

Salute degli immigrati

Nel 1998, due atti segnarono una svolta nelle politiche sanitarie nei confronti degli stranieri in Italia: gli articoli sull'assistenza sanitaria contenuti nella Legge n. 40 (conosciuta come Legge Turco-Napolitano, dal nome dei due estensori, la prima Ministro degli Affari Sociali e il secondo Ministro degli Interni) e un importante passaggio del Piano Sanitario Nazionale, a firma del Ministro della Sanità Rosy Bindi.

Certamente non inattesi, anzi lungamente invocati ed elaborati con il contributo decisivo di molti addetti ai lavori, soprattutto della cosiddetta "società civile" (volontariato, associazionismo, privato sociale), entrambi questi atti per la prima volta affrontano il tema del diritto alla salute degli immigrati all'interno di una visione più ampia di Sanità Pubblica.

A distanza di dieci anni, appare utile fare un primo bilancio sull'impatto che tali provvedimenti normativi e programmatici hanno avuto sulla salute della popolazione immigrata in Italia. Premettiamo che l'operazione non è affatto agevole, dato che solo da poco tempo ci si è dotati di strumenti specifici ed indicatori validati (e in quest'ottica vale la pena di leggere gli sforzi compiuti negli ultimi anni da Rapporto Osservasalute nel documentare i diversi aspetti socio-sanitari del fenomeno migratorio e nel far emergere eventuali trend); in secondo luogo, va segnalato il ritardo, talvolta fisiologico, nella disponibilità dei dati stessi.

Un'analisi completa potremo averla solo negli anni a venire, ma vogliamo cogliere l'occasione della ricorrenza del decennale per provare a dare alcuni spunti di lettura del fenomeno, da consolidare eventualmente nel tempo.

Il Testo Unico sull'immigrazione, all'interno del quale è confluita - sempre nel 1998 - la Legge n. 40, regola attraverso due articoli l'accesso ai servizi da parte degli immigrati, in un'ottica che definiamo "inclusiva". La quasi totalità degli stranieri con regolare permesso di soggiorno ha il diritto/dovere di iscrizione al SSN, al pari dei cittadini italiani. Inoltre, coloro i quali sono temporaneamente non in regola con il soggiorno (cosiddetti irregolari e clandestini) possono accedere ai servizi sanitari ospedalieri e ambulatoriali (pubblici, privati accreditati, del privato sociale e del volontariato), non solo per l'urgenza, ma anche per le cure essenziali. Soprattutto, viene ribadito il divieto esplicito per la struttura assistenziale di segnalare l'eventuale irregolarità giuridica all'autorità di polizia, in modo che le esigenze di tutela della salute prevalgano sugli atti amministrativi di controllo.

Nel nostro tentativo di valutazione, sono da considerare anche altri significativi mutamenti intercorsi in questi dieci anni: la crescente presenza degli stranieri, passata da circa il 2% della popolazione residente nel 1998 all'attuale 6%; l'alternarsi al governo di schieramenti politici differenti, che hanno tenuto un diverso approccio nei confronti dell'immigrazione, pur senza modificare le norme sull'accesso ai servizi sanitari; e soprattutto, la riforma del Titolo V della Costituzione, che ha avviato un processo di progressiva devoluzione, con particolare riferimento alla sanità e alle politiche di integrazione.

Tenuto conto di tutto ciò, potremmo sintetizzare la nostra analisi di questi anni in due punti essenziali:

- 1) si è osservato un aumento dell'accessibilità del sistema sanitario, con incoraggianti risultati di salute in termini di riduzione delle disuguaglianze tra immigrati e popolazione italiana;
- 2) nel contempo alcuni indicatori, seppur grossolani, ci segnalano una persistenza e in taluni casi un aumento, di condizioni di fragilità sociale che si ripercuotono negativamente sulla salute.

Laddove sia stato possibile studiarla, si è evidenziata una differenza geografica da riferire sia alla diversa organizzazione ed efficienza del sistema sanitario, sia alle differenti politiche di integrazione adottate localmente.

A supporto del primo punto, possiamo considerare i dati sull'ospedalizzazione, con particolare riferimento al crescente utilizzo del Day Hospital, ma anche la riduzione dei tassi d'incidenza dell'AIDS e la stabilizzazione di quelli relativi alla tubercolosi. Proprio in questo rapporto segnaliamo, peraltro, una riduzione della mortalità infantile, anche per le migliori *performance* nell'ambito dell'assistenza al parto.

I dati a supporto del secondo punto sono: l'elevata frequenza di ricorso all'IVG, che non mostra alcuna tendenza alla diminuzione; il rischio maggiore rispetto agli italiani di incidenti sul lavoro, spesso evidenziati indirettamente dall'accesso in ospedale per traumatismi; la frequenza tra le SDO di ricoveri ad alto rischio di inappropriately (come appendicectomie e leiomomi).

Gli spunti di riflessione appena accennati meriterebbero ulteriori approfondimenti, che potranno trovare spazio nei prossimi rapporti. E tuttavia, da questo primo bilancio sommario sembra emergere con chiarezza l'efficacia delle scelte compiute 10 anni fa, nel senso dell'adozione di politiche sanitarie inclusive; e soprattutto, emerge la strada da percorrere negli anni a venire per garantire una reale salute per tutti: *"... le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestite, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei Paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo"* (Dichiarazione di Bratislava a conclusione dell'8ª Conferenza dei Ministri Europei della Salute, 2007).