

IMMIGRATI, PROFUGHI, RIFUGIATI: QUALE SFIDA PER LA SANITÀ PUBBLICA?

Salvatore Geraci

Responsabile dell'Area sanitaria della Caritas di Roma

Premessa

La storia dell'uomo è strettamente associata al muoversi, allo spostarsi da una regione all'altra, tanto che si può affermare con lo scrittore tedesco Hans Magnus Enzensberger che “nonostante nei millenni di continuo si siano create delle popolazioni sedentarie, esse, considerate nell'insieme e nel lungo periodo, costituiscono l'eccezione... Che stesse migrando o fuggendo, perché costretta o volontariamente, in ogni periodo una parte dell'umanità è stata per motivi più vari, in movimento, una circolazione che porta a continue turbolenze”. L'esercizio del diritto di migrare è un fatto oggettivo, inconfutabile, riscontrabile nelle stratificazioni storiche e culturali, nella configurazione etnica e nelle tradizioni religiose di tutti i popoli e nazioni. Nella dinamica dei flussi migratori i sociologi e demografi generalmente distinguono schematicamente due tipi di forze fondamentali che agiscono in modo complementare:

- 1) Fattori d'attrazione, pull-factors, che esercita il paese d'approdo.
- 2) Fattori di espulsione, push-factors, dai paesi di esodo.

Dalla dialettica di pull e push factors, nascono i flussi migratori i cui parametri cambiano continuamente; ciò comporta che non possono e non devono essere previste risposte standard su un piano legale e amministrativo ma esse devono sempre prestare attenzione a ciò che il movimento migratorio possa significare, in uno specifico momento, economicamente, politicamente, socialmente e anche umanamente sia per gli immigrati sia per l'impatto sul paese ospite.

L'immigrazione è sempre stata un fenomeno complesso e lo è particolarmente nei nostri giorni dove tutto è accelerato e amplificato. In Italia il primo saldo migratorio positivo (gli ingressi hanno superato le uscite dal nostro paese) avviene nel 1973 e l'immigrazione acquista una visibilità, anche giuridica, a partire dalla metà degli '80 del secolo scorso. Più o meno rapidamente il nostro paese si configura come meta di immigrati da quasi 200 nazioni, ma per molti anni l'immigrazione viene considerato un fenomeno transitorio, estemporaneo, “a termine”.

Oggi, l'Italia è “protagonista” del fenomeno migratorio sia per avere ormai una comunità straniera con una presenza consolidata (da alcuni anni gli immigrati residenti sono intorno ai 5.000.000; il 57% dei cittadini non comunitari ha permessi di lungo periodo e la seconda generazione è formata da oltre 800.000 individui, bambini e ragazzi nati e cresciuti in Italia), sia come terra di accoglienza di persone in fuga, ma anche per una significativa comunità di italiani all'estero (sono oltre 5.200.000 i nostri concittadini all'estero con un flusso in uscita dall'Italia in costante aumento).

Infine c'è una progressiva “familiarizzazione” dei flussi migratori: quattro residenti su cinque sono inseriti in un nucleo familiare e oltre 70.000 sono i nuovi nati l'anno da genitori non italiani. Possiamo quindi parlare di una definitiva inclusione di buona parte della componente immigrata nella nostra definizione di popolazione. Proprio da questi elementi si evince come il fenomeno dell'immigrazione sia complesso, multifattoriale, dinamico e strutturale con situazioni “miste” (ad esempio immigrazione prevalentemente per motivi economici insieme a richiedenti protezione internazionale) e per questo destinato a stabilizzarsi ma nel contempo a modificarsi.

Di chi stiamo parlando

Schematicamente possiamo distinguere gli immigrati in base alla loro motivazione di ingresso in Italia e al loro Paese di provenienza; quest'ultimo può condizionare lo status giuridico e i percorsi di diritti e di tutela. Ci sono coloro che provengono da paesi non appartenenti all'Unione Europea (la maggior parte) e per poter entrare in Italia devono avere un visto o un motivo "forzato" (chiedere asilo) e successivamente, per rimanervi, un permesso di soggiorno. Giuridicamente sono gli stranieri propriamente detti. Sono tanti i motivi di ingresso ma si concentrano in particolare in tre grandi gruppi: per lavoro, sono i cosiddetti migranti economici, per famiglia e per protezione sociale, prevalentemente coloro che chiedono una protezione internazionale (genericamente chiamati anche "profughi") e successivamente sono riconosciuti come rifugiati (una minima parte) o viene dato loro una protezione sussidiaria o un permesso umanitario. Se più recentemente quest'ultimi sono stati i protagonisti principali dei nuovi ingressi, complessivamente in Italia la maggioranza delle presenze è per motivi di lavoro e di famiglia. Accanto a questa presenza "regolare" o in fase di regolarizzazione (pensiamo ai richiedenti protezione), c'è una piccola parte (stime parlano di meno del 10% della componente regolare) di stranieri che non ha titolo di rimanere in Italia: sono i cosiddetti irregolari, per la sanità gli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP).

Il secondo grande gruppo di presenze di cittadini non italiani è formato da coloro che appartengono all'Unione Europea. In base ai trattati in vigore essi possono liberamente circolare nell'Unione e qualora lavorino o in presenza di adeguate risorse, possono stabilirsi, senza particolari vincoli, nella nostra nazione.

Quali problematiche sanitarie

Come abbiamo visto la progettualità migratoria si motiva e si orienta verso un ventaglio di diverse possibilità: lavoro, ricongiungimento familiare, studio, asilo politico e umanitario, migrazione ulteriore, etc. Quali che siano le motivazioni iniziali, appare evidente come il tentativo migratorio sia messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini caratteriali, hanno le massime possibilità di successo prevedibili, all'interno della comunità di riferimento, familiare o allargata. Questo esclude in partenza individui che non godano di apparenti buone condizioni di salute: non è certo casuale che la maggioranza di chi emigra abbia un'età giovane adulta; che appartenga, nel proprio paese, alle classi sociali meno svantaggiate (quelle più povere non potrebbero sostenere neppure le spese di viaggio); che abbia per lo più un medio grado di istruzione. Il fisico sano garantisce possibilità maggiori di inserimento sociale, che spesso, soprattutto nelle prime fasi della permanenza nel paese ospite, è particolarmente difficile, e permette la possibilità di rispondere ad un mercato del lavoro che offre opportunità di mansioni per lo più molto faticose ed usuranti sul piano fisico. L'immigrato, in particolare colui che viene per motivi di lavoro, generalmente arriva nel nostro paese con un patrimonio di salute pressoché integro, quello che viene chiamato "effetto migrante sano" (il rischio di importazione di malattie infettive esotiche paventato da un pregiudizio diffuso, si è mostrato assolutamente non significativo); le complessive condizioni di vita cui l'immigrato dovrà conformarsi, potranno poi essere capaci di erodere e dilapidare, in tempi più o meno brevi, questo patrimonio. Tali considerazioni valgono anche per la salute psichica: patologie ricadenti in questo ambito clinico possono infatti ritrovarsi generalmente a distanza di tempo dall'arrivo in Italia spesso correlate al fallimento di specifici progetti migratori anche, come nel periodo attuale, per una crisi economica e sociale diffusa. Ma il fenomeno dell'immigrazione è complesso e dinamico, mai uguale

a se stesso, e diventa sempre più difficile descrivere tale popolazione come un complesso unitario sia dal punto di vista giuridico, sia demografico, sia culturale che produttivo. All'effetto migrante sano si sostituisce progressivamente quello del "migrante esausto" da anni di lavori usuranti e mal tutelati e l'effetto di una transizione epidemiologica con l'aumento di malattie cronicodegenerative; la richiesta di manodopera, specificatamente quella femminile, si è specializzata nell'accudimento alla persona anziana e malata con l'arrivo di donne straniere non più giovani e spesso con storie di disagio familiare alle spalle e con un lavoro segregante, seppur in ambiente protetto; ...

Sfuggono ovviamente a questo schema interpretativo, che si può ritenere ancora valido seppur con un progressivo indebolimento, le situazioni in cui il migrante sia portatore di patologie che, in quanto ancora asintomatiche, o per scarso livello sanitario del paese di origine, o perché culturalmente non considerate come tali, non lo scoraggiano a partire. Sono da escludersi dall'effetto migrante sano anche coloro che "fuggono" dal loro paese per rischio di persecuzioni, tortura e morte; si potrebbe ipotizzare che la selezione avvenga in senso opposto (scappano per primi i più deboli); in realtà i dati finora raccolti, se da una parte evidenziano drammaticamente nei richiedenti protezione internazionale una maggior incidenza di esiti di tortura, d'altra parte, all'atto dell'arrivo in Italia, non sono rilevabili particolari malattie se non quelle legate alle condizioni del viaggio/fuga, spesso rischiosissime. Da considerare anche che negli ultimi anni tra i profughi accolti in Italia spesso ci sono anche persone fragili, poco istruite, non necessariamente in fuga da guerra e violenza, che hanno colto l'occasione di questi specifici flussi migratori per lasciare il loro paese: ciò sta cambiando ulteriormente il profilo sanitario di questa popolazione inserendo elementi con spiccata fragilità psichica.

Quali percorsi di tutela sanitaria

In Italia il diritto alla tutela delle persone non appartenenti all'Unione Europea, anche se non in regola con le norme per l'ingresso e il soggiorno, è garantito dal Decreto Legislativo 286 del luglio 1998, dal titolo: «Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero». I principi e le disposizioni contenute in questo decreto hanno trovato poi maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico (Decreto Presidente Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999) e dalla Circolare n. 5 del Ministero della Sanità del marzo 2000. Obiettivo dichiarato di questa impostazione politico-normativa è quello di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica e prevalentemente presenti con permessi di media e lunga durata (lavoro, famiglia, protezione), nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni e di opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale - SSN, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica (Stranieri Temporaneamente Presenti - STP) garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva. È stata così realizzata una strategia di inclusione, che pone l'Italia all'avanguardia tra i paesi di immigrazione.

Per i cittadini comunitari la tutela sanitaria è garantita nei soggiorni brevi attraverso la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) rilasciata dal paese di provenienza, e, per i soggiorni più lunghi attraverso l'iscrizione al SSN o con assicurazioni private. Tuttavia esistono condizioni di marginalità

(lunghe soggiorni senza un lavoro regolare, mancanza della TEAM, assenza di residenza) che espongono cittadini europei ad una inadeguata copertura sanitaria nel nostro paese (di fatto solo la possibilità di accedere al pronto soccorso). Quasi tutte le Regioni hanno normato l'accessibilità ai servizi sanitari, analogamente agli STP, attraverso il codice ENI (Europeo Non Iscritto - ENI) dando una copertura universalistica coerente con il mandato costituzionale.

L'impostazione inclusiva data dal legislatore, deve però necessariamente accompagnarsi con una disponibilità da parte delle amministrazioni locali, che nel tempo sono divenute le reali protagoniste delle politiche sociali e sanitarie per gli stranieri, nell'implementarle e renderle operative; ma è proprio in questo ambito che si evidenzia una preoccupante discontinuità e discrezionalità applicativa in base agli umori politici nazionali e locali.

La Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 dal titolo «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione» per effetto dell'art. 117, ha dato alle Regioni e le Province Autonome (PA) il potere di definire delle norme sul tema della salute di tutti i residenti e quindi anche degli immigrati, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa. La tematica "salute e immigrazione" appare ambigualmente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (quella dello Stato) e la legislazione "concorrente" (quella delle Regioni e PA) in ciò che abbiamo definito "pendolo delle competenze e delle responsabilità". Lo Stato in materia di sanità assume il ruolo di garante dell'equità ma, nella pratica, le numerose indicazioni normative sull'assistenza sanitaria agli immigrati da parte di vari ministeri a cui si aggiungono indicazioni regionali hanno ingenerato confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie.

Gli stessi Sistemi Sanitari Regionali operano in modo molto difforme configurando una progressiva divaricazione dei 21 sistemi sanitari che spesso derogano, specie per i gruppi più vulnerabili quali gli immigrati, dai Livelli Essenziali di Assistenza e dal principio di equità, ispiratore del SSN. Per evitare questo rischio il 20 dicembre 2012 è stato sancito un Accordo in seno di Conferenza Stato-Regioni e Province autonome che pur non essendo una nuova legge, è cogente sul piano interpretativo delle norme esistenti ed ha introdotto importanti novità come la possibilità di iscrizione al SSN di minori figli di immigrati non in regola con il soggiorno (vedi Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013). A distanza di alcuni anni dalla sua approvazione, l'Accordo ancora deve essere diffusamente e omogeneamente applicato.

Nella tabella 1 riportiamo schematicamente e non esaustivamente quanto previsto dalla normativa nazionale per la tutela sanitaria di cittadini stranieri e comunitari.

Per non concludere

Come abbiamo visto, a fronte di fattori protettivi quali la struttura anagrafica della popolazione immigrata e l'autoselezione alla partenza, si può riconoscere il rischio di una fragilità sociale di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra condizioni di sofferenza sanitaria in gran parte imputabili a incerte politiche di accoglienza ed integrazione sociale soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative. Tutto ciò si "esalta" nell'ambito degli interventi di prevenzione obbligando i sistemi sanitari regionali e locali a ripensare il modo di approcciare questa popolazione con "interventi di prossimità" che abbiano come riferimento l'aumento della competenza culturale dei propri operatori e dei servizi, il lavoro di rete, la sussidiarietà con diverse organizzazioni, la valorizzazione delle comunità degli immigrati stessi.

Tabella 1. Schema semplificato (e non esaustivo) della tipologia della presenza di cittadini non italiani e diritto alla tutela sanitaria alla luce dell'Accordo Stato – Regioni e Province autonome del 20.12.2012. N. 255/CSR.

| Tipologia di immigrato | Tipologia di tutela | Note |
|---|---|--|
| Straniero regolare con permesso di soggiorno - pds (o visto) che richiama lavoro (anche in fase di disoccupazione; stagionali; regolarizzandi), famiglia (anche se per gravidanza o per accompagnamento minore) o protezione sociale (sfollati o profughi temporanei) | Iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) | Garantisce i Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA) |
| Richiedente Protezione Internazionale, pds come Rifugiato, protezione intern., umanitario | Iscrizione obbligatoria al SSN | Garantisce i LEA |
| Straniero regolare con pds per studio, motivi religiosi, residenza elettiva; ricongiungimento familiare per over 65enni | Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN | L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA. |
| Straniero detenuto indipendentemente dal possesso di un pds | Iscrizione temporanea SSN | Garantisce i LEA |
| Straniero regolare con visto breve (turismo, affari, ...) | Assicurazione privata | Copre solo urgenze |
| Straniero con visto e/o pds per motivi di cura (ad eccezione gravidanze e inespellibilità) | A proprio carico o di sponsor (privati o pubblici – progetti umanitari regionali o statali) | Copre esclusivamente gli interventi autorizzati |
| Straniero “profugo” in Italia e accolto dal nostro paese, senza documenti, in attesa di fare/perfezionare domanda di protezione internazionale* | Codice STP - Straniero Temporaneamente Presente | Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa |
| Straniero maggiorenne in condizione di irregolarità giuridica (indipendentemente dal tempo di permanenza o dalla nascita in Italia) | Codice STP - Straniero Temporaneamente Presente | Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa |
| Straniero minorenni in condizione di irregolarità giuridica | Iscrizione SSN (non uniformemente applicata – vedi STP) | Garantisce i LEA |
| Comunitario per soggiorni brevi | Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM) | Garantisce le cure considerate medicalmente urgenti e necessarie in relazione alla durata del soggiorno temporaneo e allo stato di salute del titolare |

| | | |
|--|---|--|
| Comunitario lavoratore in Italia (anche disoccupati già lavoratori subordinati o autonomi nel territorio nazionale; stagionali) | Iscrizione al SSN | Garantisce i LEA |
| Comunitario familiare di lavoratore in Italia o a carico di cittadino italiano o in possesso di "attestazione di soggiorno permanente" | Iscrizione al SSN | Garantisce i LEA |
| Comunitario studente in Italia | Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN (in alcuni casi estensione TEAM) Formulario E/106/S1/S072 | L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA. |
| Comunitario con residenza in Italia non avente diritto all'iscrizione obbligatoria | Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN | L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA. |
| Comunitario senza TEAM ed altro diritto all'iscrizione al SSR ed in condizione di fragilità sociale | Codice ENI – Europeo Non Iscritto | Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa |
| Comunitario presente specificatamente per cure mediche non garantite da TEAM | Formulario E112-S2 | Copre solo le cure per le quali è stato effettuato il trasferimento. Altre cure che si rendessero necessarie non riferite alla patologia in questione vanno erogate attraverso la TEAM |

* articolo 21 del decreto Legislativo 142 del 18 agosto 2015.

Sitografia

<http://www.simmweb.it>

(in particolare vedi gli Atti dei Congressi Nazionali SIMM: <https://www.simmweb.it/consensu-e-congressi-simm>)

<http://www.glnbi.org>

<http://www.saluteinternazionale.info/category/aree/migrazioni-e-salute/>

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

<http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>

<http://www.inmp.it>

<http://www.centrosaluteglobale.eu/site/salute-dei-migranti/>

<http://www.libertacivilimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/statistica>

<http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri>

<http://www.dossierimmigrazione.it>

<http://www.ismu.org>

<http://www.asgi.it>

<http://viedifuga.org>

<http://picum.org/it/>

<http://data.unhcr.org/mediterranean/regional.php>