servizi ricevuti e di cui gli operatori sanitari ricercano la *concordance*;
- cittadini competenti, il cui modello di riferimento è quello "responsabile-partecipativo", dove la corresponsabilità (*accountability*) è centrale rispetto ai processi di gestione e di cambiamento. Questo significa che, in rapporto al classico modello della informazione, il cittadino ha un ruolo attivo, è un interlocutore.

207

Processi di comunicazione interculturale

Comunicare significa entrare in relazione con gli altri; nella relazione ognuno porta i suoi sistemi di significato, le sue credenze, i suoi valori, il proprio modello di comportamento.

Fino a vent'anni fa i professionisti sanitari operavano in un contesto culturale che presentava caratteristiche di omogeneità. Oggi, nello svolgimento della professione, l'operatore viene a contatto con culture, storie, stili di vita che affondano le loro radici nella cultura di provenienza, risultando spesso diversi e incomprensibili.

Ciò che può favorire la conoscenza e la comprensione di altri modelli culturali è legato alla capacità di fare esperienza della differenza. Più i professionisti - e quindi le organizzazioni nelle quali lavorano - hanno una visione del mondo articolata, maggiore sarà la loro competenza interculturale, cioè la loro capacità di creare fiducia e migliorare la comunicazione e, di conseguenza, aumenterà la loro possibilità di gestire meglio le proposte di educazione e promozione della salute.

¹ Empowerment: nel contesto della promozione della salute è un processo grazie al quale le persone conquistano un maggior controllo sulle decisioni e le iniziative che riguardano la loro salute. OMS, Glossario della Promozione della Salute, Ginevra, 1998



La relatività dell'esperienza passa attraverso il linguaggio; molti considerano il linguaggio solo come uno strumento per indicare gli oggetti e le idee del loro mondo fisico e sociale. In questa prospettiva le lingue sono insiemi di parole legate da regole e l'apprendimento di una lingua straniera è il semplice processo di sostituire parole e regole per ottenere lo stesso significato per mezzo di uno strumento diverso. Il linguaggio in realtà, oltre che uno strumento di comunicazione è un "sistema di rappresentazione" della percezione e del pensiero. Questa funzione del linguaggio ci fornisce delle categorie verbali e dei prototipi che guidano la nostra formazione di concetti e categorizzazioni degli oggetti; il linguaggio dirige il modo in cui sperimentiamo la realtà.

La teoria sul linguaggio postulata da Benjamin Whorf ha sicuramente cambiato il nostro modo di pensare le lingue e la loro possibilità di essere tradotte in modo letterale; Whorf infatti sostiene che è la struttura grammaticale di una lingua che forma e costituisce il processo di pensiero degli individui. Questa è basata interamente sulla cultura e, pertanto, il linguaggio, il pensiero e la cultura sono parti integranti di un sistema mentale. Vi sono molti esempi che descrivono la relazione tra sintassi ed esperienza: il più più classico è quello della neve (ipotesi di Whorf-Sapir). In italiano esiste una sola parola per indicare questo fenomeno che, eventualmente, può essere accompagnata da aggettivi che meglio la definiscono (bagnata, farinosa, ecc.); nelle lingue eschimesi esistono venticinque parole diverse per indicare la neve, perché per questa popolazione saper comunicare agli altri membri del gruppo lo stato esatto della neve è legato alla sopravvivenza.



Questa formulazione di relatività linguistica e culturale è fondamentale per la comunicazione interculturale. Senza l'ipotesi di relatività alla radice della nostra esperienza della realtà, si incorre nell'errore di classificare costumi differenti e di fornire informazioni standard su cosa fare e cosa non fare per assumere comportamenti salutari.

209

Insieme alla relatività linguistica va considerata anche la relatività percettiva in base alla quale si suppone che chi percepisce risponda a delle categorizzazioni degli stimoli culturalmente influenzate. In generale la cultura ci fornisce la tendenza a percepire i fenomeni che sono rilevanti alla sopravvivenza sia fisica sia sociale. Se rifiutiamo di supporre che le persone appartenenti a culture diverse possano sinceramente percepire il mondo in modi diversi, allora i nostri sforzi verso la comprensione sono sovvertiti dal desiderio di "correggere" quelli che sbagliano.

L'incapacità di esperire la differenza culturale è definita "etnocentrica", in quanto un individuo è in grado di costruire l'esperienza solo della propria cultura. In questi casi le altre culture vengono negate come esistenti, oppure sono percepite come una minaccia, determinando atteggiamenti e comportamenti di difesa e attribuendo stereotipi negativi; oppure sono considerate differenti solo in superficie, minimizzandone le diversità. Nel momento in cui le persone acquisiscono una visione del mondo capace di supportare l'esperienza interculturale, diventano "etnorelativi". Sono allora capaci di:

- riconoscere il valore delle altre culture e accettare la vitalità di modalità culturali di pensiero e di comportamento diverse, senza necessariamente esserne in accordo;
- cambiare la propria prospettiva e modificare il proprio comportamento adattandolo a culture diverse dalla propria;

- incorporare la competenza interculturale nelle propria identità, raggiungendo lo stadio di integrazione.

In ambito sanitario riveste quindi grande importanza, una strategia formativa aziendale che favorisca e faciliti una comunicazione interculturale nei luoghi frequentati da utenti con una forte disomogeneità culturale.

In particolare, la cornice teorica di riferimento è il Modello Dinamico di Sensibilità Interculturale (MDSI) di Milton J. Bennett, basato su cinque principi guida: apertura mentale, consapevolezza di sé e degli altri, conoscenza culturale e *cross cultural skills*. L'apertura mentale è la condizione necessaria per essere recettivi ad apprendere, per astenersi dai pregiudizi e per accogliere la complessità; solo così si creano le condizioni per divenire consapevoli di sé e degli altri, per conoscere le diverse culture e per sviluppare competenze specifiche.

L'ASL di Brescia, al fine di promuovere tra gli operatori un approccio interculturale, ha, da tempo, intrapreso iniziative formative rivolte ai professionisti dei Consultori Familiari, del Servizio Disabilità e del Dipartimento Dipendenze, servizi che, nel corso degli ultimi anni, hanno visto aumentare l'accesso dell'utenza straniera.

Denominatore comune di tutti i percorsi è stato l'approfondimento della tematica salute/malattia nelle diverse culture, con l'obiettivo di:

- consolidare e/o ricercare metodologie e tecniche di intervento che valorizzano il dialogo tra diverse culture;
- acquisire maggiori competenze nella comprensione dei bisogni, in una logica di integrazione tra sanitario e sociale e tra approccio clinico e intervento sociale.

L'informazione sanitaria e gli immigrati

Nel 2004 l'VIII Consensus Conference organizzata dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni affermò che almeno tre devono essere gli ambiti di azione privilegiata per garantire realmente agli stranieri pari opportunità, rispetto ai cittadini italiani, in termini di accesso e fruibilità dei servizi sanitari: la certezza del diritto, la garanzia dell'accessibilità e la promozione della fruibilità.

Un'importante modalità di promozione della fruibilità è l'informazione declinata a livello di popolazione generale, fasce di età, appartenenza etnica, ecc. Ma affinché l'informazione non cada nel vuoto, è necessario comprendere quali sono i bisogni a cui rispondere e i canali da utilizzare per raggiungere le persone.

L'informazione sanitaria ricopre un ruolo importante nell'ambito della promozione/tutela della salute, fornendo principalmente informazioni sui servizi e sulle prestazioni in tutti i livelli dell'assistenza: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Sapere quali servizi sono a disposizione, conoscere le strutture sanitarie e socio sanitarie che li erogano, gestire le situazioni di

emergenza e ricevere indicazioni in merito agli stili di vita salutari da adottare, sono le informazioni che ogni cittadino dovrebbe ricevere. Inoltre la facilitazione dell'accesso, altro elemento necessario a garantire la salute e il benessere dei cittadini, rientra negli impegni di comunicazione del Sistema sanitario verso la collettività.

Ma la capacità delle persone immigrate di trovare le informazioni per orientarsi all'interno del sistema sanitario spesso è pregiudicata dalla scarsa conoscenza della lingua italiana. L'uso di materiale informativo distribuito nei servizi territoriali e nelle strutture di ricovero e le indicazioni/raccomandazioni orali da parte del personale sanitario, non sempre sono sufficienti a garantire il reperimento e la comprensione delle informazioni sulla salute da parte della persona straniera. E la fragilità di queste persone è accresciuta spesso dal non sapersi spiegare e dal non capire che cosa fare e a chi rivolgersi.

La lingua costituisce, quindi, una barriera per l'accesso alle informazioni. L'atto, apparentemente semplice, dell'informare, del rendere disponibile le indicazioni utili per mettere in grado gli immigrati di capire cosa fare, si complica nel momento in cui si deve coniugare sintassi e semantica del linguaggio. In altri termini, la domanda da cui non ci si può esimere è: quanto la traduzione letterale dall'italiano ad un'altra lingua (arabo, cinese, pachistano, slavo, ecc.) riesce ad essere "significativa" per chi la legge?

E se le criticità possono essere limitate rispetto agli opuscoli che illustrano i servizi e le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie, aumentano, invece, negli opuscoli/locandine che promuovono interventi di prevenzione primaria e secondaria. Tradurre in arabo l'opuscolo di pubblicizzazione della vaccinazione HPV per le ragazze adolescenti e distribuirlo alle famiglie di cultura araba, senza farlo accompagnare da un intervento comunicativo di personale preparato dal punto di vista interculturale, significa andare incontro ad una bassa adesione.

211

Dare per scontato che la cultura della prevenzione sia diffusa anche tra gli stranieri, la ridotta attenzione degli aspetti culturali, riduce la *compliance* dei soggetti immigrati. A livello nazionale il tasso di adesione delle donne straniere al programma di screening per la prevenzione del tumore al collo dell'utero e del tumore alla mammella, è significativamente più basso di quello delle donne italiane.

Assume quindi grande rilievo nelle campagne di adesione agli screening la promozione di un atteggiamento attivo nei confronti della propria salute attraverso anche interventi di marketing sociale² per favorire una scelta libera e consapevole di comportamenti salutari. Il messaggio, che è l'elemento chiave del marketing sociale, ha la funzione di evidenziare i vantaggi derivanti dall'adesione al comportamento/idea proposti e di ridurre le barriere (percezione dei costi psicologici, economici, di tempo e energia) che ostacolano il cambiamento.

² Marketing sociale: l'applicazione delle tecniche del marketing commerciale all'analisi, alla pianificazione, alla realizzazione e alla valutazione di programmi volti ad influenzare il comportamento del pubblico di riferimento al fine di migliorare il benessere degli individui e della società. Def. tratta dal Glossario della Promozione della Salute O.M.S Nuovi Termini, A cura di Barbera E., Tortone C.- DoRS Regione Piemonte

Numerosi studi testimoniano uno stretto collegamento tra livello di scolarizzazione, status socio-economico, condizioni di salute ed uso dei servizi sanitari. Sono, quindi, gli immigrati con inferiore o assente competenza alfabetica che incontrano maggiori difficoltà nel comprendere le informazioni – scritte e orali - sull'uso dei servizi, sull'adesione terapeutica e sulla corretta assunzione dei farmaci. Le conseguenze sono evidenti: uso spesso non adeguato dei servizi, scarsa aderenza alle prescrizioni terapeutiche.

Affinché il diritto alla salute sia per tutti è, quindi, necessario che le persone vengano abilitate ad usufruirne.

La Carta europea dei diritti del malato concretizza, in una efficace sintesi, i diritti fondamentali della persona a più riprese enunciati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dall'Unione Europea e dal Consiglio d'Europa, e pone l'informazione fra i diritti che devono essere garantiti al paziente.

Cita infatti: *“Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e la innovazione tecnologica rendono disponibili. I servizi sanitari hanno il dovere di rendere tutte le informazioni facilmente accessibili, rimuovendo gli ostacoli burocratici, educando i fornitori di assistenza sanitaria, preparando e distribuendo materiale informativo”*.

212



L'educazione alla salute e gli immigrati

La situazione di vulnerabilità degli immigrati dal punto di vista socio-economico e le condizioni di disagio sociale determinano un peggiore stato di salute e favoriscono il determinarsi di situazioni di rischio. Un esempio è fornito dai dati

epidemiologici che evidenziano un aumento di casi di incidenti domestici di bambini di età 0-4 anni tra le famiglie straniere.

Considerando che la casistica, anche nazionale, evidenzia un maggior numero di incidenti in contesti di precarietà sociale, ASL di Brescia ha ritenuto importante promuovere iniziative di educazione alla salute rivolte alle donne straniere.

In un'ottica di adesione al modello teorico di Green e Kreuter (1992) per la progettazione di interventi di educazione alla salute, integrato con gli aspetti precedentemente esposti di comunicazione interculturale, un gruppo di lavoro ha ritenuto necessario, prima di strutturare un progetto di prevenzione sul tema degli incidenti domestici in questa fascia di età, conoscere il punto di vista delle donne appartenenti alle etnie prevalenti del territorio bresciano, incontrando mediatrici culturali di diverse culture alle quali è stata presentata la griglia sotto riportata (Box 1).

Questi incontri hanno evidenziato una carenza conoscitiva in merito ai pericoli presenti nell'ambiente domestico e la presenza di comportamenti che, per la nostra cultura, non sempre sono adeguati a proteggere il bambino. È emerso inoltre che per trasmettere il messaggio è utile avvicinare le donne nei luoghi di aggregazione e, tra questi, i corsi di alfabetizzazione risultano essere i più idonei al raggiungimento degli obiettivi. Si è avviato quindi, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Territoriale di Brescia, un percorso di collaborazione per progettare moduli didattici da inserire nella programmazione scolastica, che favoriscano nelle madri l'aumento della percezione del rischio di incidenti domestici.

213

Box 1. Griglia di domande utilizzata con le mediatrici culturali

1. Quali sono valori più importanti per le donne nel suo Paese?
2. Qual'è il loro stile di vita nel Paese di origine e quali sono le differenze rispetto all'Italia?
3. Quali sono i problemi che si trovano ad affrontare in Italia?
4. Come percepiscono il nostro ambiente e quindi i pericoli presenti in esso? Secondo Lei, percepiscono i rischi nel modo in cui li percepisce la popolazione italiana?
5. Come intervengono per prevenire gli incidenti domestici?
6. Com'è il rapporto con i bambini? Quale stile educativo utilizzano?
7. Cosa pensano in generale degli incidenti domestici? Destino...fatalità accettabile.. problema reale....
8. Sono interessate? Disponibili al cambiamento?
9. Come possiamo raggiungerle? In quale luogo?
10. Con quale canale comunicativo? Come è possibile favorire la diffusione delle informazioni? Che cosa dire?
11. Chi è più autorevole per loro nel fornire le informazioni?
12. Come aiutarle ad attuare le modifiche nel loro ambiente per ridurre i fattori di rischio favorenti gli incidenti domestici?
13. Come monitorare l'efficacia?

Il mondo del lavoro è un contesto all'interno del quale la comunicazione interculturale riveste grande importanza per il suo impatto sulla sicurezza

dei lavoratori. È un microcosmo nel quale stereotipi e pregiudizi emergono ed hanno ricadute non solo nelle relazioni tra lavoratori ma anche nella gestione dell'informazione e formazione della sicurezza sul lavoro. L'intervento "La sicurezza parla una sola lingua" avviato nel 2005 dall'ASL di Brescia in collaborazione con otto aziende del settore metalmeccanico, ha utilizzato nella sua fase iniziale la tecnica del focus group applicata sia ad un gruppo di lavoratori stranieri sia ad un gruppo di RSPP, al fine di raccogliere informazioni sulla percezione dei rischi lavorativi. Gli incontri hanno evidenziato che non vi è conferma di una particolare fragilità dei lavoratori stranieri rispetto ai rischi lavorativi, ma la fragilità è in relazione a come nell'azienda viene gestita la cultura della sicurezza.

Più volte è ricorso in entrambi i gruppi come sia determinante il "clima" aziendale nell'influire sulle condizioni della sicurezza. Viene dichiarato che le difficoltà linguistiche e la cultura di origine dei lavoratori stranieri incidono solo nella prima fase di inserimento lavorativo e nelle condizioni di precariato; poi le diversità si attenuano e prevale il bisogno di formazione continua.

Il corso di formazione progettato, quattro incontri di tre ore ciascuno, ha utilizzato quanto previsto dalla comunicazione interculturale che raccomanda di considerare le percezioni, connotate di possibili distorsioni e interpretazioni, come determinanti nella lettura e nella percezione del fenomeno migratorio. L'iniziativa formativa ha permesso agli RSPP, ai quali era rivolta, di riflettere intorno alle loro esperienze di gestione e di rapporti con i lavoratori stranieri e di accrescere la consapevolezza dell'importanza del loro ruolo in relazione alla promozione della sicurezza attraverso il miglioramento delle capacità comunicative. Il percorso formativo ha inoltre offerto l'occasione per riflettere sull'importanza di una informazione/formazione rivolta ai lavoratori stranieri che superi il piano strettamente nozionistico e formale, e sia specifica, individualizzata, in modo da incidere, attraverso la relazione con il lavoratore, sulla percezione della sicurezza.

214

Conclusioni

È necessario essere consapevoli che gli aspetti comunicativi che caratterizzano gli interventi di educazione alla salute assumono, in un contesto interculturale, un rilievo particolare, in quanto possono essere facilitatori del cambiamento oppure ostacolarlo.

Le stesse modalità di informazione, intese nelle consuete forme di materiale stampato possono rappresentare esse stesse un ostacolo, se non tengono conto delle diverse espressioni idiomatiche, e dei livelli di alfabetizzazione dei membri dei differenti gruppi etnici.

Il problema non è solo quello di produrre informazione, ma di promuovere, attraverso interventi di educazione alla salute l'empowerment delle persone straniere al fine di renderle capaci di riconoscere i propri bisogni di salute, di usare appropriatamente i servizi e di fare scelte salutari.

Affinché ciò avvenga è necessario coinvolgere direttamente gli stranieri in merito alla produzione dei materiali informativi, perché soltanto con il loro contributo "il linguaggio" diventa "significante", alla progettazione di percorsi di educazione alla salute, alla individuazione di nuovi canali e nuove sedi per raggiungere i membri delle diverse comunità.

Insieme alla riflessione sul linguaggio per la comunicazione, va prevista la visione di una comunicazione istituzionale che sia strategia di un sistema sanitario che applica i principi di equità e di partecipazione, un sistema sempre più orientato verso il soddisfacimento dei nuovi bisogni in una società sempre più eterogenea e multiculturale. Ciò potrebbe favorire un conseguente miglioramento sia dello stato di salute sia di un aumento dell'efficienza/efficacia dei luoghi di cura con vantaggi per tutti i cittadini.

Bibliografia

ASL di Modena. Osservatorio sull'immigrazione

Cardano M., Marinacci C. (2004). *La rilevazione della posizione sociale*. Epidemiologia e Prevenzione, 28, 3

Carta europea dei diritti del malato, p. 4.
Disponibile: [www.activecitizenship.net/documenti/European%](http://www.activecitizenship.net/documenti/European%20Charter)

Fisher Wilson J. (2003). *The Crucial Link between Literacy and Health*. Annals of Internal Medicine, 10, p. 875-878

215

Ingrosso M. *Comunicare la salute*. Franco Angeli, Milano, 2005

Jaiswal A., Singh V., Ogden J. A. et al. *Adherence to tuberculosis treatment: lessons from the urban setting of Delhi, India*. Trop Med Int Health 2003; 8

Lenart J. *Health Literacy*. In: L'Albero della Salute (a cura di) Tradurre la salute

Losi N. *Vite altrove. Migrazione e disagio psichico*. Feltrinelli. Milano, 2000

Milton J. Bennett (A cura di). *Principi di comunicazione interculturale*. Franco Angeli, Milano, 2007

OMS. *Glossario della Promozione della Salute*. Ginevra, 1998

Stewart E.C., Bennett M.J. *American Cultural Patterns*. Intercultural Press, 1991

Vannoni F., Cois E. (2004). *L'emarginazione sociale*. Epidemiologia & Prevenzione, 28,3

WHO. *Bangkok in a Globalized World*. Bangkok, 2005

WHO. *Charter of Ottawa for Health promotion*. Ottawa, 1986

WHO. *Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, 2008



Donna che pesa l'oro, Jan van Hemessen, 1500-1579

CONSIDERAZIONI ECONOMICHE NELLA GESTIONE SANITARIA DEL MIGRANTE

Marcello Montefiori, Rosella Levaggi

Introduzione

I capisaldi su cui poggia il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono l'universalità e l'accessibilità del servizio (Legge n. 833 del 1978). I sistemi sanitari ispirati a questi criteri hanno vissuto la fase di maggiore crescita durante gli anni settanta ed ottanta, il periodo in cui lo sviluppo del Welfare State ha avuto il suo più grande successo e la spesa sanitaria ha assunto una rilevanza sempre maggiore in termini di quota rispetto al PIL. La crisi economica ha messo in discussione lo stato assistenziale e, di conseguenza, anche le scelte in campo sanitario sono state riviste e l'organizzazione del sistema è stata più volte riformata per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e migliorare l'efficienza nell'offerta dei servizi.

217

Un elemento molto importante che caratterizza il SSN italiano è rappresentato dalla scelta di lasciare libere le Regioni di organizzare al proprio interno la fornitura delle prestazioni sanitarie.

Tale scelta non si caratterizza solo sul livello di concorrenza, ma riguarda anche la scelta dell'organizzazione della medicina territoriale.

In questo settore la Lombardia ha effettuato scelte molto importanti che spesso rappresentano delle innovazioni significative a livello nazionale.

In Lombardia il fenomeno dell'immigrazione, sia regolare sia irregolare, ha assunto dimensioni tali da imporre al SSN nuove soluzioni organizzative a livello territoriale, per rispondere alle nuove esigenze.

Gli immigrati provengono da realtà anche molto diverse da quella italiana per quanto riguarda il livello di salute, l'atteggiamento verso la malattia e la sua cura, la presenza di un sistema sanitario a cui rivolgersi per ricevere le cure necessarie.

La fornitura di assistenza alla popolazione migrante va affrontata sotto

molti punti di vista, ma forse il ruolo più importante è svolto dalla medicina territoriale che può rappresentare un fattore importante nel miglioramento dell'assistenza al fine di ridurre l'inappropriatezza nell'uso delle strutture più complesse.

In questo senso la scelta fatta da alcune ASL in Italia di attivare e finanziare strutture rivolte alla fornitura di servizi alla popolazione immigrata (soprattutto quella irregolare) è molto importante in quanto consente di monitorare in anticipo i bisogni futuri della popolazione (molto spesso i migranti passano dalla condizione di irregolari a quella di regolari ed entrano, quindi, a far parte della popolazione assistita normalmente dalle strutture territoriali della ASL).

L'impatto che questi centri hanno sulla salute dei migranti è ben documentato.

L'obiettivo dell'analisi qui proposta è quello di mostrare, attraverso un esempio, come anche i dati amministrativi possano essere utili per valutare l'appropriatezza organizzativa delle cure sanitarie. Si vuole, inoltre, mostrare come i costi ed i benefici della medicina territoriale non vadano valutati solo in termini di miglioramento della salute della popolazione. L'esercizio che proponiamo è quello di stimare, seppure in modo approssimato, l'impatto che i centri di medicina transculturale possono avere sul miglioramento dell'appropriatezza organizzativa mediante una riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso.

218

Questo esercizio verrà condotto mediante l'analisi dei ricoveri al Pronto Soccorso di un ospedale bresciano e di un ospedale genovese.

La medicina territoriale per gli immigrati

Gli immigrati regolari residenti in Italia hanno lo stesso diritto all'assistenza dei cittadini italiani. Questa rete capillare che rappresenta il primo contatto fra paziente e SSN può non essere tuttavia sufficiente per rispondere ai bisogni dei migranti per diversi motivi.

Per migliorare l'offerta e facilitare l'accesso alle cure, l'ASL di Brescia ha attivato dal 1990 un ambulatorio territoriale per l'assistenza di primo livello rivolto alla popolazione immigrata irregolare o, comunque, non altrimenti assistita; con Delibera del 12/11/2003, ha istituito il Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale che ingloba, al suo interno, l'ambulatorio per immigrati dove, a partire dal gennaio 2002, è in funzione un Osservatorio Epidemiologico Locale sul fenomeno migratorio. Il Centro di Medicina Transculturale è diventato oggi parte del Servizio di Medicina del Disagio, ma continua ad offrire assistenza a tutti i migranti non in regola con il permesso di soggiorno tramite l'Ambulatorio Migranti. Questo centro rappresenta un punto di contatto molto importante fra il SSN e tutti i migranti perché a questo centro si rivolgono, come primo contatto, anche coloro che, pur avendo diritto all'assistenza, non conoscono il nostro sistema sanitario e non sanno a chi rivolgersi.

Gli accessi impropri al Pronto Soccorso

L'accesso al Pronto Soccorso (PS) è regolato da protocolli molto specifici che prevedono, come primo intervento, l'assegnazione al paziente di un codice di gravità (il codice triage¹) che gli operatori usano sia per indicare quanto critica è la condizione del paziente sia per determinare un ordine di priorità nella cura del caso.

I codici di gravità del paziente possono, tuttavia, essere utilizzati anche come un indice, seppur non preciso, dell'uso inappropriato² del pronto soccorso. Con tale colore vengono infatti classificati tutti i pazienti che si sono rivolti al PS quando avrebbero dovuto rivolgersi alla medicina territoriale (al proprio Medico di Medicina Generale in prima battuta).

La legge finanziaria 2007 (comma 796, lettera p) ha istituito il pagamento di un ticket per tali accessi, ma l'applicazione a livello regionale di questo disposto è molto variabile.

In questo lavoro vorremmo concentrarci sul legame fra medicina territoriale e accessi impropri con particolare riferimento agli immigrati. Come già notato nella parte introduttiva, più la medicina territoriale funziona bene e diventa per tutti il primo punto di contatto con il sistema sanitario, più sarà possibile ridurre gli accessi impropri al PS. Questo aspetto è cruciale per gli stranieri in quanto per questo tipo di popolazione le barriere all'accesso alla medicina territoriale potrebbero essere ben più elevate che per i cittadini italiani. Diversi sono i fattori che determinano queste barriere e qui ne elenchiamo solo alcuni:

- la condizione dell'immigrato dal punto di vista legale. Gli immigrati clandestini e la maggior parte degli irregolari non possono iscriversi alle liste ASL come residenti e, quindi, non hanno diritto all'assistenza di base;
- i problemi di comunicazione. Gli immigrati di prima generazione e i loro congiunti spesso non hanno una buona conoscenza dell'italiano e potrebbero avere difficoltà a comunicare con il proprio medico i propri bisogni;
- l'informazione. Soprattutto gli immigrati che provengono da Paesi dove non esiste un sistema sanitario potrebbero non sapere come accedere in modo appropriato alle cure.

¹ Il codice bianco è attribuito a pazienti non urgenti il cui trattamento può essere dilazionato indefinitamente nel tempo. Tipicamente si tratta di un accesso improprio al PS. Il codice verde viene assegnato a pazienti non urgenti, che vanno curati, ma il cui trattamento è comunque differibile. Il codice giallo indica una situazione di urgenza anche se il paziente non riversa in un immediato pericolo di vita. Il codice rosso invece si riferisce ad una situazione di criticità/emergenza. I pazienti a cui viene assegnato il codice rosso versano in immediato pericolo di vita.

² La componente di accessi a rischio di inappropriata viene generalmente indicata: i. dagli accessi classificati con codice bianco e che hanno quale esito la dimissione o l'abbandono; ii. dagli accessi a cui viene assegnato il codice verde e che hanno quale esito la dimissione o l'abbandono e quale unica prestazione la visita generale. Da qui l'indice di inappropriata:

$$I_a = \frac{\text{accessi cod. bianco esito dimiss. o abbandono} + \text{acc. con cod. verde esito dimiss. con unica prestaz. visita gen}}{\text{totale degli accessi in PS}}$$

La sperimentazione del Progetto Mattoni (anno 2005) con riferimento a 13 ospedali del Lazio ha calcolato un valore medio per questo indicatore pari al 21,3%.

In questo senso un ambulatorio migranti come quello di Brescia potrebbe avere un impatto positivo non solo sulla salute degli immigrati, ma anche sui maggior costi che l'uso inappropriato degli ospedali causa alla collettività. Tale centro potrebbe, infatti, diventare un punto di riferimento per gli immigrati, sia per quelli che non hanno alternative (clandestini e irregolari) sia per i regolari che dal centro possono essere indirizzati verso un'utilizzo appropriato delle cure.

Per studiare la validità di questa ipotesi abbiamo provato a raffrontare gli accessi al Pronto Soccorso di due ospedali in due contesti regionali diversi.

L'ospedale Galliera di Genova, con i suoi 433 posti letto per degenza ordinaria, rappresenta il secondo ospedale genovese per numero di ricoveri (17.328 casi in degenza ordinaria anno 2010). In Liguria non esistono strutture come il centro di medicina transculturale: per molti immigrati il Pronto Soccorso è, quindi, il punto di contatto con il SSN.

L'ospedale della Fondazione Poliambulanza, con i suoi 360 posti letto, rappresenta il secondo ospedale bresciano come numero di posti letto.

Analisi dei dati

Il numero totale di accessi nella Struttura Complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (SCMCAU) E.O. Ospedali Galliera, dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010, è stato di 52.685³. Il numero totale di extracomunitari (individuati secondo il Paese di nascita e non secondo la residenza) è di 9.591 pari al 18,2% del totale. L'età media dei soli accessi di pazienti extracomunitari è di 37,63 anni rispetto ad un'età media generale di 50,3 anni. Con riferimento all'intera popolazione⁴ di accessi al PS del 2010, la percentuale di pazienti che, a seguito dell'accesso al PS, ha avuto quale esito il successivo ricovero in una delle strutture dell'Ospedale è stata pari al 18,11% (9.542 pazienti), fra gli extracomunitari scende al 9,36% del totale dei pazienti extracomunitari (898 pazienti).

Per quanto riguarda il Pronto soccorso EAS (Emergenza di Alta Specialità) della Fondazione Poliambulanza, il numero totale di accessi è stato di 57.643 casi. Il numero totale di extracomunitari è di 502 pari a circa l'0,87% del totale. L'età media dei soli accessi di pazienti extracomunitari è di 37,63 anni. La percentuale di pazienti ricoverati, sul totale della popolazione 2010 è pari al 13% (7.467 pazienti), fra gli extracomunitari scende al 10,6% del totale (53 casi).

Il PS della Poliambulanza ha un livello di attività di circa il 30% inferiore rispetto al Galliera e presenta una percentuale nettamente inferiore di accessi da parte di stranieri (circa 1% del totale contro il 18,2% dell'Ospedale Galliera). Le ragioni sono molteplici: a Brescia esistono altri ospedali, e forse gli stranieri si rivolgono più a queste strutture per ragioni

³ Si tenga presente che questo dato considera il numero complessivo di accessi e non il numero di pazienti. In altri termini vengono conteggiati anche accessi ripetuti dello stesso paziente.

⁴ Qui il termine popolazione è utilizzato in senso statistico e sta ad indicare tutti i pazienti che si sono rivolti al PS del Galliera nel 2010.

di comodità. Al contrario il bacino di utenza del PS dell'Ospedale Galliera comprende il quartiere genovese del Centro Storico caratterizzato da una vasta componente di popolazione extracomunitaria. Per questo motivo le analisi che presenteremo confrontando i dati dei due PS vanno interpretate più in un'ottica qualitativa che quantitativa.

La presenza di immigrati clandestini non consente di confrontare i ricoveri con il totale della popolazione residente, confronto che sarebbe più corretto per valutare l'inappropriatezza. Non potendo sapere quale sia veramente il numero di immigrati, abbiamo preferito confrontare, per i due PS, la distribuzione degli accessi per codice. I dati completi sono presentati nella Tab. 1 in appendice mentre in Figura 1 e Figura 2 riportiamo la distribuzione per codice dei due PS.

I ricoveri in codice bianco per gli stranieri extracomunitari sono profondamente diversi. Al di là del dato oggettivo che potrebbe riflettere anche altre differenze fra le due realtà, quali la diversa composizione etnica degli immigrati e le regole di pagamento del ticket per l'accesso al Pronto Soccorso in codice bianco, è interessante notare come per gli accessi in bianco al PS della Poliambulanza non esista di fatto una differenza statisticamente significativa fra extracomunitari e il resto della popolazione, mentre per il Galliera la percentuali di accessi codice bianco per gli extracomunitari è oltre il doppio rispetto a residenti e intracomunitari.

Fig. 1. PS E.O. Ospedali Galliera

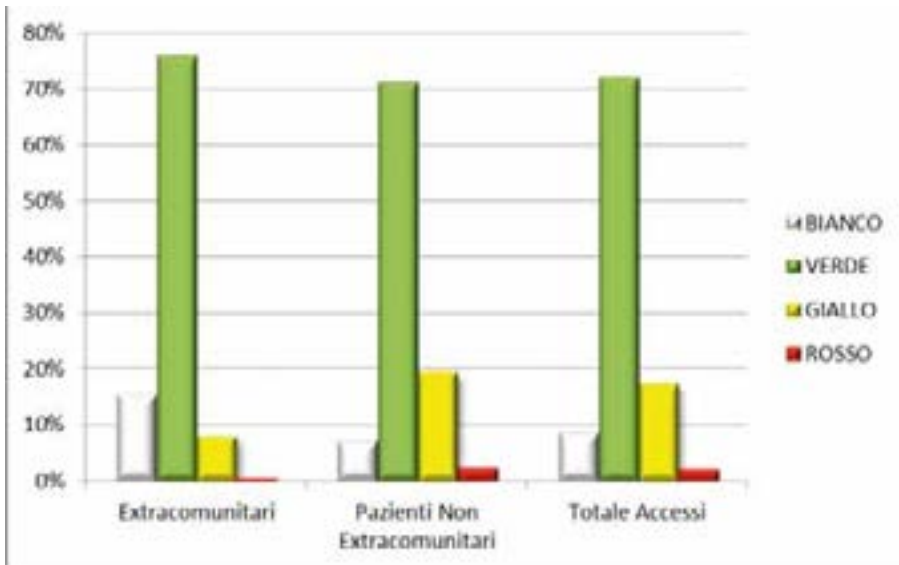
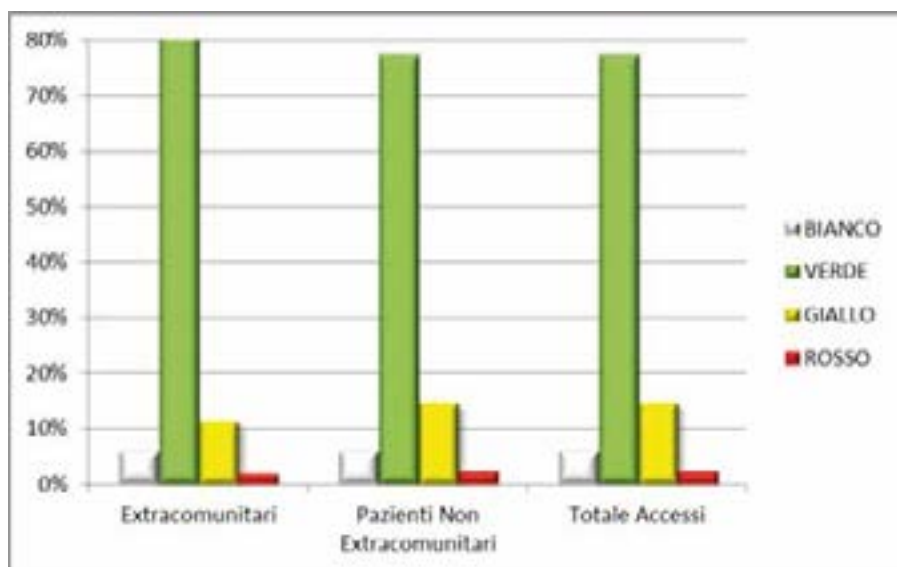


Fig. 2. Poliambulanza



222

La differenza negli accessi impropri dei residenti potrebbe essere spiegata dal diverso modo di pagare il ticket per i codici bianchi e da un possibile diverso protocollo di attribuzione ai pazienti dei codici⁵.

Anche la composizione etnica degli immigrati potrebbe spiegare parte della differenza osservata.

Nelle tabelle 2a e 2b (riportate in appendice al presente capitolo) presentiamo i dati di accesso ai PS divisi per grandi aree geografiche: Europa non comunitaria, Asia, Africa, Americhe, Oceania e infine gli apolidi.

Come si può notare, la grossa differenza in termini di composizione della popolazione è data da una forte presenza di europei a Brescia e di pazienti provenienti dal continente americano per quanto riguarda il Galliera. Questo dato dipende sostanzialmente dalla diversa provenienza delle badanti: più di origine Est-Europa in Lombardia, più sudamericana in Liguria.

In generale, possiamo osservare che in entrambi i PS gli africani tendono ad effettuare più accessi in bianco della media, la situazione sembra essere diversa per gli immigrati europei ed asiatici, ma in questo caso i confronti sono più difficili in quanto il numero di accessi diventa troppo esiguo per fare dei confronti quantitativi.

⁵ La Regione Liguria non ne impone il pagamento al momento dell'erogazione della prestazione. L'ospedale provvede in seguito a richiedere il pagamento, ma siccome le spese legali sono maggiori del ticket, se il paziente non provvede al pagamento, l'Ospedale non lo richiede.



Da questo quadro, sembra di poter concludere che la presenza di un centro di riferimento per gli immigrati (siano questi clandestini o irregolari) possa avere un effetto positivo sulla riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso. L'analisi che abbiamo condotto in questo lavoro è incompleta sotto molti punti di vista: abbiamo confrontato due aree che non sono omogenee per quanto riguarda il tipo di immigrazione, abbiamo confrontato gli accessi di due sole strutture, abbiamo considerato uno dei possibili indicatori di inappropriatezza. Questa prima analisi mostra che ci sono delle differenze che sarebbe interessante studiare in modo più approfondito. È chiara la necessità di intervenire sugli accessi impropri nelle strutture di emergenza (per esempio facendo pagare prima della visita il ticket ai codici bianchi), ma soprattutto migliorando la rete di assistenza territoriale con azioni di riorganizzazione che coinvolgano, da un lato, il pronto soccorso e, dall'altro, il sistema territoriale (coinvolgendo ove possibile i Medici di Medicina Generale).

223

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano sentitamente l'E.O. Ospedali Galliera, la Fondazione Poliambulanza, il Prof. Paolo Cremonesi, Direttore della Struttura Complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza e l'Ing. Enrico Zampedri, Direttore Generale della Fondazione Poliambulanza per la preziosa collaborazione nel fornire i dati. Un grazie particolare alla Dott.ssa Marina Sartini e al Dott. Paolo Fiori per l'aiuto nell'estrazione dei dati necessari al presente lavoro.

Bibliografia

Brandolini A., Cippolone P., Rosalia A. (2004). *Le condizioni di lavoro degli immigrati in Italia*. Paper presentato al Convegno Nazionale degli Economisti del Lavoro, Modena 24-24 settembre.

Disponibile: http://www.aiel.it/bacheca/MODENA/PAPERS/Brandolini_Cippolone_Rosolia.pdf

Caritas (2011). *Dossier statistico immigrazione*.

Disponibile: <http://www.dossierimmigrazione.it/eventi.php?qc=8>

Cremonesi P., Di Bella E., Montefiori M. (2010). *Cost analysis of emergency department*. Journal of Preventive Medicine and Hygiene, vol.51 n.4

Cremonesi P., Di Bella E., Montefiori M. (2011). *Tempi d'attesa e sovrappollamento delle strutture di primo soccorso: un'analisi empirica*. SIMEU Journal, forthcoming

Ministero della Salute (2003). *Relazione sullo stato di salute del Paese 2001-2002*. Disponibile: <http://www.ministerosalute.it/normativa/sezNormativa.jsp?label=relssp>

224

Morrone A. e Mereu F. (2003). *La nuova realtà dell'immigrazione: dal singolo alla famiglia dinamiche familiari e aspetti socio-sanitari*. in Andolfi M. La Mediazione culturale tra l'estraneo e il familiare. Franco Angeli, Milano. Disponibile: <http://www.iismas.it/letture/NuovaRealta.htm>

Morrone A. *Salute e società multiculturale*.

Disponibile: <http://www.iismas.it/ss/ss.htm>

Scarcella C., Indelicato A., El-Hammad I., Levaggi R., Lonati F., Magoni M., Mottola M. (2006). *La popolazione straniera assistita dall'Asl della Provincia di Brescia: caratteristiche e costi sanitari a confronto con la popolazione italiana*. Mecosan, anno XV n. 57

Appendice

Tab. 1a

(anno 2010) PS E O Ospedali Galliera		Codice TRIAGE							
		Bianco		Verde		Giallo		Rosso	
		Valore Assoluto	%	Valore Assoluto	%	Valore Assoluto	%	Valore Assoluto	%
TUTTI	Accessi al PS	4571	5,66	58015	72,16	9054	17,20	1031	1,96
	Età media	44		47		64		74	
Solo Pazienti Extracomunitari	Accessi al PS	1484	15,47	7287	75,98	767	8,00	53	0,55
	Età media	37		37		44		53	

Tab. 1b

(anno 2010) Polisilvicultura		Codice TRIAGE							
		Bianco		Verde		Giallo		Rosso	
		Valore Assoluto	%	Valore Assoluto	%	Valore Assoluto	%	Valore Assoluto	%
TUTTI	Accessi al PS	3379	5,66	44549	77,20	8425	14,61	1290	2,23
	Età media	41		40		58		63	
Solo Pazienti Extracomunitari	Accessi al PS	30	5,65	406	76,46	57	10,73	38	7,16
	Età media	31		33		38		41	

Tab. 2a

PS E O OSPEDALI GALLIERA	Composizione % per CODICE, per Continente di provenienza				Composizione % per Continente di provenienza, per CODICE e Totale				
	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	TOT
EUROPA	10,04	12,05	16,04	16,98	12,77	75,24	10,54	0,77	12,08
ASIA	10,65	10,72	9,65	15,09	14,03	69,36	6,57	0,71	10,65
AFRICA	49,87	36,27	32,33	33,96	20,82	74,37	6,98	0,51	38,05
AMERICA	28,84	39,23	36,25	28,30	11,93	79,66	7,75	0,42	37,33
OCEANIA	0,27	1,25	4,95	5,66	3,64	82,73	34,55	2,73	1,42
APOLIDE	0,34	0,48	0,78	0,00	0,05	0,36	0,06	0,00	0,48

225

Tab. 2b

PS E O OSPEDALI GALLIERA	Composizione % per CODICE, per Continente di provenienza				Composizione % per Continente di provenienza, per CODICE e Totale				
	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	BIANCO	VERDE	GIALLO	ROSSO	TOT
EUROPA	10,04	12,05	16,04	16,98	12,77	75,24	10,54	0,77	12,08
ASIA	10,65	10,72	9,65	15,09	14,03	69,36	6,57	0,71	10,65
AFRICA	49,87	36,27	32,33	33,96	20,82	74,37	6,98	0,51	38,05
AMERICA	28,84	39,23	36,25	28,30	11,93	79,66	7,75	0,42	37,33
OCEANIA	0,27	1,25	4,95	5,66	3,64	82,73	34,55	2,73	1,42
APOLIDE	0,34	0,48	0,78	0,00	0,05	0,36	0,06	0,00	0,48



Realizzato con il contributo di
GlaxoSmithKline SpA

