

Regione Piemonte

**Assessorato alla Sanità, Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria
Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3, DORS**

Stranieri e salute

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

1. Introduzione

Al fine di 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) è stata redatta ed approvata in Conferenza Stato Regioni una sistematizzazione delle indicazioni normative vigenti.

Il testo "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome"¹ risponde a quanto richiesto dal Parlamento Europeo² il quale sollecita gli stati membri affinché sia garantito, alle categorie a maggior rischio di disuguaglianze, il diritto alla salute mettendo in atto azioni volte a ridurre al minimo le disparità nell'accesso all'assistenza.

Sempre in ambito europeo, un nuovo documento pubblicato dall' International Organization for Migration (IOM) mette in luce il razionale del miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari da parte dei migranti irregolari in Europa. Il documento riflette il consenso raggiunto da una vasta gamma di esperti internazionali del settore ed identifica 12 raccomandazioni, seguite ognuna da una sintesi dell'*evidence* su cui è basata³:

1. il principio della copertura sanitaria universale ed equa, dovrebbe essere applicata a tutte le persone residenti, di fatto, in un paese, a prescindere dal loro status giuridico;
2. i governi dovrebbero sostenere i diritti relativi alla salute e ratificare i trattati che hanno sottoscritto. Maggior importanza dovrebbe essere data ai diritti relativi alla salute di immigrati irregolari e ci vorrebbero più azioni legali per difendere questi diritti;
3. in linea con i principi di base della salute pubblica, gli Stati dovrebbero garantire l'accesso completo per di immigrati irregolari ai tutte le forme di assistenza primaria a disposizione dei cittadini;
4. in linea con i principi di base della convenienza economica, i governi dovrebbero prendere in considerazione la crescente quantità di prove che limitare l'accesso alle cure primarie, infatti, costa più soldi di quanto si spendano ad assistere;
5. in conformità con i trattati sui diritti umani, nonché la legislazione sulla protezione dei dati, la privacy e la riservatezza delle informazioni, la segnalazione da parte di operatori sanitari agli organi di polizia o alle autorità sull'immigrazione dovrebbe essere esplicitamente vietata. Tale divieto deve essere applicata rigorosamente e gli immigrati irregolari devono ricevere rassicurazioni esplicite che tale segnalazione non avrà luogo;
6. in conformità con i trattati e le direttive che gli Stati membri hanno firmato e ratificato, particolare attenzione deve essere rivolta alla tutela dei diritti legati alla salute di gruppi vulnerabili (bambini, gestanti, persone trafficate) indipendentemente dal fatto che tali persone siano o meno regolarmente residenti in un Paese;
7. occorre incrementare gli sforzi di ricerca per identificare i problemi di salute per i quali gli immigrati irregolari sono particolarmente a rischio. Andrebbero migliorate le

¹ http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038879_255%20csr%20-%205%20quater.pdf

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

³ <http://equi-health.eea.iom.int/index.php/9-uncategorised/336-expert-consensus>

conoscenze in merito al loro comportamento quando necessitano di aiuto e dovrebbero essere condotti studi epidemiologici usati per stimare i rischi per la loro salute;

8. al fine di migliorare la nostra comprensione della salute, delle condizioni di vita e di lavoro, delle caratteristiche demografiche occorre investire in ambito di ricerca;

9. gli sforzi per combattere i pregiudizi e le incomprensioni relative ai migranti irregolari devono essere intensificati con tutte le forme di comunicazione. Ciò comporta anche svolgere ulteriori ricerche sui contributi di società scientifiche e provvedere alla diffusione dei risultati;

10. per essere equo e politicamente accettabile, l'accesso ai servizi sanitari per migranti irregolari dovrebbe essere accompagnato da accordi di compartecipazione alla spesa che non saranno percepiti come ingiusti privilegi verso questa popolazione rispetto ai residenti ed ai migranti regolari;

11. oltre a migliorare la copertura sanitaria è essenziale, per garantire che i servizi sanitari siano adatti alle specifiche esigenze, rimuovere i fattori che ostacolano il raggiungimento delle cure;

12. i governi, le ONG, le organizzazioni della società civile, gli esperti di sanità pubblica ed i ricercatori devono unire le forze in sostegno dei diritti relativi alla salute dei migranti irregolari.

2. I flussi di dati

Le informazioni demografiche ci permettono di identificare, di anno in anno, le caratteristiche della popolazione immigrata (provenienza, età, composizione familiare).

Le informazioni sanitarie relative alla condizione di salute degli immigrati presenti in Italia possono essere tratte da studi di popolazione (l'indagine campionaria ISTAT sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari e lo studio PASSI) e dall'analisi dei flussi correnti (le 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 consentono di valutare l'incontro tra la domanda (di salute da parte degli immigrati) e l'offerta (di prevenzione e di cura da parte del SSN).

I risultati di tali analisi vanno sempre valutati tenendo conto del fatto che, dai report istituzionali, 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 il paziente ha scelto di tornare in patria (il cosiddetto bias del salmone).

2.1 Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari

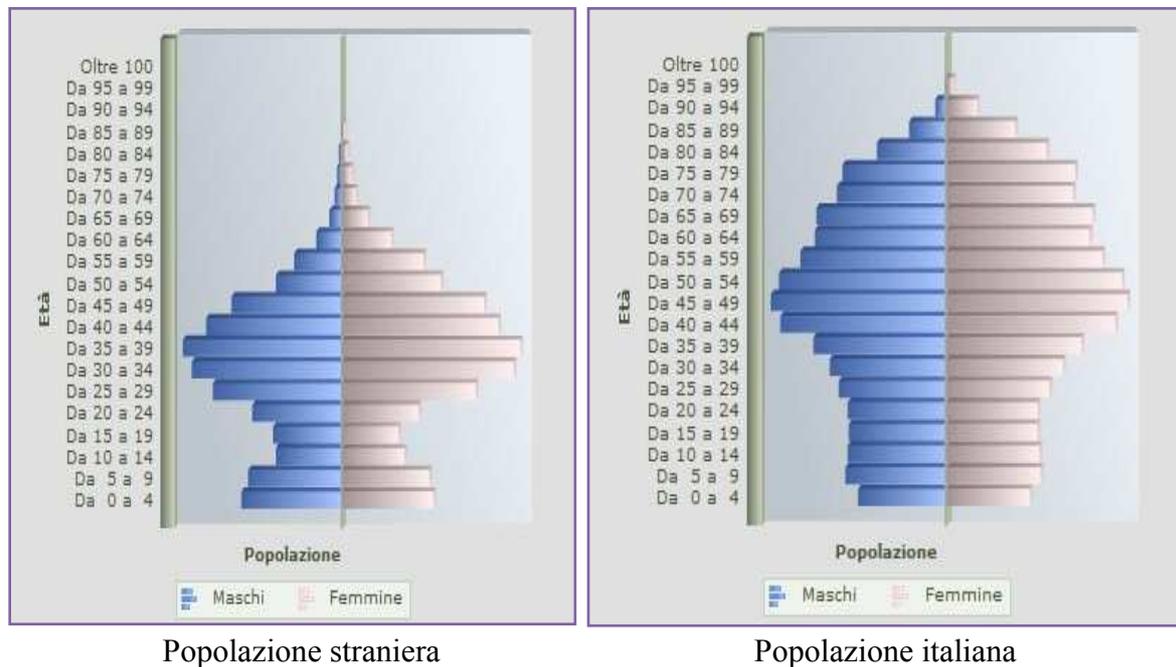
Dalla rilevazione ISTAT sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari" ⁴ emerge che tra gli immigrati prevale una percezione positiva del proprio stato di salute, in misura maggiore rispetto a quanto dichiarato dagli italiani. Un dato estremamente interessante è quello relativo alla comunicazione con il paziente: il 13,8% degli intervistati ultra quattordicenni ha dichiarato di avere difficoltà nello spiegare in italiano i disturbi o i sintomi di cui soffre e il 14,9% ha riferito di avere difficoltà a comprendere ciò che il medico dice loro. Tali barriere risultano più evidenti nella popolazione femminile, tra i cinesi (43,3%), indiani (34,8%), filippini (28,7%) e marocchini (21,4%) soprattutto se la loro storia migratoria è breve.

2.2 Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

La differente composizione per età della popolazione straniera ed italiana (figura 1) si ripercuote notevolmente sulla distribuzione dei ricoveri ospedalieri e, più in generale, delle esigenze di cura per malattie cronico degenerative e terapie spesso integrate.

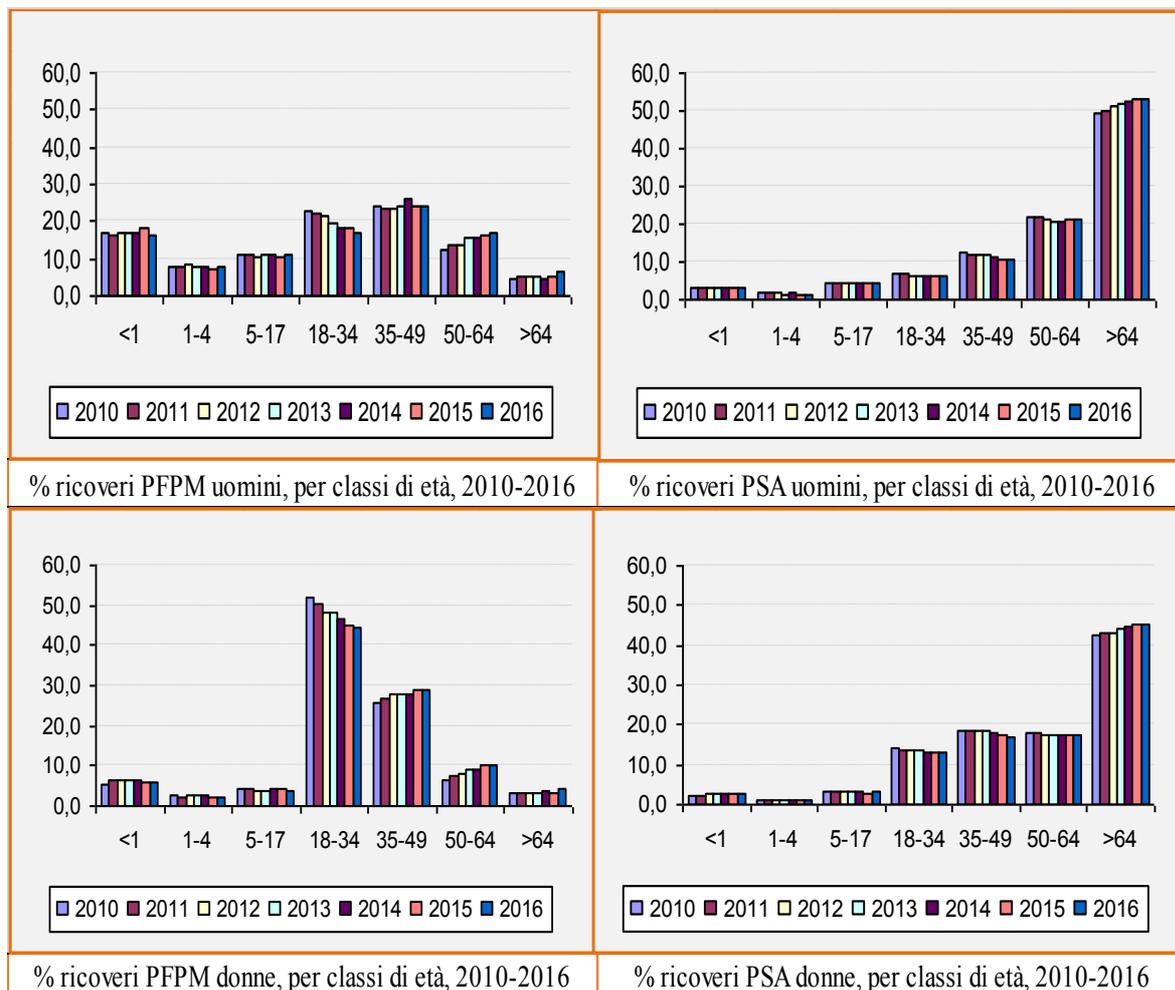
⁴ Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari, anni, 2011 e 2012, ISTAT 2014, <http://www.istat.it/it/archivio/110879>

Figura 1: Piramide per età, popolazione residente in provincia di Torino, anno 2016 , dall'applicativo Pi.Sta



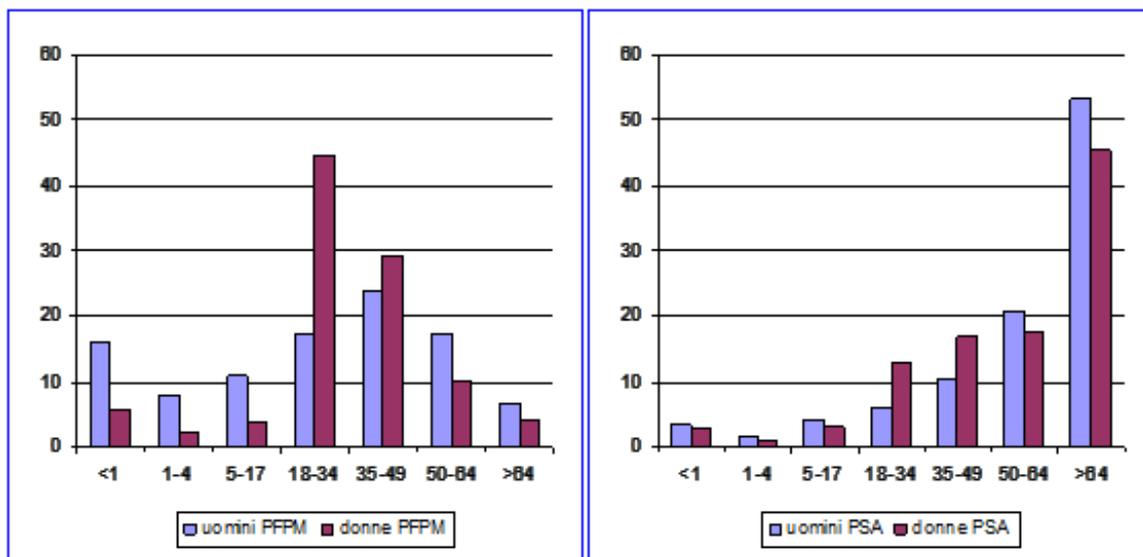
Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) vediamo come l'andamento dei ricoveri nel tempo si mostra tendenzialmente stabile: tra gli uomini e le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) si registra una lieve riduzione delle degenze nella fascia di età compresa tra i 18 ed i 34 anni ed un lieve aumento nelle classi successive (35-49 e 50-64), tra gli uomini italiani e provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (di qui in poi tutti assieme definiti PSA) si nota invece una lieve riduzione nelle classi 35-49 e 50-64 ed un incremento tra gli ultra65enni, per le donne PSA, infine, vi è una lieve riduzione in tutta l'età adulta ed un aumento tra le ultra65enni (figura 2).

Figura 2: *Andamento dei ricoveri per classe di età, PSA e PFPM, SDO, 2010-2016, Torino e provincia*



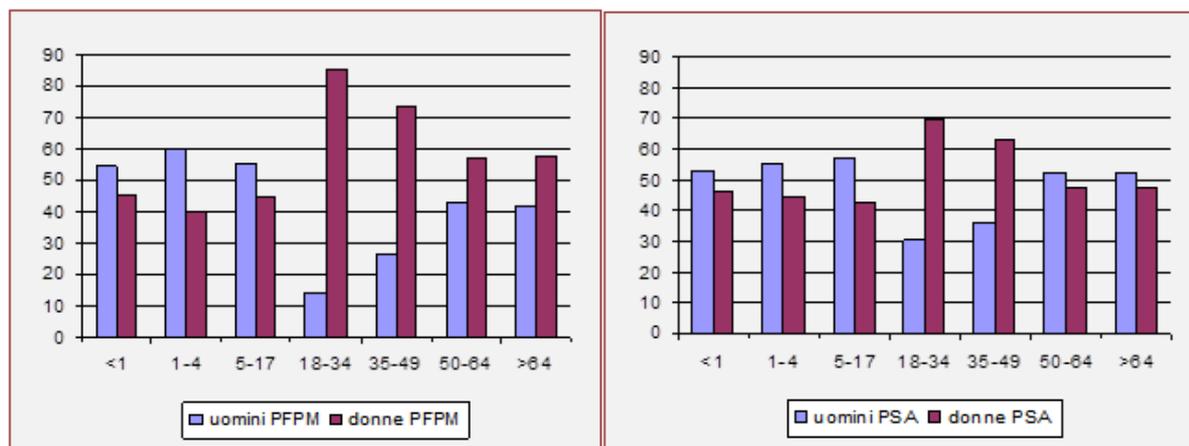
Non si riscontrano differenze di genere, nell'ambito dell'ospedalizzazione, tra la popolazione PSA femminile e maschile (51,69% vs 48,31%) mentre si registra un notevole eccesso di ricoveri tra le donne PFPM rispetto agli uomini PFPM (69,5% vs 30,5%). Nella popolazione PSA prevalgono, in entrambi i generi ed in linea con la distribuzione per età della popolazione, i ricoveri degli anziani mentre tra gli stranieri si conferma il notevole ricorso all'ospedalizzazione di donne in età fertile e, soprattutto nei maschi, nella prima infanzia (figura 3).

Figura 3: Ricoveri totali, uomini e donne, PFFPM e PSA, per classi di età, SDO, 2016, Torino e provincia



Nell'ambito delle singole classi di età è possibile evidenziare come tra gli stranieri prevalgano i ricoveri nella popolazione maschile fino ai 17 anni per poi registrare una netta preponderanza tra le donne, particolarmente durante l'età fertile; nella popolazione PSA si registra, invece un eccesso dei ricoveri maschili in tutte le fasce d'età escluse quelle dei 18-34 anni e la successiva 35-49 (figura 4).

Figura 4: Ricoveri ordinari, uomini e donne, PSA e PFFPM, analisi per singole classi di età, SDO, 2016, Torino e provincia

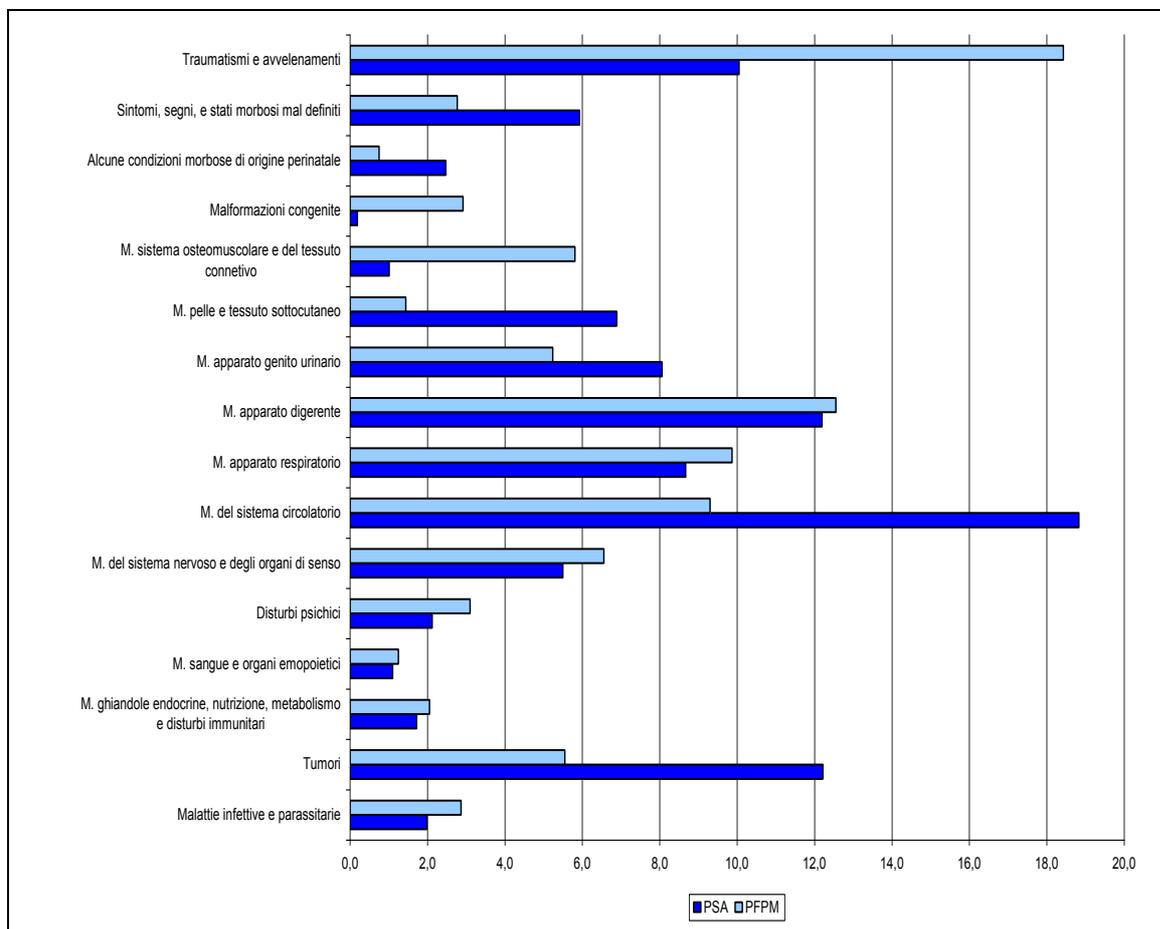


Passando ad analizzare le cause di ricovero, si nota che gli uomini PFFPM rispetto alla popolazione autoctona mostrano un eccesso di ricoveri per traumi prevalentemente nella fascia 18-34 anni (36%) e nella successiva 35-49 anni (32%). (figura 5) mentre tra le donne PFFPM le cause legate a gravidanza parto e puerperio sono nettamente predominanti sia rispetto a tutte le altre ragioni di degenza che in confronto con le donne PSA tanto che nella fascia 18-34 anni, il 73% dei ricoveri femminili è legato alla gravidanza (figura 6).

Come già ampiamente descritto lo scorso anno, fra i determinanti sociali di salute, le relazioni lavorative (tra datore di lavoro e lavoratore), le condizioni di impiego (inquadramento contrattuale, integrazione sul posto di lavoro) e le condizioni di lavoro (mansioni, ambiente di lavoro, tecnologie disponibili) ricoprono un ruolo fondamentale⁵ rispetto alle condizioni di salute. La probabilità di svolgere un lavoro non qualificato è 3 volte maggiore per gli stranieri rispetto agli italiani⁶: si tratta di quelli che vengono definiti *i lavori delle 5 P*: pesanti, pericolosi, precari, poco pagati, penalizzanti socialmente⁷. La maggior parte degli studi disponibili in letteratura evidenzia che, rispetto ai nativi, i migranti presentano tassi di infortuni totali e mortali più alti⁸.

Le donne immigrate spesso vivono la gravidanza in condizioni di maggior disagio socio-economico e culturale e fanno registrare più frequentemente esiti negativi per la salute materna e neonatale⁹.

Figura 5: Ricoveri per causa, uomini, PSA e PFFM, SDO, 2016, Torino e provincia



⁵ Biglino I. e Olmo A. “La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino”, Bologna, Il Mulino, 2014, p. 10

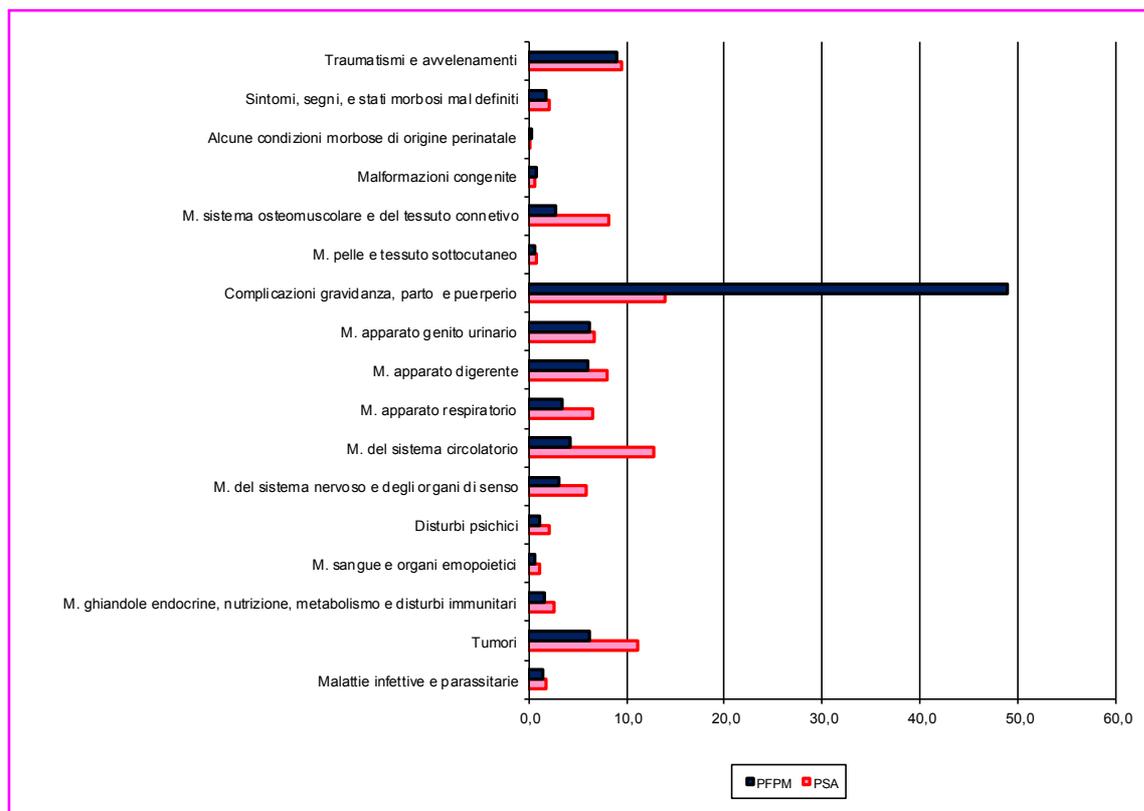
⁶ Zanfrini L. “La partecipazione al mercato del lavoro” in “Immigrazione straniera in Lombardia, decima indagine regionale” a cura di Blangiardo G.C., Milano, Regione Lombardia e fondazione ISMU, 2011, pp 83-125;

⁷ Ambrosini M., Sociologia delle migrazioni, Il Mulino, Bologna 2005

⁸ Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health – a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health* 2007;33(2):96-104

⁹ 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

Figura 6: Ricoveri per causa, donne, PSA e PFPM, SDO, 2016, Torino e provincia



3. Situazioni di particolare vulnerabilità

Sul territorio provinciale vi sono 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 ambientale¹⁰. 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.

Altra categoria che richiede maggior attenzione è quella dei richiedenti asilo in attesa di ottenimento di status di rifugiato o protezione sussidiaria o protezione umanitaria.

4. le attività svolte nell’ambito della salute degli stranieri

Gli immigrati regolarmente presenti sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed hanno il loro Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta. Gli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) e gli Europei Non Iscrivibili (ENI) ricevono, presso i Centri ISI (Centri Informazione Salute Immigrati), presenti in ogni ASL della regione, 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 agevolano l’anamnesi, la descrizione di esami e terapie, la comunicazione di diagnosi, l’adesione alla cura.

Nell’assistenza agli immigrati riveste un ruolo chiave l’attività di numerosi centri di volontariato i quali, da alcuni anni, sono confluiti in rete con i centri ISI e molti enti istituzionali nel Gruppo Immigrazione Salute del Piemonte (GrIS Piemonte), unità

¹⁰ Nuovi approcci per l’accertamento dell’età a cura di Istituto Psicoanalitico per le Ricerche Sociali, http://www.libertacivilimmigrazione.interno.it/dipim/export/sites/default/it/assets/circolari/Nuovi_approcci_per_l'accertamento_dell'etxet.pdf

territoriale della SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni)¹¹. La medicina delle migrazioni nasce in Italia alla fine degli anni ottanta dalle riflessioni di medici e altri operatori della salute, che in varie parti d'Italia si impegnavano per garantire diritti allora negati e nascosti. Non è una nuova branca della medicina, ma è seguita da medici ed altri professionisti sanitari che pongono un'attenzione particolare alla salute degli immigrati unendo assistenza, ricerca, formazione, studio dei diritti e modalità di applicazione etica delle norme, comprensione della cultura dei paesi d'origine. Così, negli anni, ci si è occupati di fornire un sostegno tecnico logistico alle politiche sanitarie (sia nella stesura ed attuazione dei Piani Socio-Sanitari che nel facilitare modalità di programmazione integrata tra assessorati e direzioni regionali che a diverso titolo si fanno carico di problematiche di cittadini stranieri), di rendere stabile la presenza di mediatori culturali, di farsi carico di problemi complessi quali le dipendenze o la salute mentale, di prendersi carico in toto della fasce più deboli quali il settore materno infantile e la terza età, di garantire continuità delle cure ad ammalati cronici o alle persone affette da disabilità o patologie evolutive. Inoltre, si sono portati avanti progetti per il contrasto delle Mutilazioni Genitali Femminili, per la diffusione della contraccezione ed il conseguente contenimento del ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (specie se ripetuta o svolta in contesti di illegalità ed insicurezza), sostegno all'allattamento ed allo svezzamento rispettoso delle varie tradizioni, informazioni adeguate sulle vaccinazioni (sia in età pediatrica che adulte ed in occasione di viaggi nel Paese d'origine), campagne sulla sicurezza negli ambienti di lavoro, assistenza i Minori Stranieri non Accompagnati ed alle vittime di tratta.

Siamo pienamente consapevoli del fatto che è 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. Mentre l'accessibilità può risentire di vincoli amministrativi, difficoltà economiche (a parte i casi di esenzione per patologia o per indigenza totale viene 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 comportamentali¹².

Per questi motivi da anni si lavora e si continuerà a farlo, per facilitare l'accesso all'assistenza a tutti gli immigrati, evitando di trasformare i diritti in privilegi, ma anzi, essendo in grado di accogliere le esigenze di tutte le fasce d'età, declinate nelle diverse culture e specifiche esigenze.

¹¹ www.simmweb.it

¹² 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