

## **Regione Piemonte**

### **Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia**

#### **Stranieri e salute**

*A cura di Elena Coffano, Manuela Del Savio,  
Luisa Mondo, Raffaella Rusciani*

#### **1. Introduzione**

Il tema di quest'anno è l'integrazione: anche l'accesso ai servizi sanitari ne è un segnale importante.

Il documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome" a firma del gruppo tecnico interregionale CCM "Immigrati e servizi sanitari"<sup>1</sup> è una sistematizzazione delle indicazioni normative vigenti, che ha come fine ultimo l'uniformare la modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri, fornendo il miglior livello di cure possibile (in relazione allo status giuridico ed all'età del paziente) in ottemperanza a quanto richiesto in due risoluzioni del Parlamento Europeo<sup>2</sup> in materia di tutela della salute dei migranti. In particolare, il Parlamento Europeo sollecita affinché sia garantito il diritto alla salute, che è un diritto fondamentale, alle categorie a maggior rischio di disuguaglianze mettendo in atto azioni volte a ridurre al minimo le disparità nell'accesso all'assistenza. Il testo è stato approvato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome<sup>3</sup> e successivamente<sup>4</sup> è stato ratificato come Accordo tra Stato e Regioni e Province Autonome e pubblicato in Gazzetta Ufficiale S.O. n. 32 del 7 febbraio 2013<sup>5</sup>.

Le "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome" sono state recepite dalla Regione Piemonte, il 2 luglio 2012<sup>6</sup> ed il 16 marzo 2015<sup>7</sup> è stato ratificato il diritto all'iscrizione obbligatoria al SSR dei minori stranieri presenti stabilmente sul territorio regionale a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno.

I contenuti del documento rappresentano anche un utile strumento per mettere in atto le strategie di assistenza agli stranieri così come indicate nel Piano Socio-Sanitario del Piemonte<sup>8</sup> 2012-2015:

- facilitare modalità di programmazione integrata tra assessorati e direzioni regionali che a diverso titolo si fanno carico di problematiche di cittadini stranieri:
- prevedere un livello uniforme e qualitativamente soddisfacente delle prestazioni erogabili agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) e agli Europei non Iscrivibili (ENI) presso

---

<sup>1</sup> <http://www.ars.marche.it/nuovo/html/download%5Cdiseguaglianze%5CDocumento-on%20line.pdf>

<sup>2</sup> la risoluzione 2010/2089 dell'8 marzo 2011 e la risoluzione 2010/2276 del 9 marzo 2011

<sup>3</sup> parte della

<sup>4</sup> 20 dicembre 2012

<sup>5</sup> 7 febbraio 2013

<sup>6</sup> DGR n. 24-4081

<sup>7</sup> DGR n. 34-1198

<sup>8</sup> Deliberazione del Consiglio regionale 3 aprile 2012, n. 167 – 14087

i Centri Informazione Salute Immigrati (ISI) e, più in generale, presso tutti i presidi sanitari;

- rendere stabile la presenza di mediatrici interculturali specificamente preparate a farsi carico delle problematiche emergenti nei servizi materno-infantili;
- sviluppare ulteriormente le capacità di presa in carico e trattamento presso i SERT degli stranieri STP con problemi di abuso di sostanze e messa a punto di protocolli condivisi per la presa in carico specifica di questi pazienti;
- definire e promuovere l'adozione di modalità condivise di presa in carico di stranieri con problemi di salute mentale;
- individuare modalità di coinvolgimento di mediatori interculturali e favorirne l'utilizzazione sia presso servizi ospedalieri e residenziali, sia presso servizi diurni.

In base alle caratteristiche della permanenza del cittadino sul territorio italiano, possiamo avere un'iscrizione:

- obbligatoria (profughi, lavoratori, familiari, disoccupati, titolari di attestazione di carta di soggiorno o permanente, emergenti, apolidi, vittime di tratta, detenuti, gravidanza, madri di minori italiani, minori affidati a famiglie o istituti, inabili per infortunio o malattia, titolari di formulario comunitario<sup>9</sup>): prevede possesso di permesso di soggiorno/permanenza sul territorio italiano per periodo superiore a 3 mesi, comprende il nucleo familiare, in linea generale prevede la compartecipazione al nostro sistema previdenziale
- volontaria (ricongiungimenti di over65enni, residenti che non hanno titolo per iscrizione obbligatoria, personale religioso, studenti, persone collocate alla pari..): prevede possesso di permesso di soggiorno/permanenza sul territorio italiano per periodo superiore a 3 mesi ed il versamento di un contributo parametrato sul reddito lordo dell'anno precedente; include l'iscrizione dei familiari a carico; in genere richiede l'iscrizione anagrafica
- non iscrizione: mancano i requisiti per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, per esempio turisti, persone che fruiscono di una polizza assicurativa privata, persone che arrivano in Italia con formulari comunitari, pazienti in possesso di permesso di soggiorno per motivi di cura, turismo, affari
- STP o ENI modalità amministrativa per poter erogare agli irregolari le cure urgenti e essenziali tramite gli ambulatori dei centri ISI, visite specialistiche, prescrizione di farmaci, effettuazione di esami e specialistici, ricoveri ordinari ed in day hospital (DH).

## 2. I flussi di dati

Le informazioni sanitarie relative alla condizione di salute degli immigrati presenti in Italia possono essere tratte da studi di popolazione, in particolare le indagini campionarie (ISTAT - condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - e lo studio PASSI). Per analizzare in modo puntuale lo stato di salute degli immigrati si utilizzano invece i cosiddetti flussi correnti (le SDO - schede di dimissione ospedaliera -, le schede ISTAT per interruzione volontaria di gravidanza e aborto spontaneo, i certificati di assistenza al parto, le notifiche di malattie infettive, i certificati di morte) i quali ci permettono di valutare

---

<sup>9</sup> - E106/S1 lavoratori distaccati e familiari (si sposta tutto il nucleo familiare), frontalieri, studenti... non è necessaria la residenza ;

- E109/S1 serve per l'iscrizione di familiari che hanno residenza in paese diverso dal titolare che ha obbligo di residenza e paga i contributi in Italia

- E112/S2 serve per cure mediche e parto. Prevede che la persona che lo richiede abbia la famiglia di origine in Italia o quella del partner

- E120/S1 serve per chi ha diritto mano ancora la pensione, deve avere la residenza in Italia

- E121/S1 pensionato con pensione estera ma residente in Italia

l'incontro tra la domanda (di salute da parte degli immigrato) e l'offerta (di prevenzione e di cura da parte del SSN).

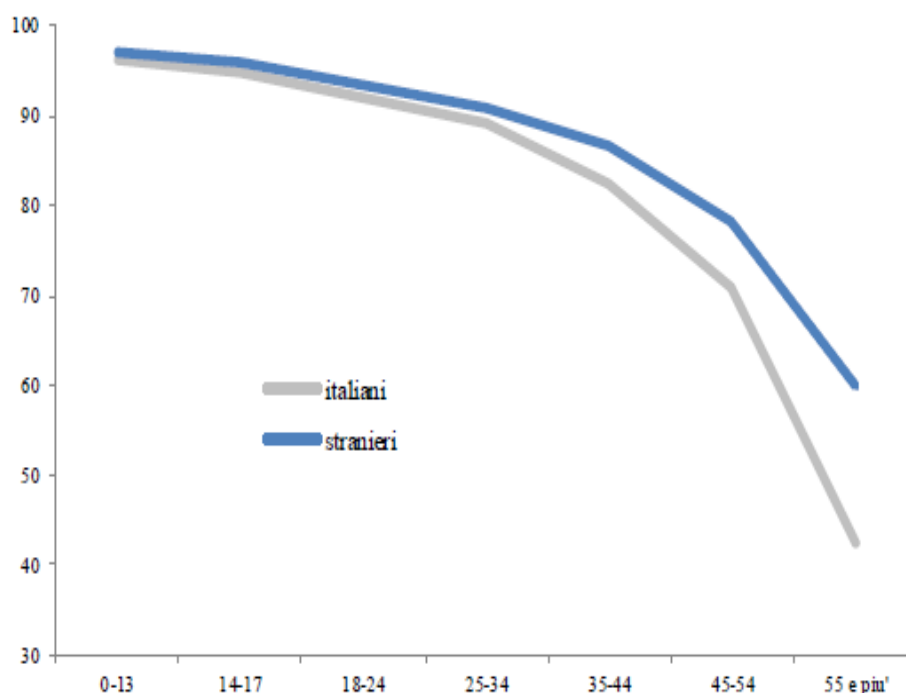
Restano in ombra le richieste insoddisfatte o che hanno trovato risposta in reti di assistenza parallele operanti all'interno della comunità di origine o per le quali non si è cercata risposta in Italia perché il paziente ha optato per il rimpatrio.

## 2.1 Indagine ISTAT<sup>10</sup>

Dalla rilevazione sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari" emerge come gli stranieri residenti in Italia abbiano bisogni di salute simili a quelli della popolazione italiana. In particolare, tra gli immigrati prevale una percezione positiva del proprio stato di salute, in misura maggiore rispetto a quanto dichiarato dagli italiani (per l'87,5% le proprie condizioni di salute sono buone o molto buone a fronte dell'83,5% degli italiani) (figura 1), solo il 20,6% degli stranieri intervistati dichiara di aver assunto farmaci nelle 2 settimane precedenti l'intervista (con maggior incidenza al crescere dell'età e tra le donne, 23,7% vs 17,1% degli uomini) (figura 2).

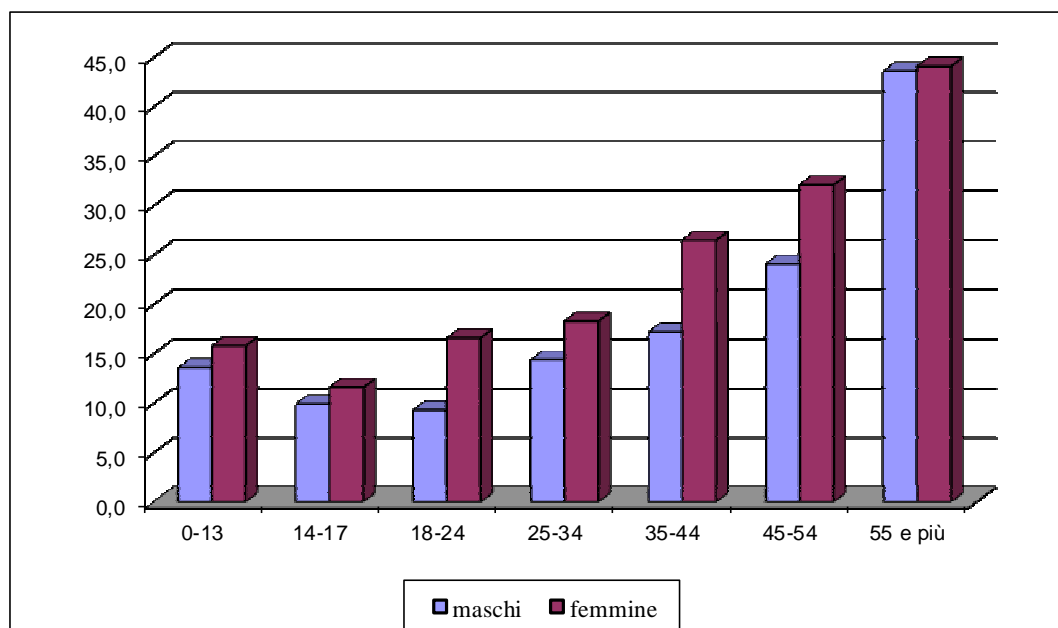
Nelle quattro settimane precedenti l'intervista, il 20,2% degli stranieri ha fatto almeno una visita medica (sia generica sia specialistica), prevalentemente donne (24,1% contro il 15,8% degli uomini), bambini e ragazzi in età pediatrica (25,9% degli stranieri tra 0 e 13 anni) e gli ultra 55enni (22,8%).

Grafico 1 - *persone che dichiarano un buono stato di salute per classi di età e cittadinanza - anno 2011 – 2012 [tassi standardizzati per 100 persone]*



<sup>10</sup> Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari, anni, 2011 e 2012, ISTAT 2014, <http://www.istat.it/it/archivio/110879>

Grafico 2 - uso di farmaci nelle 2 settimane precedenti l'intervista- ISTAT 2011-2012



Le difficoltà linguistiche rappresentano un ostacolo per la popolazione straniera soprattutto femminile: il 13,8% degli intervistati ultra quattordicenni dichiara di avere difficoltà nello spiegare in italiano i disturbi o i sintomi di cui soffre (figura 3) e il 14,9% riferisce di avere difficoltà a comprendere ciò che il medico dice loro, fenomeni che riguardano prevalentemente i cinesi (43,3%), indiani (34,8%), filippini (28,7%) e marocchini (21,4%) soprattutto se con storia migratoria breve (figura 4).

Grafico 3 - difficoltà a spiegare i sintomi, uomini e donne per classe di età - ISTAT 2011-2012

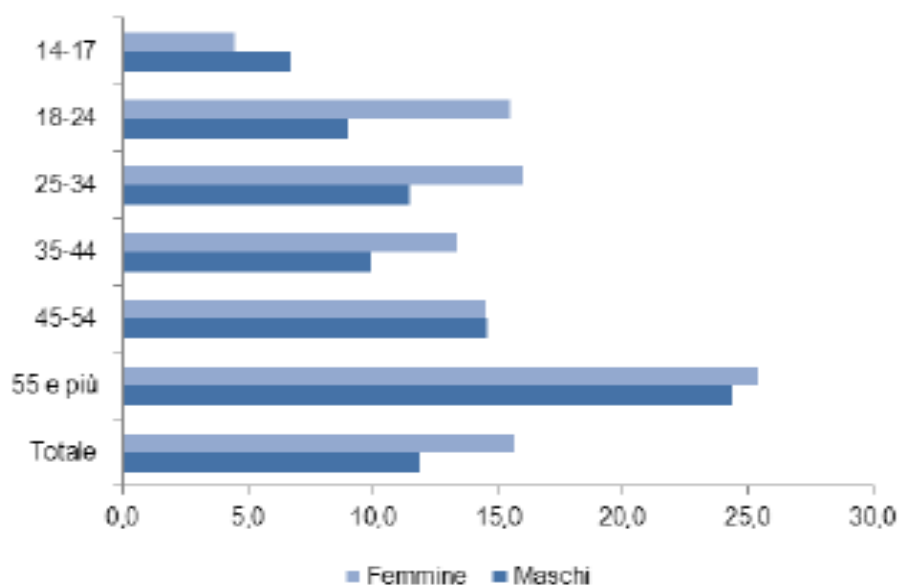
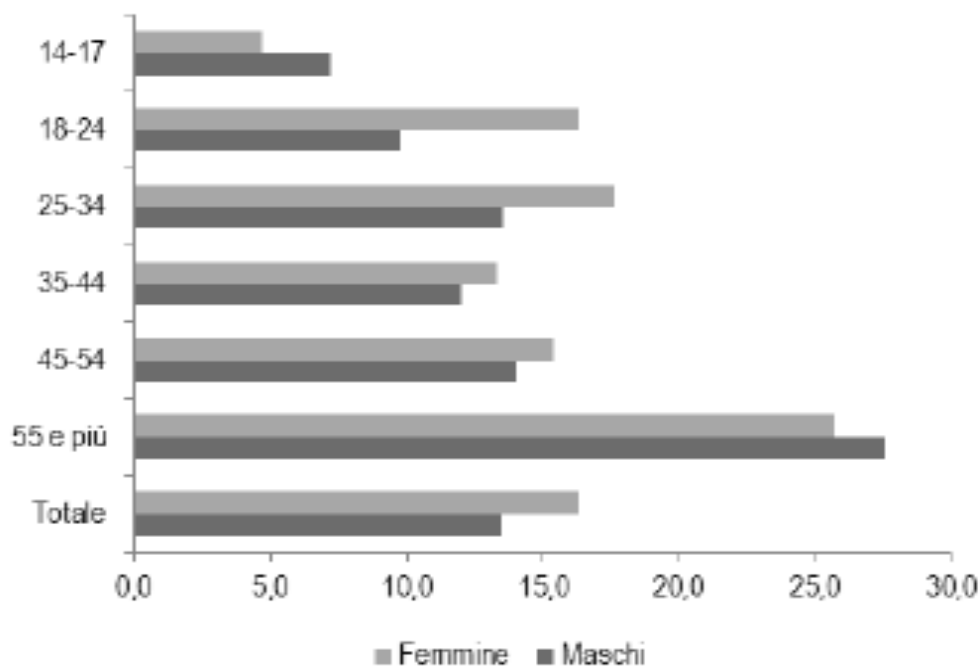


Grafico 4 - *difficoltà a comprendere il medico, uomini e donne per classe di età - ISTAT 2011-2012*



## 2.2 Lo studio PASSI<sup>11</sup>

Il PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un progetto del ministero della Salute e delle Regioni e Province Autonome finalizzato a fornire a tutte le Regioni e Aziende sanitarie locali del Paese una sorveglianza dell'evoluzione di fenomeni relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di fattori di rischio cardiovascolare e di sintomi di depressione), abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol), offerta e utilizzo dei programmi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazione contro rosolia e influenza), sicurezza stradale e domestica. Un campione di residenti di 18-69 anni viene estratto casualmente dagli elenchi delle anagrafi sanitarie, stratificandolo per sesso e classi di età. Personale delle ASL, specificatamente formato, effettua interviste telefoniche mensili con un questionario.

Da gennaio 2008 a dicembre 2011, sono state intervistate oltre 150 mila persone, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classe di età dalle anagrafi sanitarie di Asl o di Regione. Sono stati intervistati anche gli stranieri residenti (3153 persone di età compresa dai 18 ai 69 anni che rappresentano il 3.2% del campione), persone che parlano e comprendono bene la lingua italiana e sono in grado di sostenere un'intervista telefonica (una popolazione di età, residente prevalentemente al nord, nel 61.1% di sesso femminile). I dati confermano quanto rilevato dallo studio ISTAT: gli stranieri intervistati percepiscono in modo migliore il proprio stato di salute rispetto agli italiani e riferiscono meno sintomi depressivi. Vi sono margini di miglioramento nell'assistenza agli immigrati specie per quanto riguarda i programmi di screening per la diagnosi precoce dei tumori (cervice, mammella e colon-retto).

In Piemonte, proprio per facilitare l'adesione ai programmi di screening, nel 2014 il CPO (centro Prevenzione Oncologica) Piemonte ed il Sermig hanno avviato una collaborazione affinché sia le donne italiane che le donne immigrate (regolarmente residenti o meno e le

<sup>11</sup> <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/PassiIntro.asp>

residenti nei campi nomadi autorizzati), che afferiscono all'ambulatorio di ginecologia del Sermig, possano effettuare un Pap test o un test HPV di screening nell'ambito del Programma Prevenzione Serena contestualmente alla visita stessa, seguendo poi le varie fasi che il percorso di prevenzione prevede (eventuali approfondimenti, richiami ecc).

### 2.3 Analisi dei flussi correnti

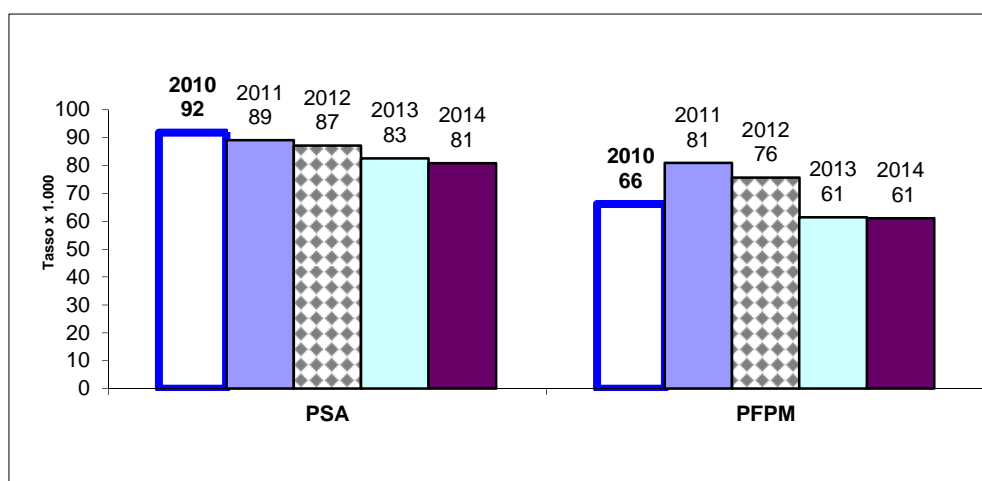
Nel 2013 si è concluso il progetto Agenas - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali"<sup>12</sup>. Tale studio è la prosecuzione del lavoro di valutazione di 36 indicatori individuati per permettere alle Regioni di impiegare metodologie condivise (basate sulla valutazione epidemiologica ed economica) in grado di fornire informazioni per la programmazione sanitaria<sup>13</sup>. I risultati dell'analisi di alcuni dei 36 indicatori, relativi alla popolazione PSA e PFPM<sup>14</sup> residente in Torino e provincia, sono illustrati nei paragrafi successivi.

#### 2.3.1 Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) vediamo come, a Torino e provincia, nel 2014 siano stati effettuati 283.605 ricoveri dei quali 19.634 (6,9%) a carico di cittadini provenienti da PFPM e (93,1%) a carico di PSA. I tassi grezzi di ospedalizzazione in regime di ricovero ordinario\*1000 residenti, a carico dei cittadini PFPM sono costantemente inferiori rispetto a quelli dei cittadini PSA verosimilmente per la differente distribuzione per età delle due popolazioni ed un persistente effetto migrante sano.

In entrambe le popolazioni il tasso risulta comunque in calo (figura 5).

Grafico 5 - tasso grezzo di ospedalizzazione, ricoveri ordinari, PSA e PFPM, Torino e provincia- SDO 2010-2014



Tra i PFPM i ricoveri relativi alla popolazione maschile rappresentano il 29,5% e quelli relativi alla popolazione femminile il 70,5% mentre nella popolazione PSA non si osservano sostanziali differenze di genere (48,1% tra gli uomini e 51,9% tra le donne).

<sup>12</sup> <http://www.agenas.it/lea/la-salute-della-popolazione-immigrata-il-monitoraggio-da-parte-dei-sistemi-sanitari-regionali-ccm>

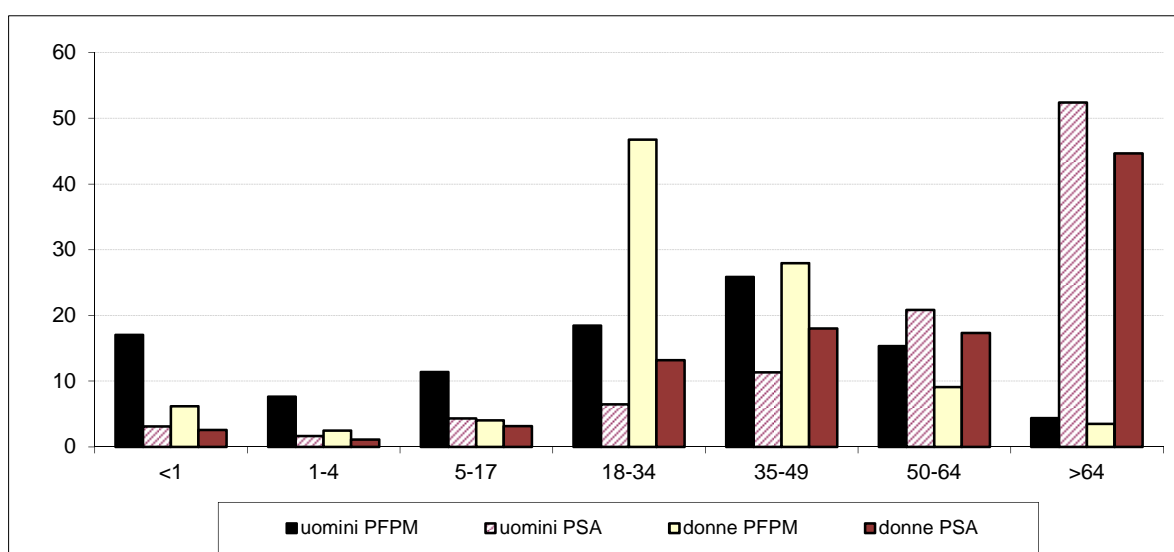
<sup>13</sup> [http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/Prg\\_5\\_Immigrati\\_metodologia.pdf.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf)

<sup>14</sup> Da alcuni anni non si utilizza più la semplice distinzione tra italiani e stranieri preferendo la definizione di persone provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria e persone appartenenti a Paesi a Sviluppo Avanzato

Tra i PSA prevalgono, in linea con la distribuzione per età della popolazione, i ricoveri degli anziani mentre tra i PFPM donne si nota un notevole ricorso all'ospedalizzazione in età fertile e, soprattutto nei maschi, nell'infanzia (figura 6).

Anche l'andamento dei ricoveri nel tempo si mostra tendenzialmente stabile: tra gli uomini e le donne PFPM si registra una lieve riduzione delle degenze nella fascia di età compresa tra i 18 ed i 34 anni ed un lieve aumento nelle classi successive (35-49 e 50-64), tra gli uomini PSA si nota invece una lieve riduzione nelle classi 35-49 e 50-64 ed un incremento tra gli ultra65enni, per le donne PSA vi è una lieve riduzione in tutta l'età adulta ed un aumento tra le ultra65enni (figura 7), ma nel complesso l'andamento è stabile (figura 8).

Grafico 6 - ricoveri uomini e donne, PSA e PFPM per classi di età, torino e provincia - SDO 2014



Analizzando le cause di ricovero si nota che gli uomini PFPM rispetto alla popolazione autoctona mostrano un eccesso di ricoveri per traumi, patologie osteo - articolari e malattie infettive (figura 9). Tra le donne PFPM le cause legate e gravidanza parto e puerperio sono nettamente predominanti sia rispetto a tutte le altre ragioni di degenza che in confronto con le donne PSA (figura 10).

Grafico 7 - % ricoveri uomini e donne, PFPM e PSA, per classi di età, Torino e provincia-SDO 2010-2014

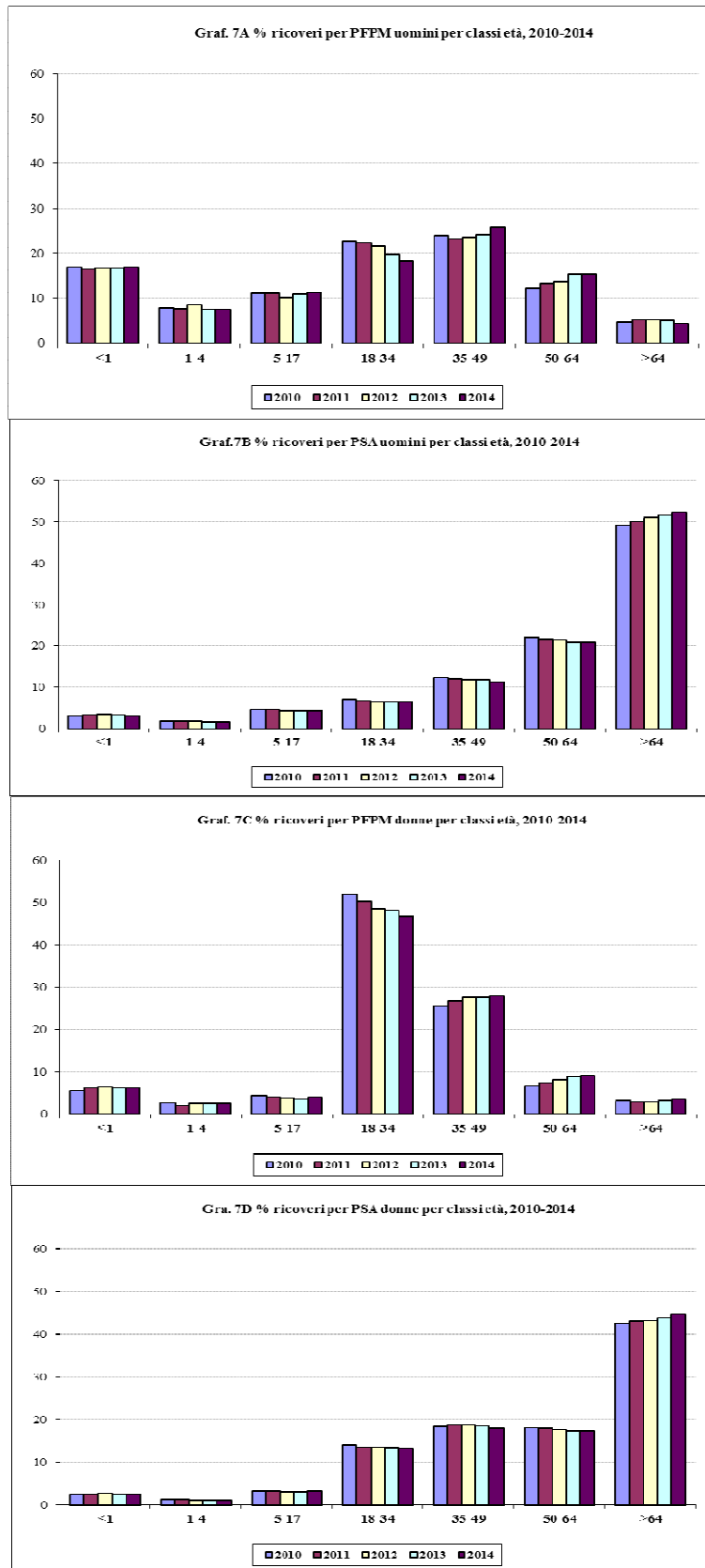




Grafico 8 - % ricoveri uomini e donne, PFPM e PSA, Torino e provincia - SDO 2010-2014

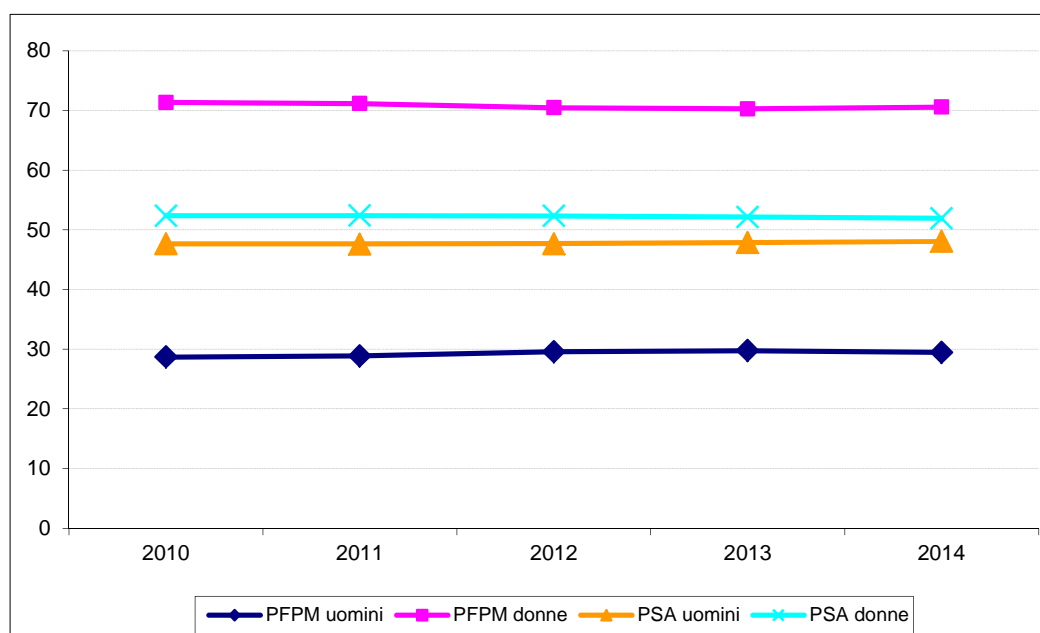


Grafico 9: distribuzione ricoveri per grandi cause, uomini, PSA e PFPM, Torino e provincia - SDO 2014

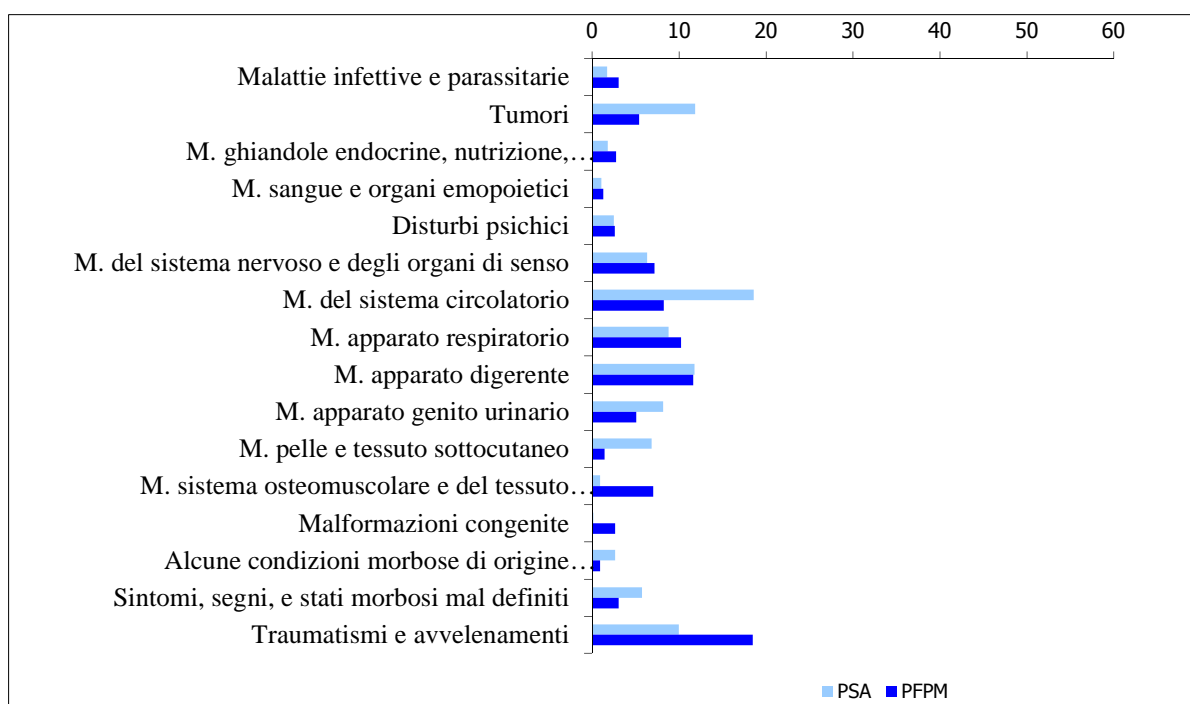
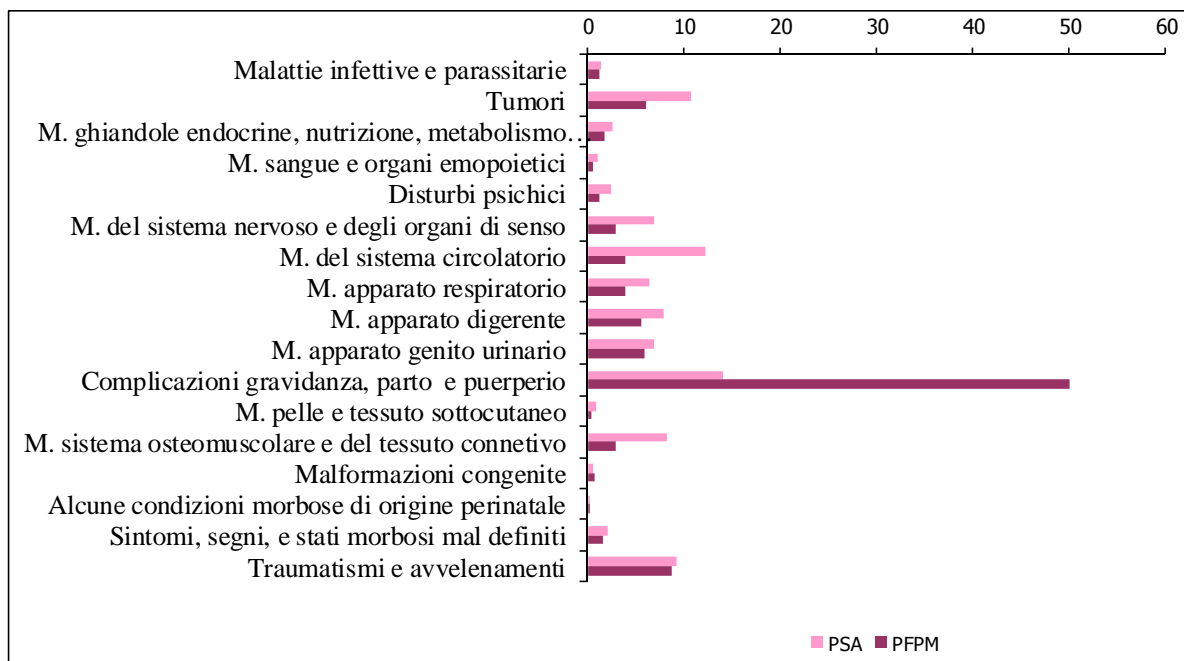


Grafico 10: *distribuzione ricoveri per grandi cause, donne, PSA e PFPM, Torino e provincia - SDO 2014*



Infine, sono stati presi in considerazione due indicatori che possono fornire utili informazioni sul livello di integrazione: il ricorso ai ricoveri in urgenza e l'ospedalizzazione in Day Hospital (DH).

Nel caso dei ricoveri in urgenza si osserva come questi avvengano in modo molto simile a quelli a carico della popolazione PSA segno di una corretta pianificazione delle cure domiciliari e ambulatoriali e del ricorso alla degenza ospedaliera programmata (grafico 11).

L'ospedalizzazione in DH è sinonimo di possibilità di tornare in una casa salubre, di poter essere visitati a domicilio dal proprio curante in caso di necessità, di esistenza di una rete socio-familiare di sostegno: il ricorso a tale modalità di assistenza è solo lievemente inferiore tra le persone PFPM rispetto alla popolazione PSA (grafico 12).

Grafico 11 - *proporzione dei ricoveri ordinari in urgenza, uomini e donne, PSA e PFPM, Torino e provincia - SDO 2014*

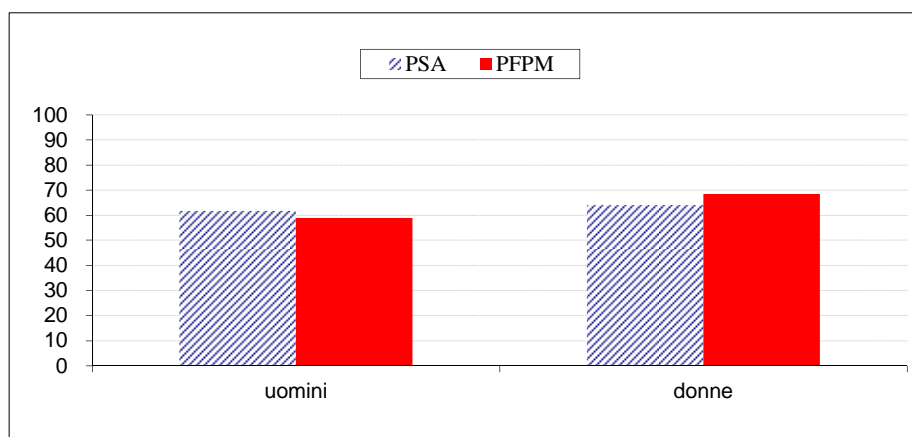
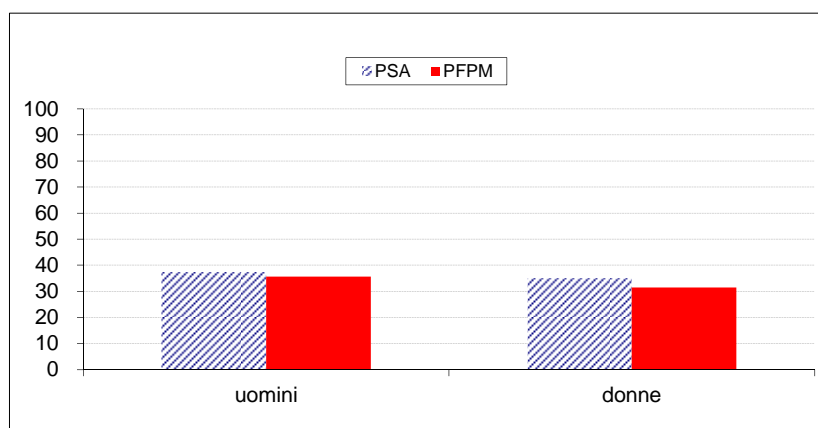


Grafico 12 - *proporzione dei ricoveri in DH, uomini e donne, PSA e PFPM, Torino e provincia - SDO 2014*



### 2.3.2 Gravidanza e parto

La popolazione immigrata è spesso caratterizzata da maggior disagio socio-economico e culturale e, di conseguenza, da più frequenti esiti negativi per la salute materna e neonatale<sup>15</sup>.

A questo disagio non sono estranee le differenze culturali legate all'evento nascita (e, successivamente alla crescita del bambino), che in alcuni casi possono determinare difficoltà di comunicazione con i professionisti impegnati nell'assistenza alla donna, alla coppia ed al nascituro o neonato<sup>16</sup>.

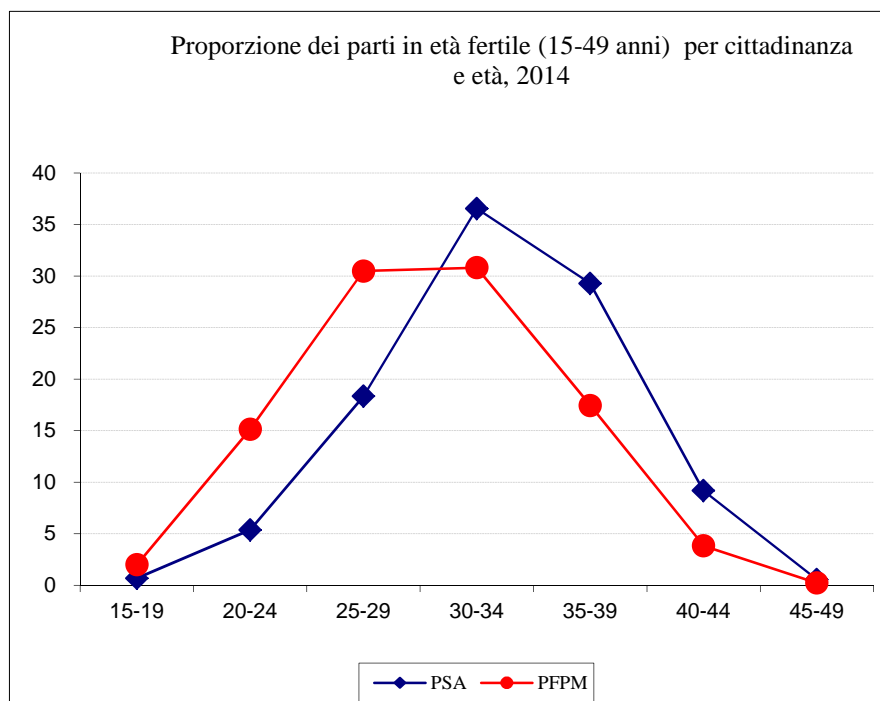
Le donne PFPM hanno un'età media al parto di circa 3 anni inferiore rispetto alle PSA (nel 2014 PFPM 30 vs PSA 32.9). Per quanto riguarda la proporzione dei parti in età fertile osserviamo che il 60% circa delle donne PFPM partoriscono in un'età compresa tra i 25 e i 34 anni, mentre le donne PSA nel 57% dei casi partoriscono in un'età compresa tra i 30 e i 39 anni (figura 13), in genere si sottopongono alla prima visita in gravidanza in epoca gestazionale più tardiva rispetto alle italiane e, nel complesso effettuano un minor numero di controlli. Inoltre hanno una maggior probabilità di partorire spontaneamente, ma i loro bambini mostrano un maggior rischio di nascere prematuri e/o sottopeso (con minor punteggio APGAR, maggior necessità di rianimazione e doppia incidenza di natimortalità)<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 452-461

<sup>16</sup> Baronciani D, Basevi V, Battaglia S, Lupi C, Perrone E, Simoni S, Verdini E (a cura di). *La nascita in Emilia Romagna. 5° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) – Anno 2007*. Bologna, Regione Emilia Romagna, 2008

<sup>17</sup> *Nascere in piemonte 2015*, in fase di pubblicazione

Grafico 13 - *Proporzione dei parti. donne PSA e PFP, Torino e provincia- SDO 2014*



### 2.3.3 Interruzione volontaria di gravidanza

A partire dal 2007 si è osservata, a livello nazionale, una stabilizzazione del numero di IVG a carico delle cittadine straniere: anche questo è un forte segnale di integrazione, di ricorso ai consultori per la messa a punto di una pianificazione familiare efficace e sicura. Così anche se al momento il tasso di abortività volontaria delle donne straniere risulta, in tutte le classi di età, superiore di 3-4 volte rispetto alle italiane (la classe di età maggiormente interessata è quella di 20-24 anni, sia per le italiane che per le straniere)<sup>18</sup> abbiamo forti segnali che possa rapidamente scendere a livelli nettamente inferiori rispetto agli attuali.

In figura 14 possiamo osservare come il tasso di gravidanze in età fertile che esitano in IVG sia nettamente inferiore tra le PFP rispetto alle PSA nella fascia di età molto giovane (15-19 e 20-24) verosimilmente per i differenti modelli culturali. A partire dai 25 anni la proporzione di IVG è maggiore tra le PFP che, in genere, a quell'età hanno già raggiunto il numero di figli desiderato e non intendono aumentare ulteriormente le dimensioni della famiglia. Questa è la fascia di donne su cui si dovrà lavorare di più durante la gravidanza ed il puerperio introducendo il discorso della contraccezione post parto.

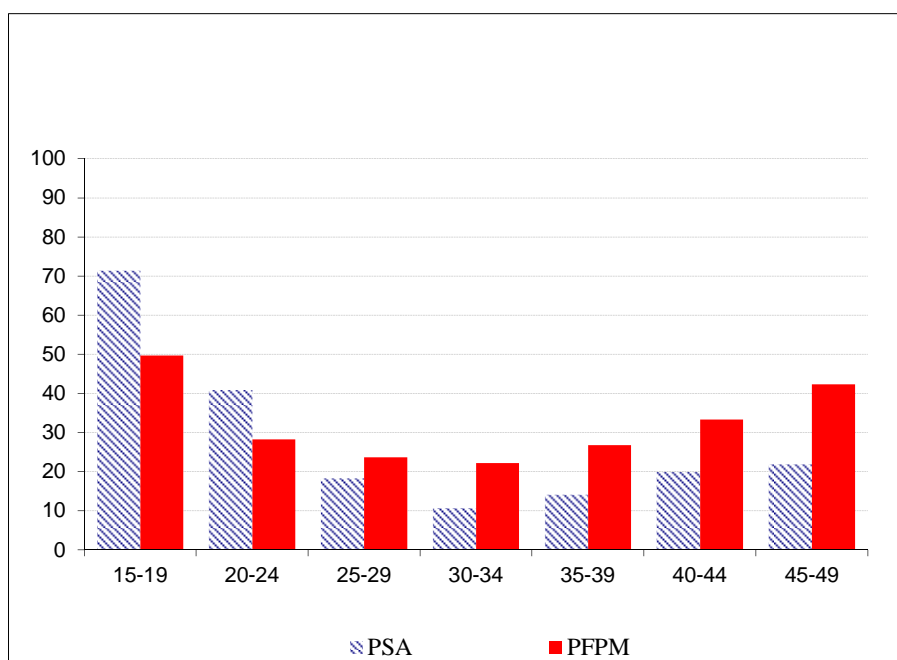
La regione Piemonte ha aderito, assieme ad altre 9 regioni, ad un progetto avviato nel 2010 dal Ministero della Salute/CCM finalizzato alla prevenzione delle IVG tra le donne straniere attraverso la formazione degli operatori socio-sanitari (approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva, organizzazione dei servizi per favorire l'accesso, promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata)<sup>19 20</sup>.

<sup>18</sup> [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2226](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2226)

<sup>19</sup> [http://www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/programmi\\_e\\_progetti/2009/strategici/Ivg-immigrate\\_Toscana.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/programmi_e_progetti/2009/strategici/Ivg-immigrate_Toscana.pdf)

<sup>20</sup> [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_5\\_1.jsp?lingua=italiano&id=202](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?lingua=italiano&id=202)

Grafico14 - *proporzione di gravidanze che esitano in IVG, per classe di età, donne PSA e PFPM, Torino e provincia - SDO 2014*



### 3. Situazioni di particolare vulnerabilità

Sul territorio provinciale vi sono anche delle categorie di immigrati particolarmente vulnerabili:

i minori stranieri non accompagnati i quali necessitano di tutela socio sanitaria essendo in terra straniera privi di adulti di riferimento ossia minori “dislocati” dal proprio ambiente familiare e ambientale<sup>21</sup>. In particolare, per loro si sta mettendo a punto, a livello nazionale, un protocollo olistico multidimensionale per la determinazione dell’età ossea in caso non sia possibile, attraverso documenti, stabilire se si tratta di minori o meno;

i richiedenti asilo in attesa di ottenimento di status di rifugiato o protezione sussidiaria o protezione umanitaria: hanno diritto all’iscrizione obbligatoria al SSN, ma talvolta i tempi che intercorrono tra la consegna della domanda d’asilo e l’ottenimento del codice fiscale sono lunghi ed è quindi offerta loro l’assistenza come STP presso i centri ISI.

### 4. L’assistenza sanitaria agli immigrati presenti in Torino e provincia

Come scritto nei paragrafi precedenti, gli immigrati regolarmente presenti sono iscritti al SSN ed hanno il loro Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta. Gli STP e gli ENI ricevono, presso i Centri ISI, visite ambulatoriali, prescrizioni e valutazioni di esami, prescrizioni di farmaci, visite specialistiche. Il tutto con la preziosa collaborazione dei mediatori culturali che facilitano la comprensione letterale, ma soprattutto di approccio alla cura. L’assistenza agli immigrati è anche garantita dall’attività di numerosi centri di volontariato i quali, da alcuni anni, sono confluiti in rete con i centri ISI, con enti istituzionali ed altre associazioni che a vario titolo si occupano di migranti, in un gruppo di lavoro denominato GrIS Piemonte (Gruppo Immigrazione Salute), unità territoriale della Società Scientifica di Medicina delle Migrazioni (SIMM). I GrIS sono presenti in varie

<sup>21</sup> Nuovi approcci per l’accertamento dell’età a cura di Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali, [http://www.libertaciviliimmigrazione.interno.it/dipim/export/sites/default/it/assets/circolari/Nuovi\\_approcci\\_per\\_l'accertamento\\_dell'etax.PDF](http://www.libertaciviliimmigrazione.interno.it/dipim/export/sites/default/it/assets/circolari/Nuovi_approcci_per_l'accertamento_dell'etax.PDF)

regioni (Lazio, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Sicilia, Sardegna, Piemonte, Emilia Romagna, Campania, Toscana e Calabria) ed hanno i seguenti obiettivi condivisi: fare informazione e attivare discussioni sugli aspetti normativi specifici nazionali e locali, sulle iniziative intraprese nei servizi pubblici e nei servizi del volontariato e del privato sociale:

collegare in rete gruppi, servizi, persone, competenze e risorse sia assistenziali sia formative;

elaborare proposte in termini politico-organizzativi;

mettere in atto azioni di 'advocacy' sulle istituzioni.<sup>22</sup>

Lo scorso anno l'assessorato alla Sanità della regione Piemonte, in collaborazione con il Laboratorio Diritti Fondamentali Guida ai Servizi Sanitari per Immigrati ha pubblicato una revisione della guida per l'assistenza sanitaria agli immigrati in Torino e provincia<sup>23</sup>.

Si tratta di un agile manuale suddiviso in paragrafi tematici in base alle specialità sanitarie. Per ciascuna delle istituzioni, (pubbliche o del terzo settore), è inclusa una scheda descrittiva. E' uno strumento di lavoro utile a tutti gli operatori sanitari di Torino e dell'area metropolitana per rafforzare ed estendere la rete di collaborazione tra centri sanitari pubblici e del terzo settore che operano nell'ambito dell'immigrazione.

## 5. Conclusioni

Le disuguaglianze sanitarie sono il risultato di fattori economici, ambientali, connessi alle scelte di vita e a problemi relativi all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria<sup>24</sup> : è quindi responsabilità dei decisori e di tutti gli operatori in campo sanitario far sì che accessibilità (diritto alle cure) e fruibilità (capacità di accedere alle cure) siano alla portata di tutti, nessuno escluso. L'accessibilità può risentire di vincoli amministrativi, a difficoltà economiche (a parte i casi di esenzione per patologia o per indigenza totale vien richiesto il pagamento di un ticket al pari dei cittadini italiani), difficoltà burocratico-amministrative (per esempio la non emissione di codice fiscale da parte delle agenzie delle entrate) o organizzative. La fruibilità può esser ridotta a causa di difficoltà linguistiche, barriere comunicative, interpretative e comportamentali<sup>25</sup>.

Le politiche socio sanitarie devono quindi orientarsi ad azioni volte a facilitare l'accesso all'assistenza a tutti gli immigrati, con modelli assistenziali semplici e a bassa soglia quali i Centri ISI ed i Consultori Familiari e Pediatrici.

In Piemonte, nel nuovo Piano Regionale per la Prevenzione 2014-2018 è prevista un'azione di sensibilizzazione alla prevenzione del tumore del collo dell'utero tramite la distribuzione di opuscoli multilingue presso ASL, consultori familiari, centri interculturali, in occasioni di seminari e convegni sul tema, e nelle varie comunità presenti sul territorio regionale; raccolta e analisi dei dati sulla partecipazione agli screening mammografico e cervicale delle donne straniere residenti in Piemonte per un confronto continuo con le donne italiane; ampliamento della rete di rapporti con le principali associazioni territoriali che si occupano di immigrazione; pianificazione di azioni strategiche per promuovere lo screening cervicale tra le donne straniere e donne nomadi sul territorio regionale.

Ricordiamo, infine, che la salute è un diritto fondamentale e che i diritti, per essere davvero dei diritti, devono essere di tutti altrimenti sono dei privilegi.

---

<sup>22</sup> [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)

<sup>23</sup> [http://www.labdf.eu/sites/default/files/Guida\\_stampato\\_novembre.pdf](http://www.labdf.eu/sites/default/files/Guida_stampato_novembre.pdf)

<sup>24</sup> Parlamento Europeo, Risoluzione 8/3/2011 n. 2010/2089

<sup>25</sup> Geraci S., El Hamad I. "migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre", *Italiano Journal of Public Health*, vol 8, n. 3, suppl 3/2011