

Responsabilità ed equità per la salute dei migranti

A maggio 2014 si è svolto ad Agrigento il XIII Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) dal titolo esplicativo *“Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere”*. Su questo concetto chiave si sono confrontati, oltre 200 i partecipanti, tra operatori del servizio pubblico, con il mondo del volontariato e del privato sociale, dell’associazionismo, dell’università e delle istituzioni. Proprio questa è una caratteristica della SIMM, essere un caleidoscopio di esperienze e competenze, avere una *“storia meticciasca”* per appartenenza ma sapersi coagulare su obiettivi comuni e condivisi. Il Congresso ha esaltato in primo luogo il fatto di essere rete, tante diversità intrecciate e collegate tra loro, dal nazionale al locale con i Gruppi Immigrati e salute, i GrIS presenti in 14 Regioni, ma ha anche definito alleanze strategiche in base agli argomenti trattati: in particolare sul tema attuale degli *sbarchi* e quello sulle *politiche locali* con riferimento alla tutela dell’infanzia.

Gli sbarchi e la salute

L’accoglienza è stata l’anello debole dell’operazione Mare Nostrum: son migliaia i profughi intercettati, salvati e fatti sbarcare ma poi ingolfati in un percorso emergenziale e, spesso, improvvisato. Il dibattito politico e sociale, veicolato dai mass media, più che sulle tutele si è focalizzato sui pericoli. Man mano che il numero delle persone sbarcate è aumentato e le notizie sull’epidemia prodotta dal virus Ebola hanno assunto toni drammatici, i giornali hanno riportato con grande enfasi il rischio di diffusione delle *“solite”* (da almeno 30 anni ci confrontiamo con questi allarmismi) tubercolosi e scabbia, ma soprattutto il pericolo dell’importazione proprio dell’Ebola, o della lebbra o del vaiolo. Ad un certo punto sembrava che tra le forze dell’ordine che hanno accolto i profughi ci fosse una epidemia di tubercolosi, che bastasse un colpo di tosse, provocato da stenti e disagi, perché ci si infettasse collettivamente. Tutte le notizie riportate dalla stampa sono state autorevolmente smentite: la febbre emorragica da virus Ebola non è mai arrivata (né mai potrebbe farlo nelle dinamiche degli sbarchi, considerato il breve periodo d’incubazione e l’alta letalità che la confina nei luoghi dove si sviluppa), la lebbra era una dermatite da ustione e il vaiolo una varicella! Anche le epidemie tra le forze dell’ordine non ci sono state, mentre qualche caso di tubercolosi tra i nuovi arrivati è stato prontamente diagnosticato e la scabbia riflette le condizioni di disagio, di promiscuità forzata e di scarsa accoglienza.

Se le notizie riportate hanno creato paura tra gli operatori dei centri accoglienza e le forze dell'ordine, preoccupazione ed anche, in alcuni casi, intolleranza tra l'opinione pubblica, il sistema ha retto anche se l'organizzazione sanitaria, soprattutto nei nuovi luoghi d'accoglienza predisposti dalle Prefetture, ha avuto delle incertezze. Sono mancate a livello periferico indicazioni tempestive anche se abbiamo alcuni documenti di riferimento prodotti nel 2011 (periodo del massiccio arrivo di profughi dal nord Africa) e nel 2012 per la gestione sanitaria degli sbarchi e della prima accoglienza. Il primo è un protocollo operativo redatto dal ministero della Salute e dall'Istituto superiore di sanità (Cnesps-Iss) in collaborazione con le Regioni per una sorveglianza sindromica presso i centri di accoglienza distribuiti sul territorio nazionale con l'obiettivo principale di rilevare precocemente qualsiasi evento che possa rappresentare un'emergenza di salute pubblica e organizzare una risposta efficace e tempestiva. A tal fine sono state identificate tredici sindromi ed è stata allestita una scheda standard di raccolta dati. L'analisi dei dati 2011-12 mostra che, tra tutte le sindromi sotto sorveglianza, le più frequenti sono state le malattie del tratto respiratorio (63% delle sindromi segnalate) e la diarrea acquosa (29%), mentre non si sono verificate emergenze sanitarie. È interessante notare che l'arrivo di questo elevato numero di migranti non sia stato associato a un aumento nella frequenza di malattie infettive nel nostro Paese né ad alcun rischio particolare per la salute pubblica.

Il Ministero della salute ha inoltre pubblicato nel novembre 2012 un documento con le raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti nelle piccole isole. Le raccomandazioni si estendono anche alle modalità di accoglienza delle équipes sanitarie, il cui intervento è teso a fornire l'assistenza necessaria ai migranti, sia al momento dello sbarco che, successivamente, nel Centro di primo soccorso e accoglienza, nonché negli altri centri e strutture sul territorio nazionale.

Due documenti, forse ridondanti per alcuni aspetti, ma che possono essere un riferimento anche in questa nuova fase degli arrivi via mare. Certamente, i tempi di attivazione, i luoghi fisici d'accoglienza, gli interventi a più livelli, la mancanza di coordinamento efficace tra istituzioni e una governance incerta hanno creato e stanno creando confusione. Attualmente i profughi che arrivano in Italia sono visitati già sulle navi che li hanno soccorsi, un primo screening clinico viene fatto al momento dello sbarco, poi altre visite sono previste nei centri di prima accoglienza ed infine dalle Aziende sanitarie locali nel momento in cui sono affidati ai territori. Se accedono ai centri dello Sprar sono previste procedure per la presa in carico da parte dei medici di medicina generale. In questo "flusso organizzativo" le Regioni si sono attivate con tempi e modalità differenti e, di fatto, ogni singola Azienda sanitaria locale ha avviato procedure e percorsi "originali" nonostante i vari livelli di sofferenza (di personale e risorse economiche) del servizio sanitario: da chi fa screening di vario tipo, attivando unità di emergenza a chi delega ad associazioni esterne, da chi dedica personale specifico a chi attiva la medicina del territorio, dal dipartimento di prevenzione ai medici di base. Anche dal punto di vista amministrativo c'è confusione: vengono assegnati codici STP o codici specifici e iscritti al Servizio sanitario regionale con o senza medico di medicina generale; si utilizzano codici fiscali fittizi o, con accordi con l'Agenzia delle Entrate, codici fiscali temporanei. Per garantire percorsi di tutela c'è chi aspetta il rilascio del permesso di soggiorno o ci si affida al pronto soccorso.

Le politiche locali

La misura della crisi che attraversa oggi la sanità si esprime tangibilmente nella deriva di sapore aziendalista che vorrebbe banalmente ridurre la sanità a mercato, i pazienti a clienti, la tutela della salute e le dimensioni della cura a puro esercizio di *benchmarking*. Per contro, una riflessione più avanzata sui modelli di *welfare* pone l'accento sulla dimensione "ecologica" della salute e sull'importanza dei fattori sociali (ed economici) nel determinare lo stato di benessere degli individui e delle popolazioni. E' pertanto impellente la necessità di riorientare il Servizio sanitario nazionale (SSN) verso l'attenzione ai bisogni emergenti, garantire la prossimità ai gruppi a rischio di marginalità, e assicurare l'equità nell'offerta secondo le diverse opportunità di ciascuno e la responsabilità nel proporre risposte appropriate e nel doverne rispondere alla comunità.

Le analisi sulle politiche sulla salute degli immigrati evidenziano questa sorta di schizofrenia: da una parte un'attenzione specifica al tema testimoniata dall'Accordo sulla corretta applicazione della normativa del 20 dicembre 2012, di cui abbiamo parlato nel *Rapporto UNAR 2013*, dall'altra un'incertezza applicativa locale con una disomogenea applicazione anche nella parte più qualificante dell'Accordo come quella che consiste nel garantire l'iscrizione al SSN ai minori figli di immigrati senza permesso di soggiorno.

Proprio su questo argomento ci troviamo di fronte a una serie di paradossi: l'Accordo è di per sé cogente ma è uso che le Regioni lo debbano ratificare. Lo hanno però fatto solo in 9 (Lazio, Campania, Puglia, Liguria, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Sicilia e Abruzzo) e la Provincia Autonoma di Trento, ma gran parte non lo applica in questo specifico e qualificante punto. La Campania, l'Abruzzo e la Liguria aspettano indicazioni ministeriali sul "come fare tecnicamente"; la Regione Lazio ha emanato una nota per iscrivere solo i minori figli di genitori irregolari già in possesso di codice fiscale; il Trentino, la Puglia e il Friuli Venezia Giulia, che in qualche modo prevedevano tale possibilità già prima dell'Accordo, faticano a implementarlo, in particolare le ultime due; la Sicilia ha pubblicato una circolare applicativa che garantisce il pediatra ai minori figli di stranieri irregolari (STP) e comunitari in condizione di fragilità sociale (ENI); la Calabria, che partiva con un livello estremamente critico di applicazione delle normative nazionali, sta lentamente progredendo anche se con prassi operative ancora molto differenziate nelle varie province. Le altre Regioni non hanno ratificato l'Accordo ma ognuna si comporta in modo assolutamente "originale": la Lombardia dopo aver dichiarato di non voler assistere i minori "irregolari" attraverso il pediatra di libera scelta (PLS), anche a seguito di una causa per discriminazione intentata alcune associazioni, ha riconosciuto l'iscrizione al SSR e la possibilità di accesso al PLS ai "minori stranieri irregolari, di qualunque nazionalità" fino a 14 anni includendo, giustamente, in questo anche i figli di cittadini comunitari in condizione di fragilità sociale non altrimenti assistibili; sempre per tale fascia di popolazione (minori fino a 14 anni, non comprendente però i comunitari), la Regione Emilia-Romagna ha previsto l'iscrizione al SSR e l'assegnazione del pediatra. La Regione Toscana da tempo garantisce (anche se non uniformemente) il pediatra ai minori stranieri indipendentemente dallo status giuridico ma, tra i comunitari, limita l'assistenza, senza PLS, ai soli rumeni e bulgari. Una vera "babele" applicativa! Tali differenze, infatti, le possiamo trovare anche nella definizione degli assistiti e delle prestazioni, nei livelli di esenzione dal ticket per gli STP, nella possibilità di iscrizione volontaria al SSR da parte di cittadini comunitari e così via.

L'indagine dell'Istat

Se il 2014 è stato certamente scandito dalle riflessioni e dai dati presentati al Congresso SIMM, un altro elemento di conoscenza del fenomeno è rappresentato dalla presentazione della ricerca curata dall'Istat sugli immigrati presenti nel nostro Paese. Si tratta dell'indagine campionaria *"Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri"*, svolta nel periodo 2011-2012 su circa 10 mila famiglie (per un totale di 21 mila stranieri residenti) attraverso interviste faccia a faccia, con questionario tradotto in 10 lingue. Uno specifico modulo della ricerca era volto ad indagare le condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari.

Ad oggi sono stati rilasciati solo alcuni dati parziali da dove comunque emerge che, allo stato attuale, i cittadini stranieri sono un collettivo "selezionato" sia rispetto al Paese di origine, sia rispetto agli italiani: sono mediamente giovani e in buona salute (si conferma il cosiddetto "effetto migrante sano") e anche eliminando il vantaggio derivante dalla struttura per età più giovane (confrontando i tassi standardizzati), gli indicatori di salute percepita confermano migliori condizioni di salute rispetto agli italiani (ricordiamo anche che è stata segnalata da varia letteratura scientifica una progressiva transizione epidemiologica delle malattie che colpiscono gli immigrati: da acute e occasionali a croniche-degenerative).

Sul fronte dell'accesso ai servizi, la fruibilità delle prestazioni rappresenta un elemento fondamentale per il mantenimento ed il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati. La popolazione immigrata si trova, infatti, spesso di fronte ad ostacoli di natura linguistica (in particolare Cina, India e Filippine) e burocratica (oltre alle precedenti anche il Marocco), che possono rendere questa popolazione altamente vulnerabile, intralciare i percorsi sanitari e favorire l'insorgenza di complicanze connesse alle malattie.

Per i servizi sanitari di emergenza analizzati (Pronto Soccorso e Guardia Medica), il ricorso da parte della popolazione non è più basso di quello registrato per i cittadini italiani. Tuttavia, si sono evidenziate delle differenze significative per alcune cittadinanze (cinesi e indiani), differenze che meritano ulteriori approfondimenti al fine di capire, ad esempio, se un elevato ricorso al Pronto Soccorso dipenda da una carenza, in termini di offerta o di accessibilità, di altri servizi (medicina di base e servizi territoriali) o se lo scarso ricorso ai servizi sanitari considerati dipenda da una incapacità del sistema sanitario di intercettare e farsi carico dei bisogni di salute di alcune nazionalità.

Da 24 anni la SIMM, attraverso il periodico confronto nei propri Congressi e con la produzione di "Raccomandazioni finali" scaricabili (come tutti i documenti citati in quest'articolo) dal sito www.simmweb.it, è uno stimolo per specifiche politiche sanitarie puntuali, inclusive e sostenibili e anche in un momento come quello attuale di crisi sociale, politica e morale, vuole essere propositiva e concreta per una sanità che sappia accogliere, ascoltare e curare.