

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

RESOCONTO STENOGRAFICO

97.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 8 NOVEMBRE 2017

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE FEDERICO GELLI

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Burtone Giovanni Mario Salvino (PD)	9
Gelli Federico, <i>Presidente</i>	3	Carnevali Elena (PD)	7
Esame dello schema di relazione sulla tutela della salute dei migranti e della popolazione residente (Relatore: on. Federico Gelli):		<i>ALLEGATO 1</i> : Schema di relazione sulla tutela della salute dei migranti e della popolazione residente	11
Gelli Federico, <i>Presidente</i>	3, 9	<i>ALLEGATO 2</i> : Proposte emendative	59

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
FEDERICO GELLI

La seduta comincia alle 8.55.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. La seduta è aperta.

Avverto che della presente seduta sarà redatto un resoconto stenografico e che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

Esame dello schema di relazione sulla tutela della salute dei migranti e della popolazione residente (Relatore: on. Federico Gelli).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame dello schema di relazione sulla tutela della salute dei migranti e della popolazione residente.

Vi ricordo che questa relazione è il frutto di numerosi incontri con un gruppo di esperti che si è affiancato alla Commissione per quanto concerne questa tematica particolare e che la nostra attività si è svolta sia in sede sia attraverso visite specifiche di approfondimento del settore.

La Commissione nell'ultimo anno, dopo la costituzione del gruppo di lavoro, ha anche effettuato due visite, la prima all'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), qui a Roma, e la seconda al Presidio ospedaliero accreditato « Pineta Grande Hospi-

tal » di Castel Volturno, in provincia di Caserta, che si è svolta la scorsa settimana.

Lo schema della relazione è stato trasmesso la scorsa settimana a tutti i componenti della Commissione ed è stato fissato il termine per la presentazione di emendamenti a lunedì scorso.

Come coordinatore del gruppo di lavoro e relatore della relazione, voglio illustrarvela molto brevemente.

Vi ricordo che questa relazione si inserisce all'interno del quadro delle attività della nostra Commissione, con il percorso che abbiamo già definito, e che nel prossimo Ufficio di presidenza « scadenzeremo » anche le altre tre relazioni importanti con i tre gruppi di lavoro che abbiamo costituito recentemente, per arrivare a una naturale conclusione del nostro mandato, che è ipotizzabile possa coincidere con la fine dell'anno.

Come coordinatore del gruppo di lavoro e relatore della relazione, premetto che essa è divisa in quattro parti significative. Innanzitutto vi è una parte introduttiva sul fenomeno migratorio in Italia, che tiene presente gli aspetti del fenomeno che si sono manifestati, con un aggiornamento dei dati ad esso relativi.

Nella prima parte ci sono riferimenti non solo al fenomeno migratorio e al sistema dell'accoglienza, ma anche al fenomeno migratorio storicizzato nel nostro Paese, cioè ai migranti presenti e ormai pienamente inseriti nel nostro sistema. È giusto far riferimento anche a questa popolazione, perché quando si parla di assistenza sanitaria dei migranti non parliamo esclusivamente dei migranti presenti nei centri di accoglienza e migranti richiedenti asilo, ma parliamo in generale di una popolazione molto più ampia.

Un'altra parte, composta da due capitoli, è dedicata alla ricostruzione della normativa sulla tutela sanitaria degli stranieri e dei dati salienti a livello epidemiologico sul fenomeno migratorio in atto. Il quadro normativo ci aiuta molto a comprendere quello che è avvenuto nel nostro Paese, ma su questo tornerò successivamente. Un elemento altrettanto importante è il quadro epidemiologico, che ci indica quali sono le prevalenze riguardo alle malattie infettive o ad altre forme di malattia presenti nella popolazione migratoria nel nostro Paese.

Seguono due capitoli dedicati uno agli indirizzi individuati dall'Organizzazione mondiale della sanità, che ha approvato un documento proprio su questo tema, che mi sembrava corretto inserire tra gli indirizzi generali all'interno della relazione, e l'altro agli obiettivi sanitari contenuti nel nostro Piano nazionale d'integrazione dei titolari di protezione internazionale.

Con questa parte della relazione, quindi, offriamo una panoramica su quanto ha previsto l'Organizzazione mondiale della sanità e su quanto il nostro Paese pensa di potere e di dovere fare per questo tipo di impegno.

L'ultima parte si compone di tre capitoli. Il primo è sulle iniziative sanitarie in atto, cioè quello che il nostro Paese sta facendo per agire a sostegno e a tutela della popolazione migrante nel nostro Paese. Gli altri due, invece, contengono delle proposte operative. Insieme ai nostri consulenti abbiamo ritenuto giusto proporre dei suggerimenti operativi per migliorare quanto fino a oggi è stato fatto nel nostro Paese, sia in termini di politica sanitaria e di prevenzione sia in termini di tutela della salute mentale della popolazione migrante e di controlli sanitari all'arrivo nelle strutture di accoglienza.

Infatti, è stato riscontrato che il tema della tutela della salute dei migranti, per ovvi motivi, ha tante sfaccettature, molto più complesse di quanto non possa accadere per i cittadini residenti regolarmente nel nostro Paese.

Un argomento che è stato sviluppato da un bravissimo psichiatra, che è nostro consulente, è quello relativo alla salute men-

tale dei migranti, argomento che viene sottovalutato, ma che ha fortissime e gravissime conseguenze sull'intera comunità dei migranti; possiamo immaginare per quale motivo.

La terza parte di questa relazione riporta le conclusioni e la sintesi più prettamente politica del nostro lavoro.

Vi traccio molto velocemente gli aspetti più rilevanti che potrete eventualmente sottolineare nel vostro studio e nelle vostre proposte.

Per quanto riguarda l'affermazione storica che l'arrivo di centinaia di migliaia di migranti possa in qualche modo costituire un elemento di pericolosità per i residenti nel nostro Paese, che viene identificata nel gergo medico come « sindrome di Salgari » — in termini molto semplici, la paura che i migranti « arrivino e ci infettino » — non è supportata da alcuna evidenza scientifica e gli studi epidemiologici, a livello nazionale e a livello mondiale, vanno in tutt'altra direzione.

Abbiamo riscontrato questo e lo abbiamo inserito nel testo della relazione anche con dei riferimenti scientifici mirati, perché ci sembrava giusto che questa prima evidenza — che è il primo orpello che è stato utilizzato anche in alcune dinamiche di scontro politico — fosse chiarita con nettezza, non dalla politica, ma dalla scienza. Ovviamente si torna sempre a dire che una cosa è la politica e una cosa è la scienza.

Quello che serve è un controllo proporzionato sui rischi di diffusione di malattie infettive, perché è giusto comunque che questo meccanismo di controllo ci sia; è evidente infatti che il tema della diffusione delle malattie infettive non riguarda solo la popolazione immigrata, ma tutta la popolazione del nostro Paese. Basti pensare al tema delle vaccinazioni che abbiamo affrontato in altra sede. Quello che deve essere potenziato è il sistema di controllo da parte degli organismi preposti, soprattutto al momento dell'arrivo dei migranti in Italia; e questo effettivamente viene fatto.

Nella parte finale della relazione, quella relativa alle proposte, auspichiamo che l'esperienza degli USMAF (Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera), in parti-

colare quello di Catania, venga potenziata ed estesa, con la stessa metodologia e con lo stesso impegno che ha prodotto degli ottimi risultati a Catania, anche nel resto del Paese dove arrivano i migranti e dove possono essere inseriti all'interno di un *triage* di valutazione come accade in quella esperienza.

La relazione sottolinea che i migranti al momento del loro arrivo presentano buone condizioni generali di salute, di norma migliori di quelle della popolazione dei Paesi di arrivo. In letteratura questa situazione viene indicata con l'espressione linguistica « effetto migrante sano ». In altre parole, chi viaggia verso l'Europa in genere è un migrante di età molto giovane e in ottima forma fisica.

Ciò è dovuto anche a motivi oggettivi legati alla scelta nella tribù di provenienza o nella popolazione di provenienza di un giovane che sia in grado di superare disagi enormi, sia nei viaggi di attraversamento del deserto sia nell'eventuale traversata del mare, ma soprattutto di un giovane in forza che possa produrre un reddito una volta arrivato nel Paese di destinazione.

Nel periodo successivo all'ingresso nel Paese ospitante, la popolazione migrante invece è esposta alle insidie della marginalità, il che determina un sensibile peggioramento delle condizioni di salute. In questo caso si ricorre all'espressione « effetto migrante esausto ».

Oltretutto, il migrante in condizioni di difficoltà, in particolare di salute, tende a tornare nel Paese di origine. Coloro che si ammalano, che hanno grandi difficoltà, che non sopravvivono a questa « selezione naturale », tendono a tornare nel Paese di origine, alleggerendo in questo caso il carico dei servizi sanitari dei Paesi che li ospitano.

Questo è il cosiddetto « effetto *salmon bias* », cioè la distorsione dei dati statistici dovuta al mutamento della platea dei soggetti censiti. Vengono censiti come presenti nel nostro Paese, ma in realtà sono già rientrati nel loro Paese di origine e, quindi, c'è un effetto di valutazione statisticamente in continuo mutamento.

Un tema sociale e sanitario di prima importanza è quello della copertura sanitaria per gli stranieri attraverso l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale. L'articolo 32 della Costituzione prevede che la Repubblica tuteli la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Se l'obiettivo della copertura sanitaria integrale anche per gli stranieri appare uno degli assi primari di una politica di integrazione, è ovvio che, come per gli altri aspetti (quello lavorativo, quello formativo, quello abitativo, eccetera), è necessario agire in un quadro di sostenibilità complessiva del sistema.

La relazione riporta anche un episodio dell'esperienza spagnola, in cui si è dovuto registrare un passo indietro in questo senso.

A livello normativo, nel nostro Paese il pieno accesso degli stranieri al Sistema sanitario nazionale è riconosciuto ai titolari di protezione internazionale. Questi soggetti hanno pieno titolo a risiedere sul nostro territorio e a essere curati a tutti gli effetti come un cittadino italiano.

Ci tengo a sottolineare che anche a coloro che non hanno ancora ottenuto l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale e che quindi non vengono tutelati come i cittadini italiani, né sono assoggettati alla protezione cosiddetta « internazionale » o alle altre due forme di protezione, anche a coloro che sbarcano nel nostro Paese e ai quali viene attribuito un codice specifico STP (Straniero Temporaneamente Presente) vengono comunque garantite dal sistema sanitario le prestazioni più essenziali.

Ovviamente questa popolazione non è inserita nella pianificazione dei meccanismi e dei protocolli di prevenzione, negli *screening* tumorali eccetera, perché a tutti gli effetti non hanno ancora un titolo per rimanere nel nostro Paese. Tuttavia, per quanto concerne gli aspetti più importanti per il mantenimento della loro salute, sono totalmente garantiti dal nostro Servizio sanitario nazionale.

Un altro obiettivo importante è migliorare il livello di informazione dei migranti sul nostro sistema sanitario. È un *handicap* enorme che è stato riscontrato in tutte le

nostre visite, nelle nostre audizioni e nelle attività che abbiamo svolto come gruppo di lavoro. Occorre tener conto dei fattori socioculturali e religiosi, soprattutto a tutela delle fasce più vulnerabili. Pensate alle vittime delle torture, alle donne in gravidanza e alle vittime di stupro e a quali sono i diritti di queste persone una volta giunti nel nostro Paese.

La relazione dedica diversi passaggi a questo punto, cioè alla necessità di creare un ponte tra migranti e mondo sanitario. In questo senso, il passaggio inevitabile è quello della stabilizzazione e valorizzazione dei mediatori culturali, ed esso richiede un intervento formativo con un ruolo attivo da parte delle università.

Nel ruolo del mediatore sono fondamentali, oltre alle conoscenze linguistiche, molte altre competenze di natura giuridica, informatica, sanitaria, medica, psicologica e psichiatrica, nonché la conoscenza della cultura di origine dei migranti.

A tal proposito, nella relazione vi è la proposta di creare percorsi formativi specifici dedicati a questa figura professionale, anche perché ci rendiamo conto che, se vogliamo continuare con questo profilo di impegno sull'integrazione di queste popolazioni, c'è la necessità assoluta di queste figure. Altrimenti, corriamo il rischio che tutti gli elementi valoriali previsti dalla nostra Costituzione sul sistema di cura e di assistenza dei migranti non si esplichino pienamente, perché molte di queste persone non comprendono quali possono essere i loro diritti, oltre che, ovviamente, i loro doveri.

La raccolta dei dati statistici è un altro tema da tener presente. In Italia, ma anche nel mondo, uno degli assi strategici di intervento è considerato « il miglioramento della raccolta e dell'accesso alle informazioni sul tema della salute dei rifugiati, dei richiedenti asilo e dei migranti », riprendendo testualmente le conclusioni dell'Organizzazione mondiale della Sanità.

Occorrerebbe inserire nelle rilevazioni statistiche variabili e descrittori riferibili ai migranti, oltre ad immaginare indagini mirate. In Italia si aggiunge il tema delle competenze regionali, che ovviamente rende

più difficile raccogliere queste informazioni e anche qualche dato di sintesi. Abbiamo provato infatti a mettere insieme una serie di informazioni che raccontassero quello che succede nei singoli territori, ma purtroppo i dati sono diffusi su base regionale.

Un argomento importante è quello del disagio mentale e dell'assistenza psicologica, a cui abbiamo voluto dedicare un breve capitolo della nostra relazione. La relazione evidenzia la necessità di fare uno scatto che conduca dalla gestione delle emergenze alla prevenzione, tenendo conto che la marginalità dei migranti sotto questo profilo spesso si traduce in disagio e solitudine.

Ridurre la vulnerabilità significa ridurre il rischio che questa si trasformi in malattia. Molte delle risorse attuali vengono usate per la cura dei quadri clinici acuti, come ad esempio il disturbo post-traumatico da stress, ma occorre guardare oltre le fasi acute ampliando il raggio d'azione. Ci sono una serie di indicazioni che vengono avanzate da questo nostro gruppo di consulenti, che ovviamente ringrazio.

La cura della salute dei migranti richiede anche un'azione di profilassi, consistente nel potenziamento delle attività di prevenzione, con particolare riferimento alle vaccinazioni, agli *screening* e alla tutela della salute materno-infantile. Questa attività di prevenzione non produce solo un effetto benefico a carico dell'individuo, ma più in generale ha una ricaduta molto importante anche nel contesto del nostro territorio nazionale. L'Italia è infatti entrata in una fase di calo demografico — lo sappiamo benissimo — soprattutto in questi ultimi anni, che è solo parzialmente compensato dagli ingressi degli stranieri.

Vi riporto un dato: quest'anno chiudiamo con un bilancio demografico negativo di circa 180.000 persone in meno, cioè muoiono 180.000 persone in più di quante ne nascano. Lo abbiamo scritto anche nella relazione: « Nel 2015 per la prima volta la popolazione complessiva residente nel Paese è risultata in calo di 150.000 unità, trovando un parziale temperamento nei flussi dall'estero e nelle nascite che ne

conseguono. Il dato relativo al 2016 denota una nuova diminuzione della popolazione residente in Italia di circa 142.000 unità, che deriva da una diminuzione degli italiani di circa 205.000 unità ». Ci sono 205.000 italiani in più che muoiono rispetto a quelli che nascono. Questa perdita viene compensata parzialmente da 63.000 unità in più di residenti stranieri presenti nel nostro territorio.

Anche questo mi sembra un dato importante, al di là di tutte le valutazioni che si possono fare dal punto di vista politico. Sicuramente tenere in buona salute i migranti nel nostro territorio vuol dire anche consentire che questi soggetti possano diventare, come è stato dimostrato, un volano economico in termini di capacità produttiva e di risorse per il nostro Paese.

Questa è più o meno la relazione. Come vedete, ho cercato di fare un'illustrazione molto semplice. Per quanto concerne l'ultima parte, quella delle proposte operative, non ve la racconto perché è abbastanza tecnica. Ci sono, però, suggerimenti che io ritengo molto utili anche per omogeneizzare il nostro intervento in ambito nazionale nel nostro Paese. Ci sono anche dei riferimenti molto clinici. Se volete, poi ne potremo sicuramente parlare. Nelle conclusioni cerco di fare un po' una sintesi di questo nostro lavoro.

Voglio ricordarvi, per concludere questa mia illustrazione, che alla bozza di relazione illustrata sono state presentate due proposte emendative dall'onorevole Sgambato. La prima ha carattere formale e inserisce accanto al riferimento all'audizione del 14 giugno 2016 del responsabile del Presidio ospedaliero accreditato « Pineta Grande Hospital » di Castel Volturno, a cui era presente anche la collega Sgambato, un periodo volto a riprendere anche il sopralluogo svolto il 30 ottobre. Si tratta di un inserimento formale che riguarda le cose che abbiamo fatto, su cui ovviamente io esprimo parere favorevole.

Il secondo emendamento, laddove per i minori di quattordici anni si raccomanda il vaccino anti-HPV (papilloma virus umano), propone di aggiungere il periodo « in modo tale da soddisfare l'esigenza dell'immunità

di gregge di cui alla *ratio* del decreto Lorenzin ». A questa parte ovviamente sono favorevole.

Proporrei di sostituire nell'emendamento della collega Sgambato la definizione « decreto Lorenzin » con « decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale », solo per fornire gli estremi più corretti del provvedimento. Il principio è abbastanza chiaro: fare in modo che, anche dal punto di vista della profilassi e della prevenzione di questo tipo di malattie infettive, tipicamente presenti, purtroppo, anche nella popolazione migrante, sia prevista l'azione di prevenzione vaccinale, come abbiamo scritto nella relazione. Nel decreto che prima ho citato si estende l'obbligatorietà della vaccinazione anche ai minori immigrati presenti nel nostro territorio, che noi abbiamo ribadito nella relazione. Ci sembrava importante sottolineare anche questa specie.

Io non aggiungo altro. Do la parola ai colleghi che intendano intervenire per eventuali richieste di chiarimento o integrazioni.

ELENA CARNEVALI. Io ringrazio molto il presidente, il gruppo di lavoro, i professionisti e gli specialisti che hanno lavorato nella stesura di questa relazione.

Questo è un tema che ci è sempre stato particolarmente a cuore e che è stato più volte sollevato all'interno di questa Commissione, sia da parte della maggioranza che da parte della minoranza.

Questa relazione ha innanzitutto il grande obiettivo di affermare degli elementi di chiarezza, perché, se è vero che nella relazione stessa si afferma che è ancora faticoso riuscire ad avere tutti i dati di natura epidemiologica e i dati sull'assistenza, finalmente si riesce ad avere un quadro di chiarezza.

Giustamente prima il presidente diceva che è la scienza che ci dovrebbe condurre e non quelle che noi chiamiamo le « *fake news* » o le idee che uno si fa, come quella che i migranti sarebbero vettori di alcune malattie infettive, quando i vettori ovviamente sono altri.

C'è un tema interessante su cui vorrei dare due riferimenti. Uno riguarda l'applicazione

cazione della normativa. Un tema che è emerso più volte, anche nelle varie missioni che noi abbiamo fatto, negli incontri e nelle relazioni, è che attualmente sull'iscrizione al Servizio sanitario nazionale non esistono ancora una chiarezza e un'uniformità comportamentale.

Questa relazione finalmente dice quali sono le garanzie che vengono assicurate, con una chiarezza che dovrebbe diventare patrimonio di tutte le regioni, anche di coloro che magari oppongono un po' più di resistenza all'iscrizione (più che alle regioni mi riferisco ad altri). Per avere una garanzia della tutela della salute, che, come ci ricorda l'articolo 32, è una tutela personale ma anche della collettività, passa tutto attraverso questo.

C'è la questione dell'esenzione dal *ticket*, che ovviamente determina una condizione di disparità tra le regioni che sono in piano di rientro e quelle che non lo sono, ma c'è la possibilità di avere una buona copertura sanitaria per le persone. Noi non dobbiamo mai dimenticarci che stiamo facendo una relazione su coloro che arrivano sul nostro territorio e non su tutta la popolazione migrante.

Una cosa evidente è che chi sta all'interno del circuito è sicuramente la persona più garantita. Questo è un dato che emerge e che mi sembra ovvio. Il tema vero, caso mai, è la garanzia di coloro che escono dal circuito dell'accoglienza. Forse questa è una delle difficoltà che in questo momento riscontriamo.

Non ho nulla da aggiungere. Sottolineo solo il grande valore della relazione che ci viene posta. Mi permetto di fare due osservazioni, che possono eventualmente essere aggiunte successivamente, e che lascio al presidente.

La prima riguarda la questione della cartella informatizzata. È vero che noi non abbiamo ancora raggiunto questo obiettivo nemmeno per la popolazione residente. Quello, però, che accade è che spesso nel passaggio da un CAS (centro di accoglienza straordinaria) ad un altro vengono reiterate alcune prestazioni sanitarie che in primo luogo non sono necessarie e in secondo luogo diventano uno spreco per il

nostro servizio. Costruire la storia della persona ci aiuterebbe.

Chiedo se si riesca in qualche modo a suggerire – non so se la competenza è del Ministero dell'interno o del Ministero della salute – di farsi carico o almeno di iniziare in modo sistematico a implementare un sistema, visto che comunque parliamo di una popolazione che viaggia sui 180.000. Mi riferisco alla popolazione attualmente in accoglienza.

Il secondo tema che sollevo è quello della sostenibilità della spesa socio-sanitaria. È vero che questo è un argomento che in qualche modo va a cavallo di quello che noi stiamo analizzando, però vi assicuro che questo è un tema che riguarda soprattutto le amministrazioni su cui insiste la responsabilità giuridica dei soggetti che sono su quel territorio o che comunque hanno la residenza su quel territorio.

Qui ovviamente si innesta il combinato disposto tra la legge n. 328 sulle competenze che sono date ai comuni in materia socio-sanitaria... Vi faccio un esempio lapalissiano.

Ci sono persone che hanno la copertura del Servizio sanitario nazionale e che vengono ricoverate in strutture di lungodegenza. Una volta che la lungodegenza si esaurisce, l'unica possibilità che hanno queste persone spesso è quella di essere accolte in una residenza sanitaria per anziani. Questo vale per gli italiani e a volte vale... Il pagamento dell'integrazione della retta è a carico dei comuni. Non possiamo cambiare una normativa nazionale, perché non possiamo cambiare questa responsabilità. Non c'è differenza a questo punto in termini di diritti che riguardano il cittadino o il titolare della possibilità di risiedere sul proprio territorio.

Tuttavia, varrebbe forse la pena di suggerire al ministero competente di considerare una sorta di misura di ristoro, se possibile, per coloro che non hanno nessuno. Se io porto mio papà in una casa di riposo, il codice civile stabilisce che fino al quarto grado ho un'obbligatorietà di corresponsabilizzazione, anche di natura economica. Invece, queste persone spesso non

hanno nessuno e, quindi, rimane tutto a carico dei comuni.

È un suggerimento su un tema molto complesso che mi permetto di sollevare, anche per non disincentivare quello che noi in effetti vogliamo raggiungere, che è il meccanismo dell'accoglienza diffusa.

L'altro tema particolare mi sembra sia già stato molto approfondito all'interno e ringrazio molto il presidente che ha condotto la relazione. Mi riferisco al tema della vulnerabilità e a quale tipo di garanzie noi dobbiamo offrire, soprattutto per quel che riguarda la salute mentale.

Anche su questo le competenze sono a cavallo, perché fino a un certo punto la titolarità rimane in capo al Servizio sanitario nazionale, ma, quando si necessita di un periodo di accoglienza, finché rimane nella sfera della salute mentale la titolarità è del servizio sanitario, invece quando diventano quelli che nel nostro linguaggio vengono chiamati « i casi a cavaliere », come sempre, c'è una responsabilità ibrida tra competenze istituzionali e spesso abbiamo dei problemi.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Io mi rimetto totalmente alle cose dette dal nostro capogruppo. Vorrei fare solo tre battute, perché ritrovo nelle argomentazioni espresse dal capogruppo la posizione da me fortemente condivisa.

Innanzitutto, si parla spesso di situazioni critiche, però il presidente ha messo in evidenza anche alcune soluzioni virtuose che sono state adottate in parti della nostra comunità. In questo caso, a Catania ci sono delle strutture che operano con particolare efficacia ed efficienza.

Le due considerazioni *flash* che vorrei fare sono le seguenti.

In primo luogo, in medicina non si possono fare le diagnosi con battute o slogan, o peggio con congetture. In medicina ci debbono essere dati scientifici, ci debbono essere analisi cliniche e ci debbono essere approfondimenti rigorosi sul piano della ricerca. A me pare che si spezzi una lancia rispetto alla demagogica posizione che hanno assunto alcuni sulla diffusione di alcune malattie infettive in Italia determinata dall'arrivo dei migranti. Questo è uno dei

primi aspetti fondamentali della relazione. Si dice una parola chiara, netta e rigorosa sul piano scientifico.

La seconda valutazione è la seguente: qualsiasi cittadino, di qualsiasi razza, ceto sociale e sesso, deve essere curato in ogni parte del mondo. Dico questo anche perché nel passato — lo voglio sottolineare senza polemica — qualcuno ha affermato una cosa diversa. Aver sottolineato questo aspetto a me pare importante. Io ho apprezzato che nella profondità della relazione questo aspetto sia fortemente evidenziato.

PRESIDENTE. Recepisco, non solo gli emendamenti della collega Sgambato, ma anche le suggestioni che mi proponeva la collega Carnevali sulle conclusioni.

Per quanto concerne la cartella informatizzata, il primo obiettivo da perseguire che noi abbiamo proposto nella relazione è proprio questo: « La popolazione migrante all'ingresso in Italia deve avere la possibilità di registrare la propria informazione sanitaria in formato digitale, come un vero e proprio passaporto sanitario digitale. In tal modo, sarà possibile rintracciare... » Mi sembra importante aver evidenziato questo concetto.

Secondo me, lo dobbiamo utilizzare. L'idea del passaporto sanitario digitale è un modo per dare al migrante presente sul nostro territorio uno strumento di identificazione e di riconoscimento sui problemi di cui parlava poc'anzi la collega Carnevali. Che un migrante debba ripetere in tutte le stazioni della sua « *via crucis* » gli esami clinici, il controllo delle sue condizioni di salute, eccetera, è obiettivamente uno spreco.

Nelle conclusioni, laddove si afferma: « Tuttavia una ricognizione di rango parlamentare sulle tematiche sanitarie collegate al fenomeno immigrazione è una premessa indispensabile di questo tipo di decisione », potremmo aggiungere un altro periodo: « Si raccomanda comunque fin da ora la previsione di un ristoro delle spese sanitarie che dovessero ricadere sulle amministrazioni locali dopo l'intervento del Sistema sanitario nazionale ».

L'idea del ristoro potrebbe essere un modo per riprendere all'interno delle conclusioni un auspicio rispetto a questo tema.

Alla formulazione penseremo in seguito con gli uffici, se siamo d'accordo anche su questa ulteriore integrazione del testo, riprendendo quanto diceva la collega Carnevali.

Pongo in votazione gli emendamenti, che a questo punto sono tre.

Pongo in votazione l'emendamento dell'onorevole Sgambato, che è un emendamento di natura formale.

(È approvato).

Pongo in votazione il secondo emendamento (quello sul papilloma virus, per capirci).

(È approvato).

Pongo in votazione l'ultimo emendamento, sull'integrazione del ristoro delle spese sanitarie o socio-sanitarie a carico delle amministrazioni comunali, così come ha detto la collega Carnevali.

(È approvato).

Pongo in votazione la relazione, così come emendata dai tre emendamenti suddetti.

(È approvata).

Vi ricordo che domani mattina avrà luogo il convegno. Cercate, se potete, di essere presenti. Ovviamente io non ho inserito i vostri interventi, ma in qualunque momento della mattinata i colleghi della Commissione possono intervenire per apportare il proprio contributo.

Hanno confermato la presenza una buona delegazione di rappresentanti del mondo della medicina, delle associazioni del settore dell'accoglienza, eccetera. Può essere un'occasione anche per noi per confrontarci su questi temi.

Dichiaro conclusa la seduta.

La seduta termina alle 9.35.

*Licenziato per la stampa
il 19 gennaio 2018*

ALLEGATO 1

**SCHEMA DI RELAZIONE SULLA TUTELA DELLA SALUTE
DEI MIGRANTI E DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE****PREMESSA**

Negli ultimi anni il tema dei flussi migratori è diventato uno degli argomenti principali della politica italiana e internazionale, se non il principale. Addirittura, si è sottolineato come l'immigrazione abbia "cambiato profondamente la fisionomia delle società occidentali" (Piano nazionale d'integrazione dei titolari di protezione internazionale del Ministero dell'Interno).

In questo quadro di attenzione alle conseguenze dello spostamento da un Paese all'altro di centinaia di migliaia di persone, nel 2014 la Camera dei deputati ha deciso di istituire la Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema di accoglienza, di identificazione ed espulsione, nonché sulle condizioni di trattamento dei migranti e sulle risorse pubbliche impegnate.

Con riferimento ai contenuti della presente relazione, vale la pena ricordare che la delibera istitutiva del 17 novembre 2014 (modificata e integrata dalla delibera del 23 marzo 2016) attribuisce alla Commissione di inchiesta – tra gli altri – il compito di verificare "le misure adottate in tema di profilassi e assistenza sanitaria, a tutela della salute dei migranti e della popolazione residente".

Il tema dell'accoglienza dei migranti è spesso affrontato sulla base di approcci emotivi, basati su visioni morali, paure o diffidenze. Questo approccio risulta addirittura amplificato se si pensa ai profili sanitari che accompagnano un imponente fenomeno migratorio.

Uno dei compiti della Commissione è di far sì che le scelte di politica nazionale in questo ambito avvengano sulla base di approfondimenti e riflessioni accurate della materia.

Questa relazione intende fornire al Parlamento, ma anche all'opinione pubblica, un contributo di chiarezza sulle misure di politica sanitaria da mettere in campo, cercando di distinguere i problemi da affrontare dagli

aspetti che — invece — non dovrebbero creare allarme.

Come infatti si vedrà nel corso della relazione, spesso alcuni luoghi comuni - o paure - si scontrano con le risultanze della concreta attività di assistenza. In particolare, sembra soprattutto il caso di sottolineare quanto sia infondato il timore di una diffusione incontrollata di malattie infettive.

Ovviamente, in spirito costruttivo, la relazione tenta anche di avanzare proposte per migliorare la risposta pubblica alle questioni da affrontare.

Considerato il livello di tecnicità della materia, la Commissione ha convenuto di avvalersi di operatori del settore, cui vanno rivolti i più sentiti ringraziamenti.

In ordine alfabetico, hanno collaborato con la Commissione Emanuele Caroppo, Roberto Cauda, Chiara Mirabella, Massimo Musicco, Emanuele Nicastrì, Giovanni Maria Pirone, Ginevra Poli, Claudio Pulvirenti e Livia Turco.

**LA TUTELA DELLA SALUTE DEI
MIGRANTI E DELLA POPOLAZIONE
RESIDENTE**

1. IL FENOMENO MIGRATORIO IN ITALIA

1.1. I DATI SUI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

GLISBARCHIDEL2017

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

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

SISTEMA NAZIONALE DI ACCOGLIENZA

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

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

I MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI

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

Anche il numero di richiedenti asilo è aumentato nel corso del 2016 rispetto all'anno precedente: 123.600 rispetto a 83.970 del 2015. Al 27 ottobre 2017, sono state registrate 115.368 richieste di protezione internazionale.

1.2. I DATI SUL COMPLESSO DELLA POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE

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

DAL 1998 AL 2015 GLI
STRANIERI SONO
QUINTUPPLICATI

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

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

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

Dal lato delle uscite, si registra un numero crescente di persone che ogni anno da straniere diventano italiane (178.000 nel 2015).

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

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

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

L'ETÀ MEDIA È BASSA

La popolazione straniera è molto giovane (età media sotto i 34 anni), anche se con notevoli differenze tra i diversi gruppi di cittadinanza. In

generale, la quota di ragazzi fra 0 e 14 anni fra gli stranieri è superiore di 5 punti percentuali a quella che si riscontra fra gli italiani della stessa fascia d'età. Al contrario, le persone con 65 anni e più tra gli stranieri hanno un'incidenza di poco superiore al 3 per cento, mentre nella popolazione italiana pesano per quasi il 24 per cento.

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

IL CALO DEMOGRAFICO IN
ATTO

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

Il dato relativo al 2016 denota una nuova diminuzione della popolazione residente in Italia di circa 142 mila unità, che deriva da una diminuzione degli italiani di circa 205 mila unità, solo parzialmente compensata da un aumento degli stranieri di circa 63 mila unità.

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

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

2. QUADRO NORMATIVO

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

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

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

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

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

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

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

Del resto, l'articolo 32 della Costituzione prevede che la Repubblica tuteli la salute "come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", impegnando anche a garantire "cure gratuite agli indigenti".

DIRETTIVA EUROPEA 2013/33/UE

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

Ai fini dell'accesso alle cure, gli Stati membri possono obbligare i

richiedenti a sostenere o a contribuire a sostenere i costi dell'assistenza sanitaria, qualora i richiedenti dispongano di sufficienti risorse, ad esempio qualora siano stati occupati per un ragionevole lasso di tempo.

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

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

Il richiedente asilo ha diritto all'assistenza sanitaria, all'esenzione dal *ticket* e al medico di base per tutta la durata della pendenza della richiesta d'asilo. Tuttavia è risultato alla Commissione che spesso l'esercizio di questi diritti è ostacolato da difficoltà pratiche e che vi sono significative difformità di procedure sul territorio nazionale. In particolare, è emerso che il tempo che intercorre tra la manifestazione della volontà di richiedere la protezione internazionale e la verbalizzazione della domanda comporta per i richiedenti la temporanea, ma spesso prolungata, impossibilità di richiedere l'iscrizione anagrafica nel comune di dimora e, con essa, l'assistenza sanitaria piena. In alcune città, inoltre, è molto lungo il tempo di attesa per ottenere il codice fiscale, prerequisito per avere la tessera sanitaria, quindi il medico di base e l'esenzione. Spesso in questo periodo per garantire l'assistenza sanitaria ai migranti si utilizza il codice STP (Straniero temporaneamente presente), descritto subito appresso, ma si tratta evidentemente di una pratica impropria.

SIP □ STRANIERO
TEMPORANEAMENTE PRESENTE

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

DIVIETO DI SEGNALAZIONE DEGLI
STRANIERI IRREGOLARI

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

Per quanto riguarda le prestazioni assicurate agli stranieri irregolari, in

base al comma 3 del medesimo articolo 35, il SSN garantisce agli STP:

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

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

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

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

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

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

CIRCOLARE DEL MINISTERO
DELLA SANITÀ 24 MARZO 2000,
N.5

La circolare del Ministero della sanità 24 marzo 2000, n. 5 (*"Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286"*) definisce i concetti di «cure urgenti» e «cure essenziali». Le prime sono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona, mentre quelle essenziali sono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze,

cronicizzazioni o aggravamenti).

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

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

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

- iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno;
- iscrizione obbligatoria al SSN degli stranieri in via di regolarizzazione;
- iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo permesso di soggiorno per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN;
- iscrizione volontaria al SSR per i familiari ultra 65enni con ingresso in Italia per ricongiungimento familiare, dopo il 5 novembre 2008, secondo la normativa vigente;
- garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo fino alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti;
- rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure;
- definizione del codice di esenzione X01¹ per gli STP;
- iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani;
- iscrizione volontaria per i comunitari residenti;
- equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi di coloro che hanno il codice STP.

Una delle disparità sottolineate dal Ministro della salute Beatrice Lorenzin nella seduta del 14 giugno 2016 riguarda l'esenzione dal *ticket*, in

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

alcune regioni esteso rispetto alla normativa nazionale. Tale facoltà, esercitata solo da alcune regioni, è tuttavia preclusa alle regioni in piano di rientro dal *deficit* finanziario.

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

Nel corso dell'audizione del 14 giugno 2016 dei responsabili del presidio ospedaliero di Castel Volturno Pineta grande, è stato fatto presente che in alcuni casi l'intervento terapeutico rimane incompleto perché i titolari del codice STP vengono curati per le patologie più gravi ed acute, che prevedono ad esempio il ricovero in reparti di rianimazione, ma poi non possono essere diretti alla successiva riabilitazione, perché gli istituti specializzati non accettano questa tipologia di pazienti.

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

LA REVOCA DELLA COPERTURA
SANITARIA IN SPAGNA

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

² <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-5403&p=20170701&tn=0;>

[http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016300239.](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016300239)

3. QUADRO EPIDEMIOLOGICO

"EFFETTO MIGRANTE SANO"

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

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

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

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

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

LE MALATTIE INFETTIVE

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

LE RAGIONI DELLA PAURA DEL
CONTAGIO

Il timore di contagi causati da movimenti significativi di popolazione ha giustificazioni sul piano storico. In letteratura si cita il caso delle epidemie che hanno accompagnato la cosiddetta conquista dell'America, quando i bianchi 'esportarono' il vaiolo, il morbillo e l'influenza, causando una strage delle popolazioni indigene, prive di difese immunitarie specifiche. In senso opposto, dall'America fu importata la sifilide, con pesantissime conseguenze in particolare in Spagna, Francia ed Italia.

Un'altra contestuale migrazione di popoli e di infezioni si è verificata a

La legge è stata considerata non arbitraria dalla sentenza del Tribunale costituzionale 21 luglio 2016, n. 139. http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2016-7904. Anche dopo la riforma, è rimasto il diritto universale a cure gratuite per minori e per l'assistenza al parto.

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

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

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

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

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

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

Con riferimento all'esperienza migratoria più recente, va sottolineato che in alcuni dei paesi di origine delle migrazioni non si è realizzata la cosiddetta "transizione epidemiologica"³ e, a differenza dell'Italia, le

³ Per designare i grandi cambiamenti nella distribuzione delle malattie nelle popolazioni umane, in un articolo del 1971 l'epidemiologo Abdel R. Omran ha introdotto formalmente l'espressione "transizione epidemiologica" o sanitaria, mettendo in relazione la struttura demografica di una popolazione con la tipologia delle malattie presenti in essa. Omran distingue nella storia delle popolazioni umane tre fasi, separate da due transizioni. Nella prima fase si osserva la presenza di un'alta mortalità, dovuta in gran parte alle malattie infettive, bilanciata da un'alta natalità, il che produce una notevole stabilità demografica, a basso livello. Nella seconda fase lo sviluppo economico, il miglioramento delle condizioni di vita e l'introduzione di misure sanitarie adeguate producono una drastica riduzione della mortalità mentre il tasso di natalità rimane inalterato. La combinazione dei due andamenti produce di conseguenza un forte incremento demografico. Lo sviluppo della seconda fase porta successivamente alla riduzione della natalità, anche grazie all'educazione sessuale e al controllo delle nascite, il che porta di nuovo alla stabilità (o talvolta alla riduzione) della dinamica demografica, caratterizzata da bassa natalità e bassa mortalità. Nel mondo contemporaneo, nelle diverse situazioni geografiche ed economiche, le popolazioni si trovano in fasi diverse della transizione epidemiologica. I paesi industrializzati sono nella fase tre, con un sistema sanitario efficiente, un elevato tenore di vita ed una bassa natalità, mentre molti paesi del terzo mondo sono nella fase uno, con una forte mortalità, soprattutto infantile, ed un elevato tasso di fertilità. Infine, molti paesi "in via di sviluppo" si trovano nella fase due, caratterizzata da

malattie a maggiore occorrenza sono ancora le malattie trasmissibili e non quelle cronico-degenerative.

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

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

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

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

ATTUALMENTE MANCANO LE
CONDIZIONI AMBIENTALI PER LA
TRASMISSIONE DELLE MALATTIE
CONTAGIOSE

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

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

L'ESPERIENZA DI CATANIA

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

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

un'intensa crescita demografica. Da: *La storia delle epidemie, le politiche sanitarie e la sfida delle malattie emergenti Bernardino Fantini*, www.esse.unile.it/index.php/domeneo/article/download/14592/12716

Anche nel 2017 l'andamento è analogo. Gli sbarchi nel periodo gennaio-settembre sono stati 15.789 e le malattie infettive registrate sono 22 casi di tubercolosi polmonare e 4 extra polmonari, 8 polmoniti batteriche, 6 di varicella, 6 di schistosomiasi, 4 infezioni da HIV, 2 cirrosi da epatite B, 2 sepsi, 2 episodi di malaria, 2 shigelliosi e un caso di scabbia impetiginizzata.

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

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

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

In base agli esiti pubblicati dello studio *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari*⁴, una conferma della scarsa rilevanza di patologie infettive di importazione degli immigrati "viene dall'esperienza del poliambulatorio dell'INMP⁵, a Roma: nel periodo compreso tra il 2008 e i primi dieci mesi del 2016, su 23.025 pazienti senza permesso di soggiorno (pari al 25% della casistica complessiva), sono state diagnosticate patologie infettive e parassitarie ... solo nel 10% dei soggetti visitati ... Da tale esperienza non emerge, dunque, un quadro dominato dalla presenza di patologie tropicali o condizioni esotiche, ma da comuni affezioni della pelle (13%), alterazioni del visus e dell'udito (11%) e da problemi di salute mentale quali

⁴ *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari* anno 2011-2012 ISTAT - MINISTERO SALUTE, http://www.istat.it/it/files/2014/01/salute-stranieri_2011-2012-FINALE.pdf?title=Salute+degli+stranieri++30%2Fgen%2F2014+-+Testo+integrale.pdf

⁵ L'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP) ha il compito di promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione nell'ambito della salute delle popolazioni migranti e delle disuguaglianze socioeconomiche nella salute, in particolare nella valutazione dell'effetto della povertà sulla salute della popolazione. L'Istituto è ente del Servizio sanitario nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute. Per il compimento delle funzioni dell'Istituto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano prevede un finanziamento basato sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno di riferimento.

depressione (28%), disturbo post-traumatico da stress (27%), ansia (10%)».

IL MIGRANTE MALATO TRENDE A
TORNARE NEL PAESE D'ORIGINE

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

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

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

LA RILEVAZIONE DELL'ISTAT

In questo senso, è stato recentissimamente pubblicato il già citato studio - curato dall'ISTAT in collaborazione con il Ministero della salute - dal titolo *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari*, che elabora dati relativi agli anni 2011-2012, aspetto non del tutto neutro per un fenomeno, quale quello migratorio, in fortissima espansione e modificazione negli ultimi anni.⁶

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

⁶ *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari*, anno 2011-2012, ISTAT - MINISTERO SALUTE, http://www.istat.it/it/files/2014/01/salute-stranieri_2011-2012-FINALE.pdf?title=Salute+degli+stranieri++30%2Fgen%2F2014++Testo+integrale.pdf

da parte della popolazione straniera. In assenza di disturbi o sintomi vanno dal medico il 57,5% degli stranieri, di più le donne (59,6% contro il 53,9% degli uomini) e i giovani under 14 (62,9%), di meno i cinesi (44,1%). Si rivolgono al Pronto soccorso soprattutto tunisini e marocchini, meno i cinesi. Alla guardia medica si recano di più i giovani adulti e chi vive al Mezzogiorno, al consultorio soprattutto le donne tra i 25 e i 34 anni. Se a questo si aggiungono le difficoltà linguistiche e le differenze culturali, allora il tema della promozione della salute si inquadra in un contesto più ampio che include l'inserimento sociale degli immigrati nel Paese di accoglienza. Il 13,8% degli stranieri (di 14 anni e più) ha difficoltà a spiegare in italiano i disturbi al medico e il 14,9% a comprendere ciò che il medico dice. Lo svantaggio è maggiore per le donne, per gli over 54, per chi ha un titolo di studio basso e per le collettività cinesi, indiane, filippine e marocchine. Il 13% dei cittadini stranieri (di 14 anni e più) ha difficoltà a svolgere le pratiche amministrativo-burocratiche nell'accesso alle prestazioni sanitarie, soprattutto se cinesi o indiani. Gli orari di accesso alle prestazioni sanitarie sono incompatibili con gli impegni familiari o personali per l'8,6% degli stranieri di 14 anni e più, con gli impegni di lavoro per il 16% di quelli di 15 anni e più. Alcune malattie possono insorgere per l'esposizione ad alcuni fattori di rischio (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, sovrappeso e/o obesità, sedentarietà) che, in gran parte, sono legati a comportamenti individuali. Identificare i fattori di rischio per la salute dovuti a stili di vita non salutari permette di contenere o rimuovere gli ostacoli di natura culturale, sociale ed economica, l'accesso alle conoscenze e alle prassi che determinano l'assunzione di stili di vita e di comportamenti salutogenici nel percorso di vita degli stranieri. A questo proposito il 23,2% degli stranieri di 14 anni e più consuma abitualmente tabacco, contro il 25,8% degli italiani. Come nel caso degli italiani, l'abitudine è più diffusa tra gli uomini (32,4%) che tra le donne (15,1%). Inoltre, quasi un terzo degli stranieri è sovrappeso (30,9%) e l'obesità interessa il 7,8%".

Nel corso dell'audizione del 14 giugno 2016 del Ministro della salute Beatrice Lorenzin era stato comunque rilevato che il Ministero della salute, come su molte questioni, non dispone di dati centralizzati sull'assistenza dei rifugiati e degli immigrati, trattandosi di informazioni censite dalle regioni. Per questo motivo il Ministero, in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), ha avviato un progetto volto a registrare i dati sanitari appena accennati, sia sotto il profilo epidemiologico che sotto quello dei ricoveri.

LA "SINDROME DI SALGARI"⁷ La "Sindrome di Salgari"⁷, ossia lo stereotipo del migrante "untore", pericolosa fonte di malattie, specie di tipo infettivo, non è oggi supportata

⁷ Espressione usata da Riccardo Colasanti: "Senza aver mai visitato i paesi tropicali, Salgari scriveva sognando ad occhi aperti di mondi dove quei dati di diversità che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri.

(PERICOLO DI CONTAGIO
INCONTROLLATO) NON È
SUPPORTATA DA RISCONTRI
SCIENTIFICI

da alcuna evidenza scientifica derivabile da studi epidemiologici formali o da sorveglianze sanitarie.

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

“EFFETTO MIGRANTE ESAUSTO”:
LEINSIDEDELLAMARGINALITÀ

Al contrario, i dati relativi alla salute dei migranti derivati dagli studi e dalle esperienze di sorveglianza delineano, in modo inatteso, un quadro di popolazione esposta alle insidie della marginalità⁸. È il cosiddetto “effetto migrante esausto”, che comporta il depauperamento, più o meno rapido, del patrimonio di salute in dotazione ai migranti, quale che sia al momento dell’arrivo, a seguito della continua esposizione ai fattori di rischio dovuta alle condizioni di povertà in cui versano.

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

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

Nel concreto, i principali problemi incontrati dai migranti nei paesi di destinazione sono dati - come visto - dalle difficoltà nell’accesso al sistema di assistenza sanitaria (con riferimento alle diagnosi, ai trattamenti e ai servizi preventivi), nonché da aspetti indiretti ma non irrilevanti - come più volte constatato dalla stessa Commissione nel corso dei sopralluoghi effettuati - come gli alloggi e le condizioni abitative di scarsa qualità, la

Salgari non si interessò di problemi dei migranti, ma se lo avesse fatto avremmo avuto dei bei titoli da leggere nella nostra gioventù, penso a qualcosa come “I tigrotti della Pantanella” o “La filippina di Labuan”. Come Salgari i più bei nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse, mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose che moltitudini di Sandokan e Tremal-naik importerebbero nei nostri paesi?”. Cfr. *La sindrome di Salgari 20 anni dopo* di Salvatore Geraci, <http://www.piemonteimmigrazione.it/mediato/materiali/55-il-mondo-in-una-stanza/269-la-sindrome-di-salgari-20-anni-dopo-di-salvatore-geraci>.

⁸ Vedi le parole di Colasanti riportate in “*La sindrome di Salgari 20 anni dopo*” di Salvatore Geraci, citato: “...E’ stupefacente osservare come il gestore pubblico, di fronte a immigrati che passano i loro giorni per strada, sotto la pioggia o il freddo, mangiando dei guadagni della vendita di fiori ed accendini, tossendo di fame, di stanchezza e povertà, muova commissioni che promuovono lo studio dei problemi di medicina dei migranti, non nel senso di una loro protezione preventiva rispetto a patologie da degrado legate alla povertà e alla fame che fanno in Italia, ma per bonificare i loro corpi da ipotetiche patologie esotiche e pericolose”.

precarità, i problemi legati alla religione, la mancanza di protezione legale, ovvero i rischi non sperimentati nei paesi di origine (ad esempio, contatto con allergeni).

INFEZIONE DA HIV

Il fenomeno del migrante sano che depaupera il proprio benessere di salute durante la permanenza nel paese di destinazione si osserva in particolare nella infezione da HIV e nella tubercolosi. Un recente studio (*Alvarez-Del Arco et al. Aids 2017*) condotto tra il 2013 e 2015 in 9 paesi europei su di una popolazione di 2009 persone con infezione da HIV acquisita nei 5 anni precedenti, ha evidenziato che il 63% delle infezioni da HIV riscontrate nella popolazione migrante sono avvenute dopo l'arrivo nel paese di destinazione; 72% per la popolazione omosessuale, 58% per la popolazione eterosessuale maschile e 51% per quella eterosessuale femminile. In particolare tale percentuale raggiungeva il 71% per i migranti latinoamericani ed il 45% per quelli provenienti dall'Africa Sub-sahariana. L'età e il periodo di permanenza nel paese di destinazione erano fattori indipendentemente associati alla acquisizione di HIV.

INFEZIONE TUBERCOLARE

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

ESPERIENZA DELL'USMAF DI CATANIA

Inoltre, le procedure sanitarie adottate dall'ufficio USMAF – Catania del Ministero della salute, in collaborazione con l'ARNAS Garibaldi di Catania e la Croce Rossa Italiana, evidenziano che tra più di 17.989 migranti sbarcati nel 2016 al porto di Catania solo 191 risultavano essere positivi allo *screening* clinico epidemiologico (1,1%) e di essi solo 23 (0,12%) risultavano essere affetti da tubercolosi, come già anticipato⁹. Tali percentuali vengono confermate anche in un lavoro pubblicato recentemente (*Crepet et al, Int Health 2015*) con 3 sole positività per tubercolosi polmonare su 2.588 migranti sottoposti a *screening* per tubercolosi nei centri migranti della Regione Lazio. Tali dati confermano pertanto che la quota maggiore di tubercolosi nella popolazione migrante si manifesta non immediatamente dopo l'arrivo in Italia, ma negli anni successivi e che comunque l'incidenza di tubercolosi in questa popolazione è in costante calo sia in Europa che in Italia.

⁹ Vedi pag. 22.

MALARIA TRAI MIGRANTI

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

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

L'ESPERIENZA DEL PRESIDIO
OSPEDALIERO PINETA GRANDE DI
CASTELVOLTURNO

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

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

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

Gli stessi rappresentanti dell'ospedale Pineta grande hanno sottolineato che molto spesso i pazienti presentano dei crolli multiorgano. Ad esempio, pazienti con un trauma cranico o un poli traumatismo vanno in rianimazione e già in quel momento presentano un equilibrio emodinamico e biumorale precario; non appena con le cure aumenta lo stato di carenza fisica, si ha l'insorgenza di insufficienze renali o epatica acute, o magari di insufficienze cardiorespiratorie altrettanto serie, difficili da trattare. In questi casi, i tassi di mortalità tendono a crescere.

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

Da ultimo, un altro aspetto delicato è rappresentato dalla degenza dei pazienti extracomunitari, che ha tempi enormemente più alti della media. *"Quando dimettiamo, dimettiamo per andare dove? Per trasferire il*

paziente nel proprio domicilio, dove c'è una famiglia, una moglie, una madre, una figlia, un infermiere che lo va a curare. Qui dove va? Sotto il ponte? Nella baracca? Allora i miei medici non dimettono”.

Nel corso della missione effettuata, la Commissione ha potuto mettere a confronto l'esperienza strettamente sanitaria della struttura ospedaliera Pineta Grande, che riesce ad operare con elevati livelli di efficienza e con apparecchiature tecnologiche di alto livello, con le condizioni dell'area, in cui il disagio ed il degrado si intrecciano sotto il profilo abitativo, ambientale e di tenuta della legalità. Lo stesso andamento demografico del comune è incerto, nel senso che alla popolazione residente si affianca una fascia di stranieri, alcuni regolari e altri che non risultano registrati al comune, la cui quantificazione è largamente approssimativa. L'incertezza su chi risiede nel territorio influisce anche sulle politiche sanitarie, si faccia per tutti l'esempio della profilassi tramite vaccinazioni¹⁰.

I LIMITI PRATICI DEL DIRITTO
ALL'ASSISTENZA SANITARIA

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

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

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

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

¹⁰ A livello legislativo, un riconoscimento della eccezionale situazione descritta è giunto con il decreto-legge 20 giugno 2017, n. 91 (*Disposizioni urgenti per la crescita economica nel Mezzogiorno*), il cui articolo 16 prevede che “al fine di superare il particolare degrado in alcune aree (Manfredonia in provincia di Foggia, San Ferdinando in provincia di Reggio Calabria e appunto Castel Volturno, in provincia di Caserta), caratterizzate da una massiva concentrazione di cittadini stranieri, sono istituiti dei commissari straordinari del Governo. I Commissari adottano, d'intesa con il Ministero dell'Interno e con il Prefetto, un piano di interventi per il risanamento delle aree interessate, coordinandone la realizzazione. Il piano dovrebbe avere la finalità di “favorire la graduale integrazione dei cittadini stranieri regolarmente presenti nei territori interessati agevolando l'accesso ai servizi sociali e sanitari”, nonché l'inserimento scolastico dei minori.

L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO
NAZIONALE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DEI MIGRANTI E
PER IL CONTRASTO DELLE
MALATTIE DELLE POVERTÀ
(INMP)

Per comprendere meglio la situazione, secondo quanto esposto in un documento predisposto dall'Istituto nazionale per la promozione della salute dei migranti e per il contrasto delle malattie delle povertà (INMP), trasmesso alla Commissione nel mese di marzo del 2017, esiste una certa disomogeneità tra popolazione italiana e popolazione straniera residente nella propensione a effettuare una visita medica in assenza di disturbi o sintomi.

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

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

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

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

Nell'ambito dell'Organizzazione mondiale per la Sanità¹¹ – Comitato regionale europeo, il 15 dicembre 2016, è stato presentato il documento “*Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region*” ed è stata approvata l'omonima risoluzione¹².

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

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

Sono inoltre stati identificati tre argomenti specifici:

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

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

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

Al fine di stabilire una cornice entro la quale organizzare una strategia collaborativa dei vari attori, nel documento si fa riferimento

¹¹ L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS, o *World Health Organization*, WHO in inglese), agenzia speciale dell'ONU per la salute, è stata fondata il 22 luglio 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile 1948 con sede a Ginevra. L'OMS suddivide il mondo in sei strutture organizzative regionali, ognuna facente capo ad un proprio Comitato Regionale, tra cui quella per l'Europa (EURO), con sede a Copenaghen in Danimarca e diretto da Zsuzsanna Jakab. Oltre all'intero continente, comprende anche la Russia e Israele.

¹² <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/66maRiunioneOmsEuropa.asp>.

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

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

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

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

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

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

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

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

- valutare i determinanti sociali di salute.

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

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

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

- migliorare il sistema sanitario e la sua resilienza.

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

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

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

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

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

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

- assicurare la prevenzione in modo etico e efficace.

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

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

- migliorare la comunicazione sulla salute.

Questo obiettivo sottolinea l'importanza di migliorare la raccolta e l'accesso alle informazioni sul tema della salute dei rifugiati, dei richiedenti asilo e dei migranti, dei loro comportamenti a rischio e dell'accesso all'assistenza sanitaria. Un passo in avanti in questo senso sarebbe agevolato da una forma di cooperazione con i paesi di origine, non sempre possibile.

Uno sforzo comunicativo dovrebbe anche essere compiuto per fornire informazioni ai rifugiati, ai richiedenti asilo e gli immigrati sul sistema sanitario del paese ospitante per dissipare le paure e le false percezioni, con un linguaggio appropriato, tenendo conto dei fattori socioculturali e religiosi; e dovrebbe essere adattato per anche la popolazione ospitante.

Per raggiungere questo obiettivo, gli Stati membri dovrebbero rafforzare i sistemi di informazione sanitaria per una migliore raccolta di dati sui rifugiati e sul loro stato di salute, promuovere l'inclusione di variabili riferite ai migranti nei sistemi di raccolta dei dati esistenti e promuovere metodi innovativi, tra cui indagini e metodi qualitativi, per raccogliere dati su rifugiati, richiedenti asilo e migranti.

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

PIANO NAZIONALE
D'INTEGRAZIONE DEI TITOLARI DI
PROTEZIONE INTERNAZIONALE

Nel mese di settembre 2017 il Ministero dell'Interno ha diffuso il *Piano nazionale d'integrazione dei titolari di protezione internazionale*. Si tratta di un documento previsto dall'articolo 19 del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251 (*“Norme minime sull'attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta”*), che assegna al Tavolo di coordinamento nazionale¹³, insediato presso il Ministero dell'Interno, il compito di predisporre - almeno ogni due anni - un piano nazionale che individua le linee di intervento per realizzare l'effettiva integrazione dei beneficiari di protezione internazionale.

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

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

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

In particolare, vengono individuate sette priorità:

1. monitorare a livello nazionale e regionale l'applicazione dell'accordo Stato-Regioni del 2012;
2. procedere ad una sistematica rilevazione dei bisogni della fascia di popolazione più vulnerabile che includa i titolari di protezione

¹³ Il Tavolo di coordinamento è composto da rappresentanti del Ministero dell'Interno, dell'Ufficio del Ministro per l'integrazione, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, delle Regioni, dell'Unione delle province d'Italia (UPI) e dell'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI), ed è integrato, in sede di programmazione ai fini della predisposizione del Piano con un rappresentante del Ministro delegato alle pari opportunità, un rappresentante dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), un rappresentante della Commissione nazionale per il diritto di asilo e, a seconda delle materie trattate, con rappresentanti delle altre amministrazioni o altri soggetti interessati.

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

MISURE PER I
MINORI STRANIERI NON
ACCOMPAGNATI

Di rilievo anche le misure di carattere sanitario necessarie per una migliore integrazione dei minori stranieri non accompagnati (MSNA).

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

6. INIZIATIVE IN ATTO E CRITICITÀ RISCOSE

6.1. PROFILASSI SANITARIA E PRIMA ACCOGLIENZA - CRITICITÀ

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

Come anticipato¹⁴, le operazioni di primo controllo sanitario vengono effettuate nella maggior parte dei casi dai medici degli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF), uffici coordinati dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della Salute.

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

PRIMO CONTROLLO

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

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

Come emerso nella audizione del 7 giugno 2016 del Ministro della salute Beatrice Lorenzin, esempio di buona prassi sembra essere Catania, con la suddivisione per aree (area medica, area chirurgica, area gestanti e minori, area isolamento, area decessi e infine un'area per minori) e dotazioni quali una tenda di alto isolamento e una barella N36 ad alto biocontenimento (che consente il trasporto in sicurezza del paziente verso i reparti di malattie infettive), nonché un sistema di prevenzione della malattia tubercolare "Diagnosi in banchina", realizzato in collaborazione con l'Azienda ospedaliera Garibaldi di Catania, che permette di completare una diagnosi di tubercolosi in due ore.

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

Le condizioni sanitarie riscontrate più frequentemente sono legate più

¹⁴ Vedi pag. 20.

alle condizioni disagiate del viaggio che a malattie infettive, come detto nella ricostruzione del quadro epidemiologico.

LESINTOMATOLOGIEPIÙCOMUNI

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

LEDDIAGNOSI

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

IL MANCATO RACCORDO
INFORMATIVO CON LE
STRUTTURE SANITARIE

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

6.2. ATTIVITÀ DI VACCINAZIONE E DI PREVENZIONE SANITARIA

VACCINAZIONE DEI MINORI DI 14
ANNI

Nell'ambito della presa in carico sanitaria, si raccomanda di offrire ai migranti bambini (0-14 anni), che non sono mai stati vaccinati o che presentano documentazione incerta, le vaccinazioni secondo il calendario nazionale vigente, in rapporto all'età, incluso il vaccino anti-HPV (*vaccino contro il Papilloma virus umano*).

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

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

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

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

BARRIERE CULTURALI ALLA
VACCINAZIONE

In merito alla vaccinazione antinfluenzale tra gli immigrati adulti a rischio di complicanze, un recente articolo pubblicato sulla rivista internazionale "Plos One" del novembre 2016 da ricercatori del'ISS/INMP/ISTAT ha evidenziato che la copertura vaccinale antinfluenzale è minore rispetto a quella tra i cittadini italiani (16,9% vs 40,2%), seppure in misura diversa a seconda dell'area di provenienza e della durata di permanenza nel nostro Paese. Essendo l'accesso alla vaccinazione gratuito per tutti i residenti, inclusi gli immigrati, questi risultati suggeriscono che la copertura vaccinale antinfluenzale in questi due sottogruppi sia influenzata anche da barriere di tipo culturale e linguistico, barriere sulle quali è necessario un maggior approfondimento per promuovere efficaci strategie di accesso alla vaccinazione. Questo è quanto emerge da una ricerca svolta nell'ambito dell'indagine Istat 2012-2013 su un sottocampione di oltre 40 mila residenti in Italia considerati a rischio di complicanze per influenza (tra i quali circa 1000 erano cittadini stranieri).

6.3. FORMAZIONE SULLA MEDICINA INTERCULTURALE - APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

LA MEDIAZIONE CULTURALE
COME PONTE TRA DUE CULTURE

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

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

L'inserimento della mediazione linguistica-culturale nel settore della salvaguardia della salute è indispensabile; vi è infatti la necessità di aiutare il

migrante nell'accesso alle cure, aiutandolo ad individuare dove e a chi chiedere assistenza adeguata e specializzata e ad interpretare correttamente il proprio malessere.

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

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

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

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

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

Manca, comunque, un riconoscimento e una definizione ufficiale a livello nazionale¹⁵ della figura del mediatore culturale; inoltre il loro lavoro è spesso frammentario e affidato al caso. Sarebbe pertanto maturo il tempo di garantire una maggiore estensione della figura del mediatore culturale in ambito sanitario, stabilizzandone la figura.

6.4. ACCESSO AI FARMACI O FANFIN ITALIA

DIFFICOLTÀ NEL RIFERIMENTO DI

Alcune delle patologie tropicali di importazione che potrebbero

¹⁵ Per un riconoscimento normativo a livello regionale, vedi la Delibera della Giunta regionale dell'Abruzzo 29 novembre 2006, n. 1386/P ("Mediatore culturale" - approvazione della qualifica professionale e dei relativi standard formativi).

FARMACI NON INSERITI NEL
PRONTUARIO ITALIANO

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

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

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

7. PROPOSTE OPERATIVE

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

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

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

7.1 OBIETTIVI DI POLITICA SANITARIA

Gli obiettivi da perseguire sono i seguenti:

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

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

Appare appena il caso di evidenziare che tali informazioni debbono essere gestite con adeguati livelli di protezione, ai sensi della legge sulla *privacy*, trattandosi di dati per loro natura sensibili. La digitalizzazione della informazione sanitaria può assicurare un legame stabile con il sistema sanitario nazionale già immediatamente dopo l'arrivo in Italia e l'iniziale *screening* clinico epidemiologico, a prescindere dalla area geografica ove sarà successivamente assegnato il migrante/rifugiato;

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

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

PASSAPORTO
SANITARIO DIGITALE

SORVEGLIANZA
EPIDEMIOLOGICA

ARCHIVIO DELLE
FRAGILITÀ

percorso diagnostico-assistenziale del migrante;

ACCELERARE LE
PRATICHE PER L'ISCRIZIONE
OBBLIGATORIA AL SERVIZIO
SANITARIO DEI RICHIEDENTI ASILO

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

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

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

FORMAZIONE
INTERCULTURALE DEGLI
OPERATORI SANITARI E DEI
COLLABORATORI

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

UNIVERSITÀ
SPECIALIZZATE

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

CORSI DI STUDIO
UNIVERSITARI DEDICATI ALLA
SALUTE IN CHIAVE
INTERCULTURALE

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

RIDURRE LE
VULNERABILITÀ

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

PIATTAFORMA
ISTITUZIONALE DEI PROGETTI A
FAVORE DELLE POPOLAZIONI
MIGRANTI

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

7.2 TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI

TUTELA DELLA SALUTE
MENTALE DELLE POPOLAZIONI
MIGRANTI

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

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

Se è vero che quest'ultimo si riscontra con incidenza più elevata in molte situazioni migratorie caratterizzate appunto da presenza di rilevanti fattori traumatici e di *stress*, al contempo sarebbe riduttivo e, soprattutto, clinicamente errato ritenere che la tutela della salute mentale si possa risolvere semplicemente attraverso la cura degli stati acuti, per quanto numerosi essi possano essere.

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

OCCORRE INTERVENIRE PER
RIDURRE LE CONDIZIONI DI
VULNERABILITÀ

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

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

1) mettere in rete in modo continuo e strutturato tutti i servizi, strutture, Università, organizzazioni ed enti che a vari livelli (assistenza, ricerca, servizi, etc.) si occupano in modo diretto e/o indiretto della salute mentale delle popolazioni migranti. Lo scambio di informazioni e conoscenze consentirà di operare in modo omogeneo risolvendo il problema del “gap” informativo nel quale ancora spesso si disperde la continuità di presa in carico e cura dei migranti. Il lavoro di rete renderebbe

possibile migliorare l'efficacia, l'efficienza e la riproducibilità degli interventi - attraverso la valutazione di processo ed esiti - sia da parte dei soggetti che costituiscono la rete sia da parte dei beneficiari dei servizi;

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

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

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

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

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

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

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

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

9) attivare o fare in modo che, presso le ASL, le eventuali unità operative dedicate alla tutela della salute dei migranti contemplino nel loro

organico la presenza fissa di uno psichiatra al fine di attuare gli interventi necessari in tema di prevenzione del disagio psichico e non solo fisico. Dette unità operative dovrebbero garantire interventi presso le strutture di accoglienza ed i servizi psico-socio-sanitari pubblici, anche attraverso una operatività “mobile” favorendo il controllo e l’omogeneità degli interventi tra i centri, la prevenzione e la riduzione degli elementi di vulnerabilità, l’individuazione, l’emersione e la presa in carico integrata da parte dei servizi pubblici territoriali di quelle condizioni di vulnerabilità post-traumatica e con grave disagio psico-sanitario.

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

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

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

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

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

I paragrafi che seguono hanno natura prevalentemente tecnica e si dividono in due parti, i primi riguardano i controlli all’arrivo e poi seguono

alcuni paragrafi sui controlli da effettuare dopo un periodo, anche minimo, di permanenza.

7.3.1. I CONTROLLI ALL'ARRIVO

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

LINEA GUIDA I CONTROLLI
ALLA FRONTIERA - LA
FRONTIERA DEI CONTROLLI

È stato predisposto e presentato, dopo una fase di revisione pubblica, il documento: *“Linee guida i controlli alla frontiera - la frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”*, sviluppato dall'Istituto nazionale salute migrazioni e povertà (INMP) in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità (ISS) e con la Società italiana di medicina delle migrazioni S.I.M.M., nell'ambito del Programma Nazionale Linee Guida sulla salute dei migranti del Ministero della Salute¹⁶.

LINEE GUIDA SULLA
PREVENZIONE DELLE
MALATTIE INFETTIVE TRA I
MIGRANTI APPENA GIUNTI IN
EUROPA

Inoltre gli *European Center for Disease Control (ECDC)* hanno promosso delle linee guida sulla prevenzione delle malattie infettive tra i migranti appena giunti in Europa che dovrebbero giungere alla pubblicazione entro il 2017¹⁷. Tale documento intende offrire raccomandazioni basate sulle migliori evidenze scientifiche sulla pratica dei controlli, per la quale esiste a tutt'oggi elevata incertezza e discrezionalità.

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

In considerazione della particolarità del *setting*, si raccomanda che il personale sociosanitario sia in possesso delle necessarie conoscenze circa il quadro epidemiologico nei Paesi di provenienza e in quelli di transito, sia formato all'approccio transculturale e riceva adeguato supporto

¹⁶ <http://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/Linea-Guida-Controlli-sanitari-all-arrivo-e-percorsi-di-tutela-sanitaria-per-i-migranti-ospiti-presso-i-centri-di-accoglienza-Presentazione-e-download>
¹⁷ (http://ecdc.europa.eu/en/press/events/_layouts/forms/Event_DispForm.aspx?ID=400&List=a8926334-8425-4aae-be6a-70f89f9d563c&Source=http%3A%2F%2Fecdc%2Eeuropa%2Eeu%2Fen%2Fhealthtopics%2Fmigrant%2Dhealth%2FPages%2Fmigrant%2Dhealth%2Easpx)

psicologico, nell'ottica di gestire situazioni emotivamente stressanti e prevenire il *burn-out*.

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

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

PRINCIPALI SINDROMI DA
CONTROLLARE NELLA
PRIMA VISITA

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

7.3.1.2. SINDROME INFETTIVA RESPIRATORIA.

SINDROME INFETTIVA
RESPIRATORIA

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

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

Se positivo allo *screening* clinico epidemiologico, il migrante deve essere avviato ad una delle divisioni di malattie infettive secondo procedure di sicurezza adeguate al sospetto clinico (ad esempio in isolamento respiratorio in caso di sospetta TB). Presso tale struttura il migrante sarà sottoposto alle indagini diagnostiche necessarie a sciogliere il sospetto clinico di patologia tubercolare attiva o latente o di altra natura, in regime di degenza ordinaria, ambulatoriale o DH a seconda della opportunità e competenza¹⁸

7.3.1.3. SINDROME FEBBRILE SENZA ALTRO COINVOLGIMENTO D'ORGANO

SINDROME FEBBRILE SENZA
ALTRO COINVOLGIMENTO
D'ORGANO

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

¹⁸ Vedi il documento citato "Linea guida i controlli alla frontiera - la frontiera dei controlli".

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

7.3.1.4. SINDROME DIARROICA

SINDROME DIARROICA

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

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

POSSIBILI SCREENING PROGRAMMATI

A seconda dell'approccio sindromico o della area geografica di origine o di transito del migrante sarà opportuno programmare una serie di *screening* per specifiche patologie sempre nelle strutture divisionali di malattie infettive.

7.3.2.1. SINDROME RESPIRATORIA

SINDROME RESPIRATORIA

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

7.3.2.2. SINDROME IPEREOSINOFILA PERIFERICA

SINDROME IPEREOSINOFILA PERIFERICA

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

7.3.2.3. SINDROME DIARROICA CRONICA O A ALVO ALTERNO

SINDROME DIARROICA CRONICA O A ALVO ALTERNO

In paziente migrante con sintomatologia riconducibile ad alvo alterno, si consiglia di effettuare come *screening* l'esame parassitologico delle feci su 3 campioni a caldo e la ricerca del sangue occulto nelle feci. In caso di

necessità, il paziente andrà riferito a un centro di maggiore capacità diagnostica dove eseguire esami di secondo livello.

7.3.2.4. SINDROMI SESSUALMENTE TRASMESSE (STD)

SINDROMI SESSUALMENTE
TRASMESSE (STD).

A tutti i migranti, nell'ambito della presa in carico sanitaria, deve essere offerto un adeguato *counselling* che garantisca informazioni chiare ed esaustive sull'infezione da HIV, sull'AIDS e sulla possibilità di accedere a cure efficaci. Tali informazioni devono essere fornite secondo una prospettiva culturalmente sensibile, possibilmente nella lingua madre, e avvalendosi di mediatore linguistico-culturale, con particolare attenzione ai migranti con storia di incarcerazione in paesi in transito, di violenza sessuale o con sospetto clinico di malattia sessualmente trasmessa.

7.3.2.5. SINDROME EPATITICA

SINDROME EPATITICA

Si raccomanda di offrire il test di *screening* per l'infezione da HBV (epatite B) ai migranti provenienti da Paesi a prevalenza di HBsAg¹⁹ >2% e, indipendentemente dalla provenienza, a soggetti con fattori di rischio (infezione da HIV, pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, *partner* sessuali multipli, abuso sessuale, familiari stretti con infezione da HBV, terapia con immunosoppressori) e alle donne in gravidanza.

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

7.3.2.6. ASINTOMATICI O PAUCISINTOMATICI

ASINTOMATICI
PAUCISINTOMATICI

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

Nelle donne migranti deve essere valutato l'eventuale stato di gravidanza e offerto l'inserimento in programmi di *screening* del K. cervice uterina (neoplasie dell'utero).

¹⁹ La sigla HBsAg sta per *Hepatitis B surface antigen*. Si tratta dell'antigene di superficie dell'epatite B, anche conosciuto come **antigene Australia**.

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

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

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

8. CONCLUSIONI

NECESSITÀ DI UNA
CAMPAGNA
COMUNICATIVA

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

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

Infatti, come emerge in più punti della relazione, appare indispensabile uno sforzo comunicativo che con una campagna di adeguate dimensioni contribuisca a dissipare paure e false percezioni sulle conseguenze del fenomeno migratorio in atto (in questo senso, del resto, si era pronunciato anche il documento conclusivo del Convegno tenutosi a Roma il 23-24 novembre 2015 sulla salute dei migranti e dei rifugiati, a cura dell'Organizzazione mondiale della sanità²⁰).

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

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

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

Come più volte rilevato nel corso della Relazione, gli immigrati, al momento del loro arrivo, presentano buone condizioni generali di salute, di norma migliori di quelle della popolazione dei Paesi di arrivo (cosiddetto “effetto migrante sano”), in quanto si tratta di una popolazione giovane, destinata a produrre una qualche forma di reddito e che si sottopone a un viaggio non solo rischioso, ma anche estremamente faticoso. Appare pertanto ingiustificato il timore di una imminente diffusione incontrollata di malattie infettive (cosiddetta “Sindrome di Salgari”). Questa paura non è supportata da alcuna evidenza scientifica derivabile da studi epidemiologici formali o da sorveglianze sanitarie, né a livello nazionale né a livello mondiale. L'invocata campagna comunicativa dovrebbe pertanto essere indirizzata a fare chiarezza su questo punto, sottolineando che un controllo proporzionato sui rischi di diffusione di malattie infettive viene già effettuato dagli organismi preposti, soprattutto al momento dell'arrivo dei migranti in Italia, e che fino ad oggi non risultano evidenze che possano generare allarmi.

²⁰ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf

PEGGIORAMENTO DELLA
SALUTE DEI MIGRANTI NEI
PAESI DI DESTINAZIONE

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

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

RAZIONALIZZAZIONE DELLA
RACCOLTA DEI DATI

Ovviamente, una campagna di informazioni necessita di dati su cui fondare le proprie affermazioni. Non si può non sottolineare che allo stato manca un punto di raccolta complessiva di dati, in quanto da un lato il Ministero della salute si muove nelle consuete difficoltà di raccogliere dati diffusi a livello regionale e l'ISTAT inevitabilmente elabora dati non recentissimi, che per un fenomeno in continuo mutamento e in costante ascesa come quello migratorio costituisce un elemento non irrilevante. Del resto, come visto, anche l'Organizzazione mondiale della sanità indica come uno degli assi strategici di intervento il miglioramento della raccolta e dell'accesso alle informazioni sul tema della salute dei rifugiati, dei richiedenti asilo e dei migranti. Un passo in avanti in questo senso sarebbe agevolato da una forma di cooperazione con i paesi di origine, non sempre però possibile per motivi organizzativi e politici. In ogni caso, nelle attività di raccolta di dati di tipo sanitario dei Paesi di destinazione occorrerebbe inserire variabili e descrittori riferibili ai migranti, oltre ad immaginare indagini mirate, di cui i primi esempi, come visto, sono già stati predisposti (e riportati nella presente Relazione).

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

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

LA
CULTURALE

MEDIAZIONE
La necessità di creare un ponte tra migranti e mondo sanitario riguarda

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

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

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

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

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

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

Si ricorda che lo stesso Piano di integrazione dei titolari di protezione internazionale indica fra le priorità da perseguire quella di "potenziare la formazione del personale sanitario anche sulla normativa vigente in tema di protezione internazionale, nonché sugli aspetti culturali che possono influire

sulla valutazione clinica, aumentando anche l'utilizzo di mediatori e personale interculturale”.

COBERTURA SANITARIA
INTEGRALE E GRATUITA PER
TUTTI GLI STRANIERI

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

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

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

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

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

IL DISAGIO MENTALE

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

LE DIFFICOLTÀ DERIVANTI
DAL MANCATO
INSERIMENTO SOCIALE

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

POLITICA DI PREVENZIONE

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

LE CATEGORIE
VULNERABILI

Tra le priorità da affrontare rientra anche quella di una selezione delle categorie più bisognose di assistenza. Se è vero che i migranti costituiscono di per sé una categoria debole, è altresì vero che esistono categorie più in difficoltà, i deboli fra i deboli. Si tratta di quelle che il legislatore definisce "categorie vulnerabili". Sotto il profilo sanitario, l'attenzione per chi è più in difficoltà si traduce in una particolare attenzione a temi quali la salute sessuale e riproduttiva, la pianificazione familiare, le violenze di genere e gli stupri (cui si collegano fenomeni socio-culturali importanti, quali il matrimonio forzato e la gravidanza adolescenziale), la salute mentale i soggetti affetti da traumi o ferite, tra cui particolare importanza spetta alle vittime di tortura.

DALLA CURA DEL PAZIENTE
ALLA CURA DELLA
PERSONA

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

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

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

ALLEGATO 2

**SCHEMA DI RELAZIONE SULLA TUTELA DELLA SALUTE
DEI MIGRANTI E DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE****PROPOSTE EMENDATIVE**

A pagina 16, Quadro normativo, al terzo capoverso, dopo le parole “Nel corso dell’audizione del 14 giugno 2016 dei responsabili del presidio ospedaliero di Castel Volturno Pineta grande”, aggiungere il seguente periodo: “così come verificato anche in occasione della missione presso la stessa struttura sanitaria del 30 ottobre u.s.”.

1. Sgambato

A pagina 32, Iniziative in atto e criticità riscontrate, paragrafo 6.2. Attività di vaccinazione e di prevenzione sanitaria, dopo le parole: “incluso il vaccino anti-HPV (vaccino contro il Papilloma virus umano)”, aggiungere il seguente periodo: “in modo tale da soddisfare l’esigenza dell’immunità di gregge di cui alla ratio del Decreto Lorenzin”.

2. Sgambato

A pagina 32, Iniziative in atto e criticità riscontrate, paragrafo 6.2. Attività di vaccinazione e di prevenzione sanitaria, dopo le parole: “incluso il vaccino anti-HPV (vaccino contro il Papilloma virus umano)”, aggiungere il seguente periodo: “in modo tale da soddisfare l’esigenza dell’immunità di gregge di cui alla ratio del decreto legge 7 giugno 2017, n. 73 (“Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale”), convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119”.

2. Sgambato (nuova formulazione)

A pagina 10, Quadro normativo, dopo le parole: “(complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)”, aggiungere il seguente periodo: “Per quanto riguarda la copertura degli oneri finanziari, il testo unico sull’immigrazione (decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, articolo 35), prevede che le cure assicurate ai detentori del codice STP (cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali e programmi di medicina preventiva) siano erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Il Ministero dell’interno è tenuto al rimborso delle spese delle prestazioni ospedaliere urgenti o essenziali. Per le altre prestazioni, nei confronti degli stranieri privi di risorse economiche sufficienti, si provvede nell’ambito delle disponibilità del Fondo sanitario nazionale, con corrispondente riduzione dei programmi riferiti agli interventi di emergenza. Possono residuare delle aree non coperte dal sistema normativo (si pensi all’accoglienza di frontiera a Ventimiglia, Como o

Gorizia, ovvero ai comuni connotati da una massiva concentrazione di cittadini stranieri per i quali il decreto-legge 20 giugno 2017, n. 91 prevede l'intervento di un Commissario straordinario (Manfredonia in provincia di Foggia, San Ferdinando in provincia di Reggio Calabria e Castel Voltumo, in provincia di Caserta), oppure interventi urgenti a favore di transitanti, persone espulse, soggetti usciti dal circuito dell'accoglienza. Nel corso dell'audizione del 2 agosto 2017 del sindaco di Castel Voltumo, sono state segnalate anche spese collaterali che non rientrano nelle previsioni normative (nel caso di specie, frequentissimi casi di spese per la sepoltura di salme non reclamate da alcun parente, nell'ambito della popolazione straniera). Sarebbe il caso di cominciare a prevedere forme di ristoro della spesa non solo sanitaria, ma anche socio-assistenziale sostenuta con riferimento alla popolazione straniera dai comuni quali enti territoriali chiamati ad intervenire laddove latita ogni altra autorità o persona responsabile”.

3. Il relatore

