

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

IX Convegno
Fragilità sociale e tutela della salute:
dalle disuguaglianze alla corresponsabilità

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 13 dicembre 2006

Atti a cura di
Anna Bertini (a), Luana Penna (a),
Salvatore Geraci (b) e Ranieri Guerra (a)
(a) Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) Caritas Diocesana di Roma, Roma

ISSN 1123-3117
Rapporti ISTISAN
07/14

Istituto Superiore di Sanità

IX Convegno. Fragilità sociale e tutela della salute: dalle disuguaglianze alla corresponsabilità. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 13 dicembre 2006.

Atti a cura di Anna Bertini, Luana Penna, Salvatore Geraci e Ranieri Guerra
2007, iii, 43 p. Rapporti ISTISAN 07/14

L'obiettivo dell'incontro è stato quello di promuovere una valutazione congiunta tra il volontariato e il settore assistenziale da un lato e il settore formale e organizzativo sanitario dall'altro. I due settori sono spesso in competizione per l'accesso alle limitate risorse disponibili, sui principi etici, giuridici e politici che possono dar luogo ad una collaborazione basata sulle evidenze e sulle prassi nazionali e internazionali che permetta di qualificare la lotta alle disuguaglianze, alle discriminazioni e all'esclusione. Nel volume sono riportati gli interventi presentati nel nono convegno organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con la Caritas Diocesana di Roma. Gli argomenti discussi hanno confermato la necessità di porre come obiettivo politico prioritario il superamento delle disuguaglianze sociali nella salute.

Parole chiave: Disuguaglianze e salute, Fragilità sociale, Politica sanitaria, Volontariato

Istituto Superiore di Sanità

IX Meeting. Social fragility and health protection: from the inequality to the co-responsibility. Istituto Superiore di Sanità. Rome, December 13, 2006.

Proceedings edited by Anna Bertini, Luana Penna, Salvatore Geraci and Ranieri Guerra
2007, iii, 43 p. Rapporti ISTISAN 07/14 (in Italian)

The objective of the conference was to promote a joint evaluation between voluntary association and the assistance area one side and the formal and health organization sector on the other side. The two different areas are often in competition to access to the contained available resources, in terms of ethics, legal and political principals, which can offer collaboration based on evidences and national and international procedures that allows to qualify the fight against inequalities, discrimination and exclusion. This issue contains the contributions presented in the ninth conference organized by the Istituto Superiore di Sanità (the National Institute of Health in Italy) in collaboration with the Caritas Diocesana of Rome. The contents discussed confirmed the necessity to define a priority political objective to overcome the social inequalities in relation to the health service offered.

Keywords: Inequalities in health, Social fragility, Health policy, Voluntary association

Responsabili Scientifici del Convegno: Ranieri Guerra (*Istituto Superiore di Sanità*), Salvatore Geraci (*Caritas Diocesana di Roma*)

Segreteria scientifica: Anna Bertini, Stefania Bocci, Luana Penna, Silvia Stacchini (*Istituto Superiore di Sanità*)

Segreteria tecnica: Lorian De Vita, Gabriella Izzo (*Istituto Superiore di Sanità*), Gonzalo Castro Cedeno (*Caritas Diocesana di Roma*)

Segreteria organizzativa: Annamaria Morace (*Istituto Superiore di Sanità*)

Ufficio stampa: Alberto Colaiacomo (*Caritas Diocesana di Roma*), Mirella Taranto (*Istituto Superiore di Sanità*)

Per informazioni su questo documento scrivere a: anna.bertini@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Bertini A, Penna L, Geraci S, Guerra R (Ed.). *Atti del IX Convegno. Fragilità sociale e tutela della salute: dalle disuguaglianze alla corresponsabilità. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 13 dicembre 2006.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/14).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© Istituto Superiore di Sanità 2007

INDICE

| | |
|--|-----|
| Premessa | iii |
| Introduzione <i>Ranieri Guerra</i> | 1 |
| Saluto ai presenti <i>Guerino Di Tora</i> | 2 |
| Visione europea e visione globale <i>Stefano Cianca</i> | 4 |
| Equità nell'assistenza, malattie croniche e percorsi assistenziali <i>Marco Geddes da Filicaia</i> | 7 |
| Le diseguaglianze nella salute: il 2° rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG) <i>Gavino Maciocco</i> | 16 |
| Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze <i>Maurizio Marceca, Salvatore Geraci, Martino Ardigò</i> | 19 |
| I Gruppi locali Immigrazione e Salute (GrIS) <i>Maria Edoarda Trillò, Filippo Gnolfo, Salvatore Geraci</i> | 25 |
| IL Gruppo Italiano per l'Accesso alle Cure Orali di base (GIACO) <i>Patrizia Di Caccamo, Roberto Santopadre</i> | 31 |
| Un'esperienza di lavoro in rete: il monitoraggio della convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza <i>Arianna Saulini</i> | 36 |
| Una rete per la promozione della salute della persona straniera <i>Anna Colucci, Pietro Gallo, Anna Maria Luzi</i> | 39 |

PREMESSA

Le disuguaglianze nella salute, socialmente determinate ed evitabili, possono essere considerate uno dei principali criteri di orientamento delle scelte per la sanità pubblica sia perché sono l'indicatore più sensibile per identificare situazioni in cui è possibile ottenere un misurabile miglioramento nella salute, sia perché in una chiave etica, sono inique e contraddicono la comune nozione di giustizia.

Stante l'attuale persistente situazione di disuguaglianze geografiche e sociali, quale impatto sulle disuguaglianze nella salute ci si può attendere dalle recenti o prossime trasformazioni delle politiche non sanitarie e sanitarie che influenzano la salute?

Dal punto di vista delle politiche non sanitarie sembra inevitabile un inasprimento delle disuguaglianze anche sotto il profilo della salute. Tale circostanza è determinata dalla difficoltà di ripresa di uno sviluppo economico che, almeno in Italia, tenderebbe a produrre meno ricchezza, a causa dei meccanismi distributivi di questa ricchezza e delle sue principali fonti (soprattutto il lavoro) che risultano sempre più segnate dalla competizione. Altre cause potrebbero ricercarsi nella lenta ma progressiva rinuncia dello stato sociale a promuovere direttamente l'inclusione e a combattere la povertà e nella delega ad un improbabile sviluppo di nuove responsabilità a carico della famiglia e delle comunità.

Dal punto di vista dell'impostazione del sistema sanitario pubblico, la principale minaccia di oggi, non è il venir meno della natura assicurativa del sistema verso i rischi poco frequenti di spesa molto elevata, quanto la sua natura solidaristica e ugualitaria verso i rischi molto frequenti di spesa normale, che verrebbe sostituita con interventi di "beneficenza" o comunque di assistenza alla povertà (eventualmente giustificati da un malinteso principio di sussidiarietà).

In questo quadro congiunturale, anche la lenta ma progressiva spinta alla "privatizzazione" dell'offerta può interferire con l'uguaglianza nella distribuzione della salute e della qualità dell'assistenza in modo non univoco.

Il sistema sanitario non ha una responsabilità diretta su molti dei determinanti distali e prossimali che sono all'origine delle disuguaglianze della salute eppure spesso ne sconta, anche nei confronti dell'opinione pubblica, i loro effetti sull'accessibilità ai propri servizi, nonché sulla qualità erogativa e organizzativa.

Oggi il sistema sanitario e i suoi professionisti hanno un'importante funzione di *advocacy* sulle disuguaglianze sanitarie nella società, attraverso adeguate attività di ricerca, monitoraggio, comunicazione e formazione rivolte a far conoscere la dimensione delle disuguaglianze nella salute, le loro cause, l'efficacia delle possibili azioni di contrasto e i fattori che hanno dato prova di successo nelle esperienze di buona pratica.

Enrico Garaci
Presidente
Istituto Superiore di Sanità, Roma

INTRODUZIONE

Ranieri Guerra

Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il forte incremento della crescita economica in vari Paesi del mondo non ha dato analoghi riscontri in un parallelo miglioramento dei parametri sociali e sanitari previsto dalle ottimistiche e talora utopiche dichiarazioni della fine degli anni Settanta (da Alma Ata ad Harare).

Come anche testimoniato in recenti rapporti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per lo sviluppo (UNDP) e dalla stessa Banca Mondiale (che ha notevolmente ridimensionato i propri programmi di aggiustamento strutturale), è evidente come il generale miglioramento nello stato di salute della popolazione tenda ad avere una distribuzione disomogenea, determinata dalla distribuzione del reddito e dell'accesso a risorse primarie educative e abitative.

Ciò implica che i determinanti di salute sono sempre più chiaramente ancorati al principio di uguaglianza e inclusione, pari opportunità, lotta sistematica all'emarginazione e alla povertà, rispetto del diritto che richiedono una forte azione politica basata sull'alleanza strategica tra governo e società civile, non più in visioni contrapposte e conflittuali, ma all'interno di un contesto di studio, elaborazione e progresso sociale condiviso.

Le politiche della salute sono chiamate, quindi, ad affrontare criticità emergenti e slegate dal paradigma puramente biomedico, per definire priorità affrontabili con strumenti economici e finanziari costantemente sottoposti a pressioni restrittive.

Anche in questo caso, l'identificazione degli obiettivi di salute e degli strumenti più adeguati per perseguirli non può prescindere da una logica partecipativa e attiva, basata sul dialogo tra il volontariato e il settore assistenziale da un lato e il settore formale e organizzativo sanitario dall'altra.

L'obiettivo dell'incontro è di promuovere una valutazione congiunta tra i due settori, spesso in competizione per l'accesso alle limitate risorse disponibili, sui principi etici, giuridici e politici che possono dar luogo ad una collaborazione basata sulle evidenze e sulle buone prassi nazionali e internazionali che permetta di qualificare la lotta alle disuguaglianze, alle discriminazioni e all'esclusione.

Il convegno è il nono di un ciclo di manifestazioni, organizzate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con la Caritas Diocesana di Roma.

SALUTO AI PRESENTI

Guerino Di Tora
Caritas Diocesana di Roma, Roma

Questo convegno, ormai il nono, frutto della proficua collaborazione tra Caritas Diocesana di Roma e Istituto Superiore di Sanità, vuol porre l'attenzione sull'importanza della condivisione di problematiche, di indirizzi e di strategie tra volontariato e istituzione pubblica, nell'impegno contro l'esclusione e le disuguaglianze per una salute "per tutti".

Ascolteremo i suggerimenti e le metodologie che ci vengono da esperti dei due comparti e cercheremo di instaurare tale collaborazione già ora tra i relatori e tra gli uditori. Tali sinergie infatti, tra molti dei presenti e tra le agenzie che essi rappresentano, già esistono negli ambiti assistenziale, di ricerca, di riflessione, improntate nel comune impegno contro le disuguaglianze, spesso contro le ingiustizie, in un spirito di reale e profonda corresponsabilità.

Per questo auguro che i medici, gli operatori sociali e sanitari e i volontari qui presenti possano formare un'unica comunità. Una realtà che possa divenire vera produttrice di salute, attraverso le politiche, le metodologie, la sensibilizzazione, le tecniche e le modalità adeguate.

Vorrei soltanto, augurando a tutti i migliori risultati, ricordare che questa è solo una parte del lavoro.

Dal 1998 ci incontriamo a ridosso della Giornata mondiale che ricorda i "diritti delle donne e degli uomini" per riflettere su diritti nascosti, calpestati o negati e su come poter assicurare a tutti una "salute senza esclusioni".

Nel progetto di civiltà, l'estensione dei diritti ad un maggior numero di persone e l'aumento intensivo dei diritti per ciascuna persona è solo il primo passo del processo virtuoso che, se preso isolatamente, ha evidenziato progressi dal punto di vista dell'uguaglianza ma ha mancato la meta dello sviluppo.

Di fatto i diritti, ovvero le maggiori capacità dell'individuo, l'estensione delle sue potenzialità, devono avere una direzione e un senso. Salute, cultura, democrazia, sicurezza non sono un fine, ma lo strumento per costruire valori di civiltà. Ci sono società ricche, colte ed educate, ma violente e individualiste. Ci sono società dove il diritto alla salute è esercitato ma solo perchè una società egoista e ignava, mantenga come in uno zoo i suoi esemplari il più a lungo possibile perchè non facciano nulla.

Il diritto allora trova il suo senso fuori del diritto stesso, oltre il diritto. Altrimenti la politica dei diritti esplode in un desiderio a cui poi fa riscontro un'amara verità: non si può prescindere dai diritti acquisiti ma con essi, solo con la loro affermazione, non si produce una maggiore civiltà, quel reale progresso che à la politica dello sviluppo.

È ovvio che si può rispondere che l'azione nella salute è fornire uguaglianza e possibilità di salute, quel potenziale che ognuno utilizzerà come meglio crede. Se viene utilizzato questo criterio si deve slegare la salute dal concetto di sviluppo. Quest'ultimo è ben più che un principio di efficienza ma di civiltà dove divengono essenziali non solo i diritti ma l'uso che ne fanno i cittadini.

Se applicassimo tale deduzione ad altro campo, per esempio quello delle politiche educative e culturali, dovremmo constatare che se è necessario che in una nazione sia massimo il numero di individui con formazione universitaria e minimo quello degli analfabeti. Ma una nazione può essere molto colta e poco sviluppata se utilizza questa formazione educativa per politiche razziste e di pulizia etnica come nel periodo nazista in Germania.

È evidente come le differenze in *capability* (capacità) e in sviluppo non sono sempre parallele nei due compartimenti, quello del Sud del Mondo senza diritti reali e quello del Nord dove invece le politiche degli *human rights* (diritti umani) hanno uno sviluppo più avanzato: dunque il secondo è colmo di insoddisfazione, di depressione che viene regolata con un ampliamento dei diritti sanitari, quelli alla medicalizzazione chimica, dell'ansia e dell'insoddisfazione. Ma il cortocircuito non migliora, perché il diritto da solo non può dare la risposta, perché esso è uno strumento per quegli obiettivi di civiltà di cui però bisogna riconoscere la direzione e il senso.

Questa non coincidenza di povertà, sviluppo e civiltà è ciò che ha dato forza alla visione postmoderna dello *Human Development* (sviluppo umano) che ereticamente non pone la ricchezza e il potere dell'occidente corrispondenti allo sviluppo umano.

Quindi è ovvio estendere i diritti, ma non fermarsi a ciò: considerarli mezzo, potenzialità di sviluppo; non fine, ma strumento.

Qui è la differenza più grande tra le politiche solidaristiche cattoliche, liberali, socialiste, o di qualsiasi altro tipo.

Tutti sono d'accordo nell'estensione dei poteri dell'uomo: non tutti coincidono con gli obiettivi da raggiungere. Per le politiche liberali classiche, all'individuo è lasciato autonomamente il declinare le energie che i nuovi diritti hanno determinato. Che egli con la sua salute non faccia niente o al contrario le utilizzi per scopi diversi è lo stesso. Che abbia buoni polmoni per scalare una montagna o per farci nulla è lo stesso.

Per il cristiano i diritti devono divenire mezzo di perfezionamento per arrivare al bene comune, al bene della comunità.

L'antica domanda si ripropone, incessantemente. Cos'è il bene comune? Che cos'è il bene comune in sanità?

Antidepressivi per tutti? Chirurgia estetica? La ricerca di una sempre giovinezza? La ricerca negli antimalarici?

E cos'è civiltà? Quando una società è civile? Quando si hanno più diritti senza nessuna direzione o quando questi sono coordinati ad un perfezionamento della famiglia umana? E cosa vuol dire perfezionamento?

Non rispondere a queste domande vuol dire rimanere forse nelle nebbie dell'ambiguità moderna: combattere per un bene che non possiamo esimerci dal conoscere ma su cui nessuno ha le idee chiare, né invero il desiderio di trovare davvero risposte.

Questi incontri sono certamente momenti importanti per condividere esperienze ma anche per porci domande, sempre più profonde, sempre più essenziali, per scoprire o almeno cogliere il dovere umano della corresponsabilità.

Grazie e buon lavoro a tutti.

VISIONE EUROPEA E VISIONE GLOBALE

Stefano Cianca

Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Cosa occorre per perseguire l'uguaglianza? In linea teorica che sia garantito a tutti l'accesso ai servizi, che le risposte da questi fornite siano personalizzate e non condizionate dai centri di offerta e che possano essere soddisfatti anche bisogni e necessità non sempre visibili o palesi, alle volte nemmeno chiari agli stessi portatori di interessi.

Il recepimento dell'art. 13 del Trattato di Amsterdam ha prodotto l'attivazione di numerosi enti per l'uguaglianza in tutti i Paesi europei pur evidenziando che esistono ambiti di azione e livelli di competenza non omogenei. L'accesso ai servizi sanitari è uno degli ambiti prioritari di lotta alla discriminazione e quasi tutte le Costituzioni dei Paesi europei riportano articoli che, anche se in forma diversa, garantiscono equi diritti fra le persone, proibendo la discriminazione sulla base sia dell'origine etnica e della razza, sia della nazionalità, della religione o delle credenze personali.

Se nei testi costituzionali è sempre presente il riferimento alle disuguaglianze, diversa è la situazione a livello di tutela. A livello costituzionale non viene mai o quasi mai esplicitamente fatto riferimento ad una garanzia di equo accesso ai servizi sociali e sanitari per le persone e, tanto meno, per particolari categorie delle stesse, anche quando definibili come fasce deboli della popolazione.

Nel contrastare le disuguaglianze sanitarie gli Stati Membri hanno seguito differenti approcci: alcuni hanno inserito nella loro legislazione chiari riferimenti alla lotta alle disuguaglianze sanitarie, altri presentano nei documenti nazionali di politica sanitaria solo riferimenti indiretti a principi e obiettivi, altri ancora hanno identificato specifici aspetti del problema, fissando impegni precisi, associando indicatori quantitativi ad obiettivi da conseguire in un determinato tempo.

Anche in riferimento alle diverse azioni e modalità di implementazione, la realtà europea si presenta piuttosto variegata: accanto a realtà dotate di piani di azione ben integrati e coordinati, ve ne sono altre che, pur disponendo di un elevato livello di consapevolezza sul problema, assumono impegni nel promuovere l'equità sanitaria solo nel quadro più generale delle politiche per lo sviluppo della salute pubblica. La maggior parte dei Paesi ha identificato singole azioni di contrasto alle disuguaglianze sanitarie senza necessariamente inscrivere in un *master plan* specifico oppure non ha sviluppato alcuna iniziativa specifica, agendo solo a livello nazionale e locale con azioni rivolte ai determinanti sociali della salute.

Dall'analisi delle diverse *policy* si evidenzia come, laddove le strategie e le azioni sono focalizzate e integrate tra i diversi competenti settori governativi, più alta è la probabilità che l'*outcome* vada nella direzione auspicata.

Le politiche per la riduzione delle disuguaglianze sanitarie hanno più facilmente successo quando esiste un chiaro *Master Plan of Action* che possa essere implementato, monitorato e focalizzato su obiettivi specifici realizzabili in una tempistica realistica. Le diverse modalità di monitoraggio e valutazione, applicate dai Paesi europei, mostrano in generale una scarsa adozione di approcci sistemici di *policy-making evaluation* basati sull'evidenza, pochi esempi di "piattaforme" (*framework*) di intervento e metodi per la misurazione dei progressi nel raggiungimento degli obiettivi di riduzione delle disuguaglianze sanitarie.

In questo scenario, occorre chiedersi se finora il contributo dato dai *policy-maker* alla creazione di piattaforme intersettoriali e/o interdipartimentali di intervento contro le *Health*

Inequalities, sia stato sufficiente e cosa dovrebbe essere fatto dagli Stati Membri per arrivare ad una comune definizione di *health inequity, target, remedial action, monitoring system*. La formulazione degli obiettivi aiuta o ostacola l'implementazioni di efficaci azioni volte alla riduzione delle disuguaglianze di salute? Qual è il reale impegno politico e finanziario oltre i *white paper*? Come assicurare capacità e infrastrutture per consentire alle politiche promosse di essere implementabili e sostenibili? Come valutare l'impatto potenziale delle politiche non appartenenti al settore della salute, sulle disuguaglianze sanitarie?

Le tendenze europee mostrano un orientamento al contempo diretto verso l'integrazione delle *policy* e la loro devoluzione localistica. La normativa recentemente prodotta o in via di discussione nei diversi Paesi tende ad affrontare gli attuali processi di cambiamento, scegliendo la via dell'integrazione tra sistemi (sociale, sanitario, economico, ecc.) e della corresponsabilità politica e amministrativa a più livelli. Tale processo è ottenuto mediante il rafforzamento del sistema integrato dei servizi e interventi progettati e messi in atto sul territorio in maniera pianificata e coordinata tra i diversi attori (pubblici e privati) coinvolti. Parallelamente, emerge una tendenza a favorire lo strutturarsi di sistemi locali di *welfare* dove talvolta la dimensione locale predomina su quella nazionale.

Quali sono i rischi dell'attuale situazione? Le nuove politiche locali sembrano aver causato, un po' ovunque in Europa, situazioni di non omogeneità nelle erogazioni dei servizi, sia in termini di prestazioni che di accesso. Cresce la tendenza ad individuare più livelli di responsabilità sulle politiche sociali e sanitarie, si registra un ampliamento e una strutturazione dei livelli politici, delle responsabilità amministrative e della gestione delle politiche mentre più livelli amministrativi e più attori sociali – siano essi privati o pubblici – sono chiamati a cooperare.

In termini di progettualità, le azioni dei Paesi europei sembrano privilegiare modalità indirizzate al superamento di più svantaggi/disuguaglianze contemporaneamente presenti in un'unica situazione di disagio, al superamento delle barriere di comunicazione, alla disponibilità di informazioni effettivamente fruibili, a dare risposta a un problema chiave quale quello del rapporto tra utenti e istituzioni, implementando ruoli e/o strutture che fungano da mediatori tra bisogni del singolo e servizi presenti. Gli strumenti individuati dai diversi governi per l'implementazione delle azioni nazionali individuano per esempio specifiche figure professionali (es. mediatore culturale per gli immigrati, mediatore sociale per gli anziani), strumenti-strutture di interfaccia con i servizi e le istituzioni (es. per i disabili) e una costante ricerca attiva di buone pratiche, orientate al miglioramento dell'accessibilità.

Accanto alle disuguaglianze tradizionali emergono poi nuove disuguaglianze ancora non codificate. Spesso i diritti sono strutturati sul riconoscimento di uno status, (es. di disabile o di malato mentale) ma la quotidianità offre anche situazioni nelle quali il riconoscimento degli status non è semplice. Il riconoscimento di uno status necessita di soggetti attivi in grado di comunicare le loro necessità mentre molte persone in condizioni di bisogno estremo non chiedono niente ai servizi, altre in determinate condizioni culturali e sociali non sono consapevoli del fatto che è un loro diritto detenere un migliore stato di salute. Occorrono pertanto progetti che mirino a superare ambiti di intervento rigidi e precostituiti, orientati ad ampliare le competenze degli enti per l'uguaglianza per allargare il loro raggio di azione verso settori più vasti rispetto a quello della lotta a una specifica e sola discriminazione.

A livello globale, se nella Conferenza di Alma Ata (1978) tutti i governi del mondo hanno sottoscritto l'impegno per una *Health for All* entro il 2000, alla fine degli anni '90, gli obiettivi *Health for All* sono stati modificati in *Health for All 21*, prendendo atto che il cammino verso una maggiore giustizia dei diritti si è rallentato per il prevalere di logiche impostate sul profitto e la globalizzazione finora senza molte regole di mercato. Per rispondere alle disuguaglianze a livello globale, le agenzie internazionali di sviluppo hanno recentemente iniziato a riesaminare

il modo in cui conducono le proprie attività, capovolgendo l'approccio finora dominante in tutti i programmi di aiuto allo sviluppo con una nuova strategia di intervento e comprendendo che investire in salute e migliorare la salute pubblica, costituisce uno strumento fondamentale per la crescita economica.

EQUITÀ NELL'ASSISTENZA, MALATTIE CRONICHE E PERCORSI ASSISTENZIALI

Marco Geddes da Filicaia
Ospedale Santa Maria Nuova, Azienda Sanitaria di Firenze, Firenze
marco.geddes@asf.toscana.it

Introduzione

Con il termine “equità nell’assistenza”, si intende l’assenza di differenze (disuguaglianze, che gli inglesi definiscono *inequalities*) inique, vale a dire di quelle differenze che, permanendo dopo aver tenuto conto dei bisogni e delle preferenze degli utenti, si traducono in *diseguaglianze* (1). Una diversa distribuzione di servizi e di modalità di risposta non identifica – di per sé – una iniquità. Appare evidente che, qualora tali differenze si presentino in misura ripetuta in uno stesso settore o gruppo di popolazione e, in particolare, siano associate a *outcome* di salute peggiori, rappresentano di per sé indice di iniquità. L’equità dell’assistenza è quindi definibile come un eguale trattamento per eguale bisogno e implica che, in presenza di uno stesso bisogno, i soggetti dei diversi gruppi dovrebbero essere “trattati” sia in termini quantitativi che qualitativi in modo uniforme (2). Questa valutazione è ovviamente complessa, perché, se da un lato necessita di misurare la distribuzione del bene “assistenza”, dall’altro, deve verificare anche il bisogno, in termini di incidenza e prevalenza della patologia, di stadio o gravità, di comorbidità e, non ultimo, di preferenze degli utenti.

Sul “valore” dell’equità dell’assistenza, se circoscritto ai termini essenziali, vale a dire alla disponibilità e qualità dei servizi che hanno rilevanza sullo stato di salute, sulla sopravvivenza, sulla qualità della vita dell’utente, vi è un’ampia concordanza. Ogni sistema sociale minimamente evoluto è stato realizzato per dare ai propri cittadini una risposta adeguata, al momento del bisogno, di assistenza sanitaria. Gli Stati moderni hanno “inventato” il *welfare* proprio a partire dai problemi di assistenza alla malattia. Uno dei motivi è quello della coesione sociale, l’altro è quello di assicurare un margine di sicurezza, tale da non ridurre in povertà a causa di una malattia.

I sistemi sanitari hanno una loro giustificazione nella misura in cui sono rispondenti ai bisogni degli utenti, e in tale definizione vi è insito un elemento di equità. Un sistema assicurativo si giustifica sostenendo di offrire in forma più efficiente un’adeguata copertura (e nel termine stesso di “adeguata” vi è un elemento di rispondenza ai bisogni dell’assistito), ed eventualmente affidando la tutela della salute, per fasce più deboli (anziani, bambini), a istituzioni governative. Il rilevare una ineguaglianza proprio a carico di quelle categorie che si afferma essere tutelate, mostrerebbe i limiti di tale sistema.

Un sistema sanitario universalistico, basato sulla fiscalità generale come quello italiano o quello inglese, ha la sua ragion d’essere proprio nella equità, vale a dire nella capacità di dare risposte relazionate allo stato di bisogno e non ad altre variabili, quali disponibilità economica, livello sociale, luogo di residenza, ecc. Il valutare quindi l’equità dell’assistenza nell’ambito di un sistema universalistico vuol dire misurare uno degli elementi essenziali, costitutivi del sistema stesso.

Le disuguaglianze nell’assistenza sanitaria sono la conseguenza di diversi fattori: la copertura assistenziale della popolazione, le priorità degli erogatori in termini di allocazione di risorse, la localizzazione dei servizi sanitari, la possibilità – anche fisica – di accesso ai servizi,

le modalità di presa in carico dei pazienti, la capacità di assicurare un percorso assistenziale, i comportamenti degli operatori.

In questo mio contributo mi riferirò, quasi esclusivamente, alla situazione italiana in cui, per l'esistenza di un sistema sanitario a carattere universalistico, non sussistono problemi di copertura assistenziale differenziata e le disuguaglianze di salute dovrebbero essere un fenomeno marginale. In realtà marginale è la conoscenza del fenomeno, poiché mancano rilevazioni sistematiche del parametro "stato sociale" e le ricerche sono localizzate solo su alcune problematiche o in qualche area del Paese. Malgrado tali limitazioni esistono ormai alcuni elementi che ci sollecitano ad una riflessione, anche in relazione all'evolversi del quadro epidemiologico e alle strategie adeguate per affrontare le patologie croniche.

Le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria

Il percorso in gravidanza

Come noto il percorso assistenziale in gravidanza è oggetto di particolare tutela da parte del servizio sanitario, specie in alcune regioni che ne hanno fatto uno degli elementi qualificanti del Piano sanitario regionale e delle strategie di prevenzione, con la messa a punto di specifici protocolli. Malgrado ciò anche in regioni, quali la Toscana, il cui sistema sanitario è giudicato fra i più adeguati del nostro Paese, vi sono forti diversificazioni nell'accesso ai servizi, in relazione al livello sociale delle gestanti.

Il corso di preparazione alla nascita, il cui accesso è, come noto, gratuito, presenta infatti percentuali di frequenza notevolmente diversificate per titolo di studio: donne con licenza elementare: 15,9%; con licenza media: 35,8%; diplomate 59,1%; laureate: 69,3%.

Anche altri elementi del percorso assistenziale sono fortemente diversificati: il 3,6% delle donne senza titolo di studio o con licenza elementare non effettua, nel corso della gravidanza, neanche una visita medica e il 4,1% neanche un esame ecografico (il protocollo per la gravidanza della Regione Toscana prevede tre ecografie ostetriche, una per ciascun trimestre). All'estremo opposto le donne laureate effettuano visita medica e ecografia nella quasi totalità e ben il 4,4% si sottopone a 10 o più ecografie (oltre 1 al mese!) nel corso della gravidanza (3), evidenziandosi così da un lato un sottoutilizzo e dall'altro uno spreco di prestazioni sanitarie.

Le differenze nel percorso alla nascita sono peraltro un dato comune ad altre realtà sanitarie. Recentemente è stato reso noto il dato dell'accesso alla diagnosi prenatale per classe sociale in Francia; l'indagine evidenzia una probabilità di accesso di 0,3 delle donne disoccupate e di 0,4 delle dipendenti pubbliche, rispetto al valore 1 per le donne professioniste. Di conseguenza il rischio per la sindrome di Down alla nascita risultava molto più elevato fra queste due categorie di donne: pubbliche dipendenti 1,9; disoccupate 2,4 (Professioniste =1) (4).

La prevenzione oncologica

L'indagine multiscope dell'ISTAT ha esaminato, per il 2004-2005, il ricorso a due indagini di diagnosi precoce (il pap-test e la mammografia), rilevando anche, quale *proxy* della classe sociale, il titolo di studio delle utenti. I dati, paragonati alla precedente indagine (5), sono riportati nella Tabella 1 (pap-test per titolo di studio: classe di età 25-64 anni) e nella Tabella 2 (mammografia per titolo di studio: classe di età 50-69 anni).

Tabella 1. Pap-test per titolo di studio: classe di età 25-64 anni

| Titolo di studio | 1999-2000 | 2004-2005 |
|------------------------------------|-----------|-----------|
| Laurea e diploma superiore | 70,8 | 72,3 |
| Licenza media | 70,6 | 71,7 |
| Licenza elementare e nessun titolo | 63,3 | 66,1 |
| Totale | 68,7 | 70,9 |

Tabella 2. Mammografia per titolo di studio: classe di età 50-69 anni

| Titolo di studio | 1999-2000 | 2004-2005 |
|------------------------------------|-----------|-----------|
| Laurea e diploma superiore | 70,0 | 79,3 |
| Licenza media | 66,7 | 73,6 |
| Licenza elementare e nessun titolo | 51,8 | 65,5 |
| Totale | 58,1 | 71,0 |

Il dato evidenzia un incremento, nel ricorso a tali accertamenti, leggermente più accentuato per le donne con titolo di studio basso, con una conseguente modesta riduzione delle differenze di accesso per classe sociale. Interessante rilevare che l'accesso agli accertamenti avviene, per le donne con licenza elementare o senza titolo di studio, prevalentemente tramite la chiamata attuata dai programmi di screening (38,9% per mammografia) o attraverso il medico di base (20,5% per mammografia), mentre le laureate accedono a questi presidi diagnostici prevalentemente di propria iniziativa (37,4%) o su indicazione dello specialista (22,0%). L'offerta di un servizio pubblico e il ricorso al medico di base sono, con ogni probabilità, gli elementi che hanno favorito l'accesso alla prevenzione di categorie più svantaggiate riducendo, nel corso del quinquennio, le disuguaglianze per tali prestazioni di diagnostiche.

L'accesso alle terapie innovative

Le terapie innovative sono accessibili in misura assai differenziata alle diverse fasce di popolazione e anche la loro distribuzione territoriale non corrisponde ad un'effettiva necessità e alla conseguente programmazione di servizi, ma alle caratteristiche dell'offerta, alle iniziative dell'industria biomedica e alla velocità di diffusione delle nuove tecnologie.

Un esempio evidente è rappresentato dall'angioplastica coronarica nel trattamento dell'infarto miocardio acuto. In Toscana tale trattamento ha una frequenza estremamente diversificata¹ (Figura 1), passando dal 5% al 35% nelle diverse ASL della Regione.

Il netto differenziale geografico non rappresenta certo una differenza di bisogno nelle popolazioni, ma un'ineguale distribuzione dell'offerta, con valori più elevati nelle aree vicine alle Aziende ospedaliere. Situazioni analoghe si riscontrano anche per la frequenza di coronarografie effettuate entro 4 settimane dall'episodio acuto (6).

¹ È stata presa in esame l'effettuazione di angioplastica coronarica entro 1 giorno dal ricovero per infarto miocardio acuto, considerata come *proxy* dell'angioplastica primaria.

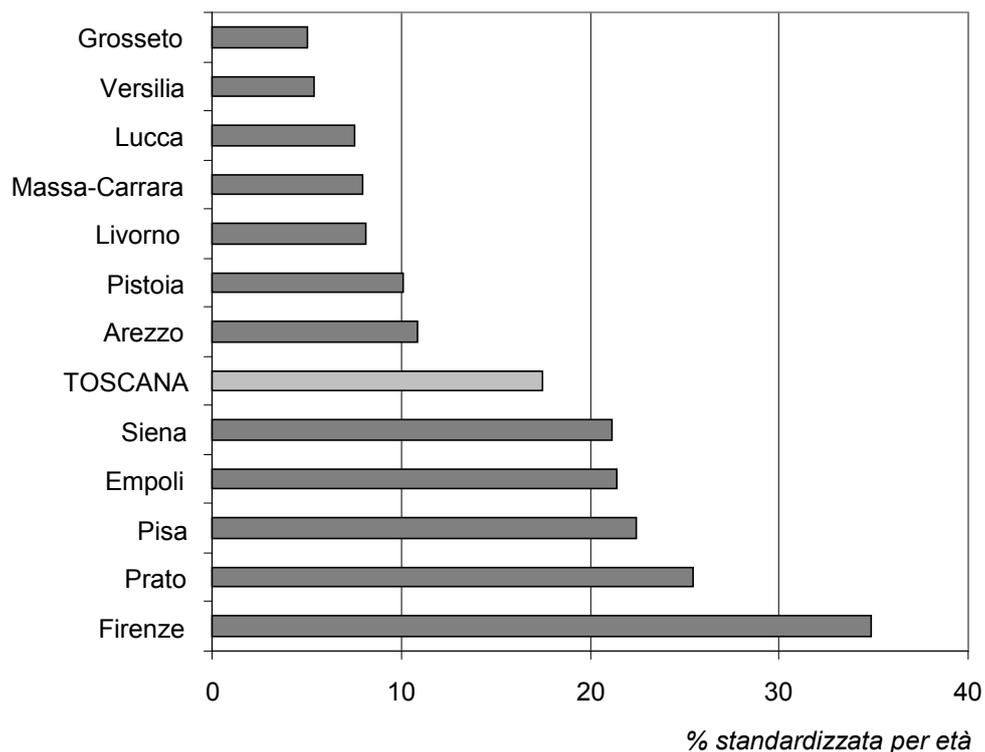


Figura 1. Toscana: variazioni per Asl di residenza dell'uso angioplastica coronarica nel trattamento dell'infarto miocardico acuto (triennio 2000-2002)

Fonte: Registro regionale toscano dell'infarto miocardico acuto (Tosc-AMI).

Primo rapporto: incidenza e prognosi dal 1997 al 2002. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Osservatorio di epidemiologia. Documenti ARS 19. Firenze 2005

Risultati indicativi di differenza per classe sociale nella cardiologia invasiva sono stati evidenziati in uno studio condotto a Roma per il periodo 1998-2000. Gli indicatori di stato sociale rilevato erano il livello di scolarità e un indice socio economico della sezione di censimento di residenza. La probabilità di avere un trattamento ripercussivo era del 25% inferiore nei pazienti residenti in aree socio economiche più deprivate e del 23% in meno nei soggetti con basso livello di scolarità (7).

Un ulteriore esempio, assai rilevante, di accesso a terapie innovative, in termini di ridotto accesso o di sovrautilizzo, è rappresentato dai farmaci biologici per una malattia cronica assai diffusa: la psoriasi. Tali farmaci (Etanercept, Efalizumab, Infliximab) sono di recente immissione in Italia e la loro somministrazione avviene come fase di un preciso percorso terapeutico, in soggetti non rispondenti ad altri trattamenti sistemici. Dall'analisi dei dati del primo anno di terapia emergono rilevanti differenze regionali nel tasso di prescrizioni per abitanti, con un fattore di variazione interregionale superiore di 8 volte per ciascun dei farmaci in commercio, non certo imputabili alla diversa prevalenza della patologia! Due regioni si pongono in testa al tasso complessivo di prescrizioni per abitanti: il Lazio e la Toscana. All'opposto Piemonte e Lombardia presentano i tassi di prescrizione più contenuti, e complessivamente tale profilo è condiviso da tutto il nord Italia (8).

Differenze ancor più accentuate si riscontrano nel numero di pazienti arruolati per Centro di trattamento (centro *Psocare*). Esaminando due realtà regionali analoghe per popolazione residente, livello dei servizi sanitari e numero di centri *Psocare* istituiti (Regione Emilia

Romagna, Regione Toscana) si evidenzia come, in entrambe le realtà, vi siano differenze fra centri, non interpretabili sulla base delle dimensioni del bacino di utenza. Ad esempio i pazienti in trattamento in Emilia Romagna risultano 35 a Bologna, 252 a Modena e 10 a Rimini; per quanto riguarda la Toscana, limitandosi solo a qualche dato, sono 5 a Grosseto, 45 a Siena e 266 a Firenze.

I trapianti

Anche in un sistema universalistico come quello italiano dove non vi sono barriere economiche al trapianto di rene, l'accesso (Regione Lazio) è assai diversificato per livello di istruzione, cosicché le persone con livello di istruzione superiore e quelle con laurea hanno una probabilità di ricevere il trapianto superiore al doppio (rispettivamente 2,53 e 2,71) rispetto al livello di istruzione più basso (9). Con ogni probabilità i meccanismi di discriminazione si determinano "a monte" e non tanto perché si passa avanti nella lista di attesa. Uno degli elementi che gioca un ruolo è il ritardo, per i livelli di istruzione bassa, ad accedere alle diagnosi e pertanto una successiva difficoltà ad accedere al trapianto.

I percorsi assistenziali

Ciò che caratterizza gli esempi qui riportati, e che potrebbero moltiplicarsi ricorrendo agli studi di altri Paesi, è che trattasi di singole fasi di percorsi assistenziali.

Con il termine percorso assistenziale si intende la gestione clinica e assistenziale definita, in accordo con la *Evidence based medicine*, per offrire, nello specifico contesto applicativo locale, il miglior processo assistenziale (10, 11).

L'obiettivo di un processo assistenziale è pertanto la riduzione della variabilità non necessaria e l'incremento della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza dei servizi offerti. Il percorso assistenziale denota quindi una procedura differente dalle linee guida o dai protocolli, anche se deriva da essi e utilizza, nella sua costruzione, il contenuto di protocolli e linee guida. Il termine percorso denota, infatti, l'applicazione di una o più linee guida in un contesto locale (in ciò analogamente ai protocolli), accentuandone tuttavia il carattere di multidisciplinare, estendendosi anche al di fuori della singola istituzione (es. l'ospedale), protraendosi nel tempo e assumendo, quale riferimento, non il professionista o l'operatore ma il paziente.

Si parla pertanto più correttamente di percorso per definire la programmata assistenza in gravidanza (percorso nascita) o la gestione di un paziente diabetico cronico, di un paziente con psoriasi ecc.

Negli esempi illustrati non siamo di fronte ad un episodio acuto, ma a interventi di prevenzione, di diagnosi precoce, di "terapie" da effettuare dopo un'attenta valutazione (i trapianti). Anche l'angioplastica è una fase (seppure precoce) di un percorso assistenziale che inizia con una diagnosi, si attua con l'intervento (in urgenza ma anche in elezione) e prosegue con controlli e terapie. In altri termini il trattamento dell'infarto dà inizio ad un percorso e la qualità dell'assistenza (e la sopravvivenza) è affidata alla cardiologia interventistica, ai farmaci, alla *compliance* verso la terapia, alla modifica delle abitudini di vita ecc.

Il "percorso" è lo strumento con cui si interviene nell'ambito della cronicità e, tanto è più complesso e molteplici sono i soggetti che vi intervengono quanto più rilevante è la cronicità, sia in termini di durata che di complessità (o "ricchezza") assistenziale.

Il quadro epidemiologico futuro e i modelli assistenziali

Il quadro epidemiologico che si prospetta nei prossimi decenni è quello di un incremento delle condizioni di cronicità, con un necessario approccio gestionale che tenga conto delle diversità fra patologie croniche e quelle acute, sulle quali abbiamo modellato, in larga misura, i nostri servizi sanitari (Tabella 3).

Tabella 3. Caratteristiche della malattie acute e di quelle croniche

| Caratteristiche | Patologie acute | Patologie croniche |
|------------------------|---|--|
| Insorgenza | Improvvisa | Solitamente progressiva |
| Durata | Limitata | Lunga, indefinita |
| Causa | Solitamente singola | Di solito multipla e con cambiamenti nel tempo |
| Diagnosi e prognosi | Solitamente accurata | Spesso incerta |
| Intervento tecnico | Solitamente efficace | Spesso non decisivo, con effetti collaterali |
| Esito | Guarigione | Raramente la guarigione |
| Incertezza | Minima | Pervasiva |
| Conoscenza | Professionisti; i pazienti sono inesperti | Pazienti e professionisti hanno conoscenze complementari |
| Assistenza | Prevalentemente personale sanitario | Prevalentemente il paziente stesso e la comunità |
| Decisioni | Concentrate nel tempo | Giorno per giorno |
| Impatto | Limitato alle strutture sanitarie | Esteso all'interno della comunità |
| Obiettivi | Prevalentemente medici | Altri |

L'aumento delle malattie croniche è stato definito una "epidemia" (12), che sarà tanto più drammatica – al di là della percezione diffusa che associa diabete o ipertensione a situazioni economiche avanzate – nei Paesi a basso e medio reddito. Le stime della prevalenza del diabete, per esempio, valutano un incremento di tale patologia nei Paesi in via di sviluppo, dal 2003 al 2025, dell'88% (in termini assoluti) a fronte di un incremento assai più contenuto (28%), nei Paesi sviluppati (13).

La situazione all'interno dei singoli Paesi è speculare rispetto a quella internazionale: la prevalenza delle malattie croniche sarà assai più elevata nelle classi più svantaggiate. Negli Stati Uniti, per esempio, la prevalenza del diabete è tripla nella popolazione bianca con bassa scolarità (10,1%) rispetto ai laureati (3,2%) e differenze analoghe sono presenti in tutti i gruppi etnici (14).

Vi è, per l'Italia, una recente stima delle malattie croniche (15) che riportiamo in Tabella 4; non sono invece disponibili, a livello nazionale, in Italia, dati di prevalenza per classe sociale. Tuttavia i principali determinanti di molte patologie croniche (fumo, consumo di alcol, sovrappeso, limitata attività fisica) si concentrano nelle classi sociali basse (16), e ciò determina una più elevata prevalenza di patologie croniche in tale fascia di popolazione, con differenze destinate ad accentuarsi nei prossimi decenni.

Tabella 4. Stima della prevalenza delle principali patologie croniche

| Malattia | Prevalenza % | Stima Italia | Fonte |
|--------------------------------|----------------------|---------------------|------------------------|
| Insufficienza cardiaca cronica | 3,5% oltre i 65 anni | 365.000 | Clinical Evidence |
| Artrite reumatoide | 0,98% | 550.000 | |
| Demenza senile (SDAT) | 6% oltre i 65 anni | 625.000 | Clinical Evidence |
| M. di Parkinson | 1,60% | 900.000 | Clinical Evidence |
| Positività HCV | 2% | 1.100.000 | Clinical Evidence |
| Ipertrofia prostatica | 20% oltre i 65 anni | 2.100.000 | Clinical Evidence |
| Tumori (tutte le forme) | 3,70% | 2.100.000 | Nat. Cancer Inst., USA |
| Diabete | 7% | 3.900.000 | Nat.Inst Health, USA |
| Asma | 7,20% | 4.000.000 | CDC, USA |
| Depressione | 7,50% | 4.200.000 | Office Nat. Stat., USA |
| Mal. Polmonare cronica ostr. | 4-10% | 2.250.000-5.630.000 | Chest, 2003 |
| Iperensione | 20% | 11.000.000 | Clinical Evidence |
| Osteoartrosi | 30% | 17.000.000 | ACP Medicine, 2000 |

L'applicazione alle malattie croniche del paradigma assistenziale delle malattie acute – vale a dire il paradigma dell'attesa – provoca danni incalcolabili. Non possiamo mobilitarci solo quando il paziente cronico entra in fase di scompenso e, finalmente, si trasforma in acuto e accede ai servizi di emergenza, al pronto soccorso, all'ospedale di riferimento (17).

È necessario attivare una strategia diversa che prende il nome di *The Chronic Care Model* (18) e che si basa su sei elementi fondamentali:

1. attivare le risorse della comunità.
2. inserire le malattie croniche quale priorità all'interno delle scelte regionali e aziendali.
3. promuovere l'autocura del paziente.
4. rivedere l'organizzazione del team assistenziale inserendo assistenti sociali, educatori ecc.
5. adottare linee guida di supporto all'assistenza del team.
6. potenziare i sistemi informativi di monitoraggio dei pazienti e di collegamento ospedale-territorio.

Equi nell'acuzie; iniqui nella cronicità?

Vorrei, per concludere, richiamare l'attenzione su una possibile criticità nell'applicazione del modello assistenziale appropriato per la cronicità.

In sostanza, dai dati sopra esposti emergono alcuni punti fermi che possiamo così riassumere: la prevalenza delle malattie croniche è destinata a crescere nei prossimi anni; tali patologie si concentreranno, in misura più rilevante, nelle classi sociali più svantaggiate; la gestione di tali patologie richiede un coinvolgimento di lunga durata del paziente e dei familiari; le capacità di autocura e di integrazione sociale sono un elemento fondamentale.

Attualmente tuttavia il nostro sistema sanitario è orientato a far fronte, con gratuità di accesso, agli eventi acuti, e rischia di rispondere in modo frammentario e non equo ai problemi propri della cronicità (Tabella 5).

Tabella 5. Le potenziali criticità dell'assistenza alle patologie croniche a confronto con il sistema assistenziale orientato all'acuzie

| Acuzie | Cronicità |
|---|--|
| L'accesso ai servizi di emergenza è egualitario | I percorsi sono complessi e selettivi |
| Le diversità di comportamento individuali sono poco rilevanti | Le diversità di comportamento individuali sono molto rilevanti |
| Il supporto sociale non è indispensabile | Il supporto sociale è fondamentale |
| Il contributo economico non è richiesto | È richiesta la partecipazione ai costi assistenziali in ragione del reddito |
| Il supporto familiare non è necessario | Il supporto familiare è indispensabile |
| L'iter assistenziale si attua all'interno dell'ospedale | L'iter assistenziale coinvolge ospedale, il territorio e la comunità |
| La "mobilitazione" della rete solidale è più facile | La durata assistenziale comporta una mobilitazione della rete solidale più complessa |

Possiamo anzi affermare che, più un evento è acuto, o capace di inserirsi nel percorso per acuti, più è tutelato. La gratuità di trattamento, indipendentemente dal livello di copertura (anche per gli immigrati illegali) caratterizza il percorso intraospedaliero, attraverso il pronto soccorso; il ricovero in struttura sanitaria, anche se prolungato, non rappresenta un onere per il cittadino; gli accertamenti, anche non urgenti, effettuati in regime di ricovero (anche di *day hospital*) sono esenti da ticket e ottenibili in tempi assai più brevi rispetto a quelli effettuati in regime ambulatoriale. Queste sono le ragioni per cui il pronto soccorso dei nostri ospedali è affollato, anche da casi non urgenti (codici bianchi e azzurri); analoghi sono i motivi di contenzioso fra il settore sanitario (nell'ambito del quale l'utente tende a prolungare la propria permanenza) e quello sociale, meno tutelante (anche se più appropriato) e con partecipazione ai costi.

Inoltre, per gli eventi acuti, è – naturalmente – più facile attivare sistemi e reti di protezione e aiuto, poiché l'evento desta più facilmente solidarietà, non richiede una continuità e programmazione di impegno a cooperare. Infine, in ambito sanitario, l'autonomia del paziente è ridotta o surrogata, dalla struttura che lo prende a carico (l'ospedale) mentre, nel percorso della cronicità, il livello di relazione, la capacità di gestione, le conoscenze formali e informali hanno un peso notevole anche nella comprensione dei percorsi possibili, nella adesione alle prescrizioni farmacologiche, fortemente condizionate dai livelli di istruzione (19).

Se il sistema sanitario, e gli stessi operatori, non porranno fra le priorità il tema dell'equità, i sistemi di cura orientati sulle patologie croniche rischiano di essere meno accessibili e di livello qualitativo peggiore proprio per quelle fasce di popolazione in cui si prevede una più elevata prevalenza di diabete, asma, ipertensione, insufficienza cardiaca.

Bibliografia

1. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. (Ed). *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington DC: National Academies Press; 2003. p. 127.
2. Mapelli V. Libertà di scelta ed equità nel sistema sanitario italiano: un'indagine campionaria. In: Costa G, Faggiano F (Ed.). *L'equità nella salute in Italia*. Milano: Franco Angeli; 1994. p. 253-70.
3. ARS. Osservatorio di Epidemiologia. *Nascere in Toscana 2002-2004*. Firenze: Agenzia Regionale Sanità Toscana; 2006. (Documenti ARS n. 21).

4. Koshnood B, *et al.* Advances in medical technology and creation of disparities: the case of down syndrome. *Am J Public Health* 2006;96:2139-44.
5. Istituto Nazionale di Statistica. *La prevenzione dei tumori femminili in Italia: il ricorso a pap test e mammografia. Statistiche in breve. Anno 2004-2005* Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20061204_00/testointegrale.pdf; ultima consultazione 2/4/2007.
6. Barchielli A. L'accesso ai servizi sanitari innovativi e di provata efficacia. *Salute e Territorio* 2006;158:301-2.
7. Picciotto S, Forastiere F, Stafoggia M, D'Ippoliti D, Ancona C, Perucci CA. Associations of area based deprivation status and individual educational attainment with incidence, treatment and prognosis of first coronary event in Rome, Italy. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:37-43.
8. Geddes M, Maciocco G. Psoriasi, terapie al test AIFA. *Il Sole 24 Ore X*, 6, 2007.
9. Miceli M, *et al.* Absence of economic barriers does not reduce disparities in the access to renal transplantation: A population based study in a region of central Italy. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:157-58.
10. Pearson SD, Gaulart-Fisher D, Lee TH. Critical pathways as a strategy for improving care; problems and potential. *Ann Int Med* 1995;123:941-8.
11. Kitchner D, Davidson C, Brumred P. Integrated care pathways: effective tools for continuous evaluation of clinical practice. *J Eval Clin Pract* 1996;2:65-9.
12. Horton R. The neglected epidemic of chronic disease. *The Lancet* 2005;366(9496):1514. Disponibile all'indirizzo <http://www.thelancet.com>; ultima consultazione 16/5/2007.
13. Narayan KMV, *et al.* How should developing countries manage diabetes? *CMAJ* 2006;175(7):733-6.
14. Borrell LN, *et al.* Education and diabetes in a racially and ethnically diverse population. *Am J Public Health* 2006;96:1637-42.
15. Consiglio sanitario regionale (Regione Toscana), Malattie croniche. Rapporto della Commissione sul "Modello di cura ai cronici". *Toscana Medica* 2007;3:33-4.
16. Buiatti E, Voller F. Disuguaglianze e stili di vita in Italia. *Salute e Territorio* 2006;159:294-300.
17. Lorini C, Voller F, Maciocco G. Malattie croniche, L'epidemia dimenticata. *L'Arco di Giano* 2006;47:9-94.
18. Bodenheimer T, Wagner EH, Grunbach K. Improving primary care for patients with chronic illness, *JAMA* 2002;288:1775-9.
19. Davis TC, *et al.* Literacy and misunderstanding prescription drug labels. *Annals of Internal Medicine* 2006;145:12.

LE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE: IL 2° RAPPORTO DELL'OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE (OISG)

Gavino Maciocco
Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OISG), Bologna
gavino.maciocco@unifi.it

Il concetto di libertà individuale comprende, da un lato, tutte quelle caratteristiche positive e funzionali che ci mettono in grado di vivere da individui responsabili e attivi, dall'assistenza sanitaria all'istruzione, alla liberazione dalla fame e dalla miseria e così via. Dall'altro lato, comprende anche nostre libertà e autonomie fondamentali quali la possibilità di partecipare ai processi politici e sociali che influenzano le nostre vite.

La libertà in questo contesto viene valutata sia nel suo senso positivo (libertà di) che nel suo senso negativo (libertà da) (1).

Il secondo rapporto dell'Osservatorio italiano sulla salute globale è dedicato alle diseguaglianze nella salute.

Diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria che si sono terribilmente dilatate in questi ultimi 20 anni, rappresentando uno dei più gravi scandali del nostro tempo.

“Io – scrive Ralf Dahrendorf – penso che la diseguaglianza sia un elemento della libertà. Una società libera lascia molto spazio alle differenze tra gli uomini, e non solo a quelle di carattere, ma anche a quelle di grado. La diseguaglianza però non è più compatibile con la libertà quando i privilegiati possono negare i diritti di partecipazione degli svantaggiati, ovvero quando gli svantaggiati restano nei fatti del tutto esclusi dalla partecipazione al processo sociale, economico e politico. A ciò esiste un solo rimedio, la dotazione elementare garantita a tutti. In essa rientrano i diritti fondamentali di tutti i cittadini, ma anche un livello di base delle condizioni di vita, forse un reddito minimo garantito, e comunque la prestazione di certi servizi pubblici accessibili a tutti” (2).

Su questi concetti si sono costruiti – a partire dagli anni '40 del secolo scorso – i sistemi di welfare universalistico nella maggior parte dei Paesi industrializzati.

Con argomenti opposti – quaranta anni dopo – si è negato che tali principi potessero essere applicati universalmente, anche nei Paesi più poveri, come solennemente richiedeva la Dichiarazione di Alma-Ata, frutto dell'Assemblea generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, tenutasi nella capitale del Kazakistan nel settembre del 1978.

Gli argomenti del neo-liberismo, diventato il pensiero egemone a partire dagli anni 1979-1980 (anni delle vittorie elettorali di M. Thatcher in Gran Bretagna e di R. Reagan in USA), sono:

1. i mercati sono i migliori e più efficienti allocatori delle risorse, sia nella produzione che nella distribuzione della ricchezza;
2. le società sono composte di individui autonomi (produttori e consumatori), motivati principalmente o esclusivamente da considerazioni economiche e materiali;
3. il *welfare state* – di stampo liberaldemocratico o socialdemocratico, tendente a mitigare le diseguaglianze nella società – interferisce con il normale funzionamento del mercato e deve essere, dove esiste, eliminato.

Secondo l'ideologia liberista, infatti, le diseguaglianze sono il necessario sottoprodotto del buon funzionamento dell'economia e sono anche “giuste” perché rispondono al principio che se

qualcuno entra nel mercato, qualcun altro ne deve uscire. Quindi le azioni del governo per correggere le “distorsioni” del mercato sono non solo inefficienti, ma anche ingiuste; e infatti il motto di R. Reagan era: “il governo non è mai la soluzione, il governo è il problema.”

C’è una relazione stretta e diretta tra l’affermazione di questa ideologia e il dilatarsi delle disuguaglianze: nel reddito, nell’istruzione, nella salute. Diseguaglianze tra nazioni, tra Paesi del nord e del sud del mondo; diseguaglianze all’interno delle nazioni, tra gruppi di popolazione appartenenti a differenti classi sociali.

L’epidemiologia ci consente di leggere con sempre maggiore precisione la dimensione quantitativa delle diseguaglianze nella salute e insieme il grado di correlazione tra indicatori sanitari (speranza di vita alla nascita, mortalità generale e specifica per patologia e per età, ecc.) e determinanti della salute (reddito, istruzione, accesso ai servizi sanitari, ecc.). L’ enorme mole di dati a disposizione svela scenari impressionanti. La morte, ogni anno, di 10,8 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni che – nel 90% dei casi – si verifica nei Paesi più poveri del pianeta; 10,8 milioni di decessi che potrebbero essere in larga parte (63%) evitati garantendo l’accesso a servizi sanitari di primo livello, tanto efficaci quanto economici (terapia della diarrea con reidratazione orale – solo con questo intervento si eviterebbero oltre 1,4 milioni di morti –, allattamento al seno, parti effettuati in ambiente pulito, somministrazione di vitamina A, vaccinazioni, ecc.) (3). La morte ogni anno di circa tre milioni di persone a causa di Hiv/Aids, soprattutto in Africa sub-Sahariana, anche per la mancanza di farmaci (troppo costosi) e di attrezzature e di personale adeguato (sistemi sanitari allo sfascio). Potremmo continuare a citare dati analoghi per tubercolosi, malaria, mortalità materna, ecc. Le correlazioni sono quanto mai evidenti: alla base di questo terribile eccesso di mortalità ci sono la deprivazione materiale, i bassi livelli d’istruzione, la pressoché totale impossibilità di accedere liberamente a servizi sanitari di base, essenziali e qualificati.

Gianni Tognoni, Marta Valerio e Marilena Romero nella Postfazione di questo Rapporto affermano: “Constatate, prevedere, osservare, tollerare, documentare, anno dopo anno, la morte (per milioni, o migliaia, o centinaia, o ...) di minoranze e maggioranze, non è un dato epidemiologico: è un genocidio, con le conseguenze di responsabilità che questo comporta. Qualsiasi adattamento-addolcimento-distinguo è una manipolazione programmata, che coinvolge le responsabilità della comunità scientifica, e di tutti coloro che prendono decisioni ‘come se’ si trattasse di qualcosa d’altro.”

È vero: questa mole di dati epidemiologici non serve – come sarebbe, anche eticamente, necessario – per prendere decisioni politiche e se ciò avviene – gli Obiettivi del Millennio – queste vengono sistematicamente disattese. E il termine genocidio, non è un’iperbole.

“Lo sviluppo – sostiene Amartya Sen – può essere visto come un processo di espansione delle libertà reali godute dagli esseri umani. Questa concezione, che mette al centro le libertà umane, si contrappone ad altre visioni più ristrette dello sviluppo, come quelle che lo identificano con la crescita del prodotto nazionale lordo (PNL) o con l’aumento dei redditi individuali, o con l’industrializzazione, o con il progresso tecnologico, o con la modernizzazione della società. Naturalmente la crescita del PNL o dei redditi individuali può essere un importantissimo *mezzo* per espandere la libertà di cui godono i membri della società: ma queste libertà dipendono anche da altri fattori, come gli assetti sociali ed economici (es. il sistema scolastico o quello sanitario) o i diritti politici e civili (es. la possibilità di partecipare a discussioni e deliberazioni pubbliche)” (4).

La visione ristretta dello sviluppo di cui parla Amartya Sen – quella che si identifica con la crescita del PNL e dei redditi individuali – è quella oggi dominante. È la visione che accetta – senza avvertire alcun senso di colpa – i terribili scenari che abbiamo prima citato.

Sia pur minoritarie si stanno facendo strada presso le istituzioni internazionali voci e posizioni diverse, come quella della Commissione sui determinanti sociali della salute –

costituita presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità e presieduta dall'epidemiologo Michael Marmot – il cui scopo dichiarato è proprio quello di trasformare le conoscenze di sanità pubblica in azione politica.

“L'azione sui determinanti sociali della salute – scrive Michael Marmot – è necessaria non solo per migliorare la salute ma anche perchè quei miglioramenti indicheranno che la società si è mossa per andare incontro ai bisogni delle persone. Oggi si discute molto – spesso dogmaticamente – su cosa è giusto o sbagliato nelle politiche economiche e sociali. La Commissione avrà un solo dogma: le politiche che danneggiano la salute umana vanno identificate e, dove possibile, cambiate. In questa prospettiva la globalizzazione e il mercato sono buoni o cattivi nella misura in cui – nel bene o nel male – influenzano la salute. Le diseguaglianze nella salute tra e all'interno dei Paesi sono evitabili. Non esiste alcuna ragione biologica perchè la speranza di vita debba essere di 48 anni più lunga in Giappone rispetto alla Sierra Leone o 20 anni più corta tra gli aborigeni rispetto agli altri australiani. Ridurre queste diseguaglianze sociali nella salute, venendo così incontro ai bisogni delle persone, è un problema di giustizia sociale” (5).

Bibliografia

1. Sen A. *La libertà individuale come impegno sociale*. Bari: Ed. Laterza; 1997.
2. Dahrendorf R. *Libertà attiva. Sei lezioni su un mondo instabile*. Bari: Ed. Laterza; 2003.
3. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362:67-71.
4. Sen A. *Lo sviluppo è libertà*. Milano: Mondatori; 2000.
5. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;365:1099-104.

ESPERIENZA MIGRATORIA, SALUTE E DISUGUAGLIANZE

Maurizio Marceca (a), Salvatore Geraci (b), Martino Ardigò (c)

(a) *Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma*

(b) *Area Sanitaria Caritas Diocesana di Roma, Roma*

(c) *Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Bologna*

Il fenomeno migratorio presenta caratteristiche storiche, demografiche, sociali e antropologiche diverse nelle diverse parti del globo. Tali differenze hanno ripercussioni nelle stesse scelte linguistiche – sia sotto l'aspetto giuridico e scientifico che sotto quello più propriamente semantico – atte a caratterizzarlo. Al di là dei termini preferenzialmente utilizzati: minoranze etniche, straniero, migrante, immigrato o loro sottoinsiemi (come 'richiedente asilo', 'rifugiato', 'rom', ecc.) ciò che accomuna, in tutte le parti del mondo, il nostro approfondimento, è quello di un possibile legame tra l'appartenenza ad una comunità che è stata, o è attualmente, protagonista di una migrazione e le caratteristiche di salute dei membri di questa comunità rispetto a quelle della comunità 'autoctona'.

La riflessione critica che ci proponiamo di stimolare richiede quindi una contestualizzazione successiva, che consideri, ad esempio, il complesso delle dinamiche di inclusione sociale, sia sotto l'aspetto della possibilità di acquisire la cittadinanza e i diritti a questa collegati (tra cui l'eventuale diritto all'assistenza sanitaria pubblicamente finanziata), sia sotto l'aspetto di una emancipazione economica che consenta di tutelare effettivamente la propria salute.

Nel dibattito scientifico sembra attualmente prevalere l'orientamento per cui la discriminazione razziale aggrava e oltrepassa le disuguaglianze causate dalla condizione socio-economica.

Gli scenari internazionale e locale del fenomeno migratorio

All'inizio del XXI secolo, circa 175 milioni di persone, il 48% donne, vivono al di fuori del loro Paese di nascita, il che corrisponde (al 2001) a poco meno del 3% della popolazione mondiale, ovvero a una persona su 35. Contrariamente a quanto si pensa, i migranti sono concentrati più nei cosiddetti Paesi in Via di Sviluppo (PVS) (98,7 milioni, pari al 56,3%) che nei cosiddetti Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) (76,4 milioni, pari al 43,7%). Il più rilevante polo migratorio nel mondo è comunque l'Europa, con oltre 55 milioni di migranti, poco meno della metà presenti nell'Unione Europea dove rappresentano il 5,2% della popolazione residente (ultimi dati pubblicati parlano di 191 milioni di immigrati nel mondo, il 49,6% donne, 1 persona su 33, e il 15-20% sono irregolari).

Circa il 10% dei migranti (vale a dire quasi 16 milioni) sono rifugiati, per quasi l'85% dislocati nei PVS, con un rifugiato ogni 7 migranti, rispetto ad un rifugiato ogni 31 immigrati nei Paesi a sviluppo avanzato. Attraverso un costante aumento delle presenze straniere a partire dagli anni '70, l'Italia è diventata (con circa tre milioni di presenze a fine 2005), un grande Paese di immigrazione, con segni distintivi di una tendenza all'insediamento stabile. Rispetto agli altri Paesi europei, ci collochiamo dietro Germania e Francia, con rispettivamente 7,3 e 3,5

milioni di presenze, e all'incirca allo stesso livello di Spagna (lo Stato UE che insieme all'Italia è caratterizzato da ritmi d'aumento più consistenti) e Gran Bretagna. Ad influire maggiormente sull'incremento della presenza immigrata in Italia sono tre fattori strettamente collegati: la peculiare collocazione geografica – con confini molto estesi – in un'area a forte pressione migratoria; una programmazione dei flussi quantitativamente debole e operativamente inefficace; il realistico recupero, attraverso le regolarizzazioni, degli immigrati sprovvisti di permesso di soggiorno ma già inseriti nell'area del lavoro nero.

Complessivamente, sono quasi 190 le nazionalità rappresentate. Oltre 2/3 degli immigrati in Italia è presente per motivi di lavoro, circa 1/4 per motivi di famiglia, e per quasi il 7% per vari motivi (adozione, motivi religiosi, residenza elettiva): nel complesso si tratta di quasi il 97% del totale dei permessi di soggiorno, dato che caratterizza il fenomeno migratorio come componente strutturale del tessuto sociale, economico e culturale del nostro Paese.

La componente migratoria irregolare è invece difficilmente quantificabile in maniera attendibile. Si stima che gli ingressi in Europa siano pari a circa 500.000 unità ogni anno. Dalle stime effettuate è emerso che il 75% degli immigrati irregolari è *overstayer*, cioè stranieri entrati con regolare permesso che permangono nel Paese ospite anche dopo la scadenza; il 15% è invece entrato clandestinamente utilizzando documenti falsi o nascondendosi su mezzi di trasporto e, di questi, solo il 10% è composto da clandestini sbarcati sulle coste italiane. La presenza di minori e di famiglie ricongiunte, fa sì che si passi da una condizione di tendenziale invisibilità sociale ad una relazione più intensa con il Paese d'accoglienza, imponendo un rapporto più serrato tra le culture.

Una revisione bibliografica internazionale: potenzialità e limiti

Nella revisione della bibliografia disponibile gli spunti più interessanti sono venuti dal confronto tra la letteratura sanitaria e quella dell'area umanistico-sociologica. Se consideriamo le disuguaglianze in salute è innegabile che alcune di queste, in particolari gruppi di individui, permangono dopo avere aggiustato i dati rispetto allo Status Socio Economico (SES). Questo lascia presupporre che esistano altri fattori responsabili delle disuguaglianze propri di quel gruppo, non assimilabili al SES, come ad esempio il colore della pelle delle madri rispetto al rischio di mortalità infantile dei bambini nati in USA. Alcuni autori finiscono pragmaticamente per ammettere che questo tipo di disuguaglianze evidenzino i limiti dell'integrazione fra diverse culture (e quindi difficoltà nella relazione tra servizi sanitari e gruppi culturali, maggiore esposizione a fattori di rischio, ecc.), o aperti fenomeni di razzismo. Ciò che sembra evidente comunque è che essere di razza non bianca, di etnia differente, o non appartenere alla cultura dominante sia di per sé stesso un fattore di rischio. Verificare questi studi è molto più complesso del previsto, per due ordini di problemi: tecnici (difficoltà nella raccolta dei dati e nella loro affidabilità, numero limitato di variabili in studio, loro valore istantaneo, disomogeneità e scarsa confrontabilità degli aspetti osservati) e concettuali. Questi ultimi risiedono in particolare nella mancanza di consenso sulle categorie in esame: uno studio del 2004 pubblicato sull'*American Journal of Epidemiology* ha evidenziato come tra il 1996 e il 1999 siano stati pubblicati su due riviste statunitensi di epidemiologia 919 revisioni della letteratura in cui venivano utilizzate per esprimere concetti di razza o etnia 27 variabili differenti. Un terzo di queste combinava i due concetti in un unico termine. Inoltre la letteratura umanistico-sociologica ha da tempo evidenziato la scarsa consistenza "epidemiologica" delle categorie di razza/etnia per via della loro elaborazione all'interno di processi politici (definizione dei diritti e dei doveri dei cittadini

rispetto agli stranieri, individuazione di categorie soggette a legislazioni speciali). Allo stesso modo appare ridimensionato anche il ruolo delle categorie culturali, che nel mondo globalizzato sono soggette alla complessità e alla rapidità delle relazioni tra persone. Di conseguenza sarebbe più corretto discutere di processi di inculturazione piuttosto che di categorie culturali, con le evidenti ricadute che questo comporta anche in ambito di ricerca. Ma il fatto che razza/etnia e cultura non delimitano categorie consolidate non mette affatto in dubbio la presenza delle disuguaglianze: sottolinea invece la presenza di processi sociali che discriminano direttamente alcune classi di persone e in queste classi, più frequentemente, ritroviamo individui che hanno sperimentato una storia di migrazione. Sono questi processi, più che caratteristiche etnico/razziali o culturali tipiche degli immigrati quei fattori che influenzano la differente incidenza e gravità delle malattie e l'accessibilità ai servizi sanitari di questi gruppi rispetto alla media della popolazione generale. Questo tipo di disuguaglianze sono state verificate già nei rapporti Black e Acheson e nel tempo confermate attraverso studi successivi. I gruppi con pregressa esperienza migratoria hanno mediamente un'aspettativa di vita inferiore alla popolazione generale, una mortalità infantile maggiore, riportano più frequentemente una cattiva salute, accedono più frequentemente in maniera scorretta ai servizi (sia sovra- che sottoutilizzo) e rischiano con maggior frequenza prestazioni inadeguate. Per quanto riguarda l'esposizione a fattori di rischio, la letteratura rileva come questi gruppi tendono ad essere costretti a vivere in abitazioni di bassa qualità, sovraffollate, spesso confinati in aree urbane degradate, con meno servizi e in cui è maggiore la criminalità. Altro fattore di rischio rilevato in maniera consistente è senza dubbio la povertà. Le persone che hanno sperimentato la migrazione hanno mediamente, rispetto al resto della popolazione, tassi di povertà più elevati, tassi di disoccupazione più alti, ricevono salari più bassi e sono maggiormente dipendenti dall'aiuto pubblico, quando esiste. I lavoratori immigrati sono più frequentemente assunti con ruolo di 'non specializzati', in una situazione di irregolarità e sottopagati, e sono sottoposti a lavori ad alto rischio per via dell'esposizione a tossici o ad ambienti di lavoro insalubri, con misure di protezione o equipaggiamento inadeguate od assenti, con orari di lavoro prolungati e con tutela insufficiente. A questo vanno aggiunti i problemi di natura linguistica o culturale, che possono aumentare il rischio lavorativo. In effetti, il tasso di infortunio degli immigrati in Europa è circa doppio del tasso di infortunio dei "nativi". L'accessibilità ai servizi, dal canto suo, può essere fortemente condizionata da diversi fattori: lo *status* giuridico del soggetto, che riduce la possibilità di accesso legale, con diverse gradazioni, a vari servizi, compresi quelli sanitari e di sicurezza sociale; il costo, in rapporto alle possibilità economiche degli utenti e alle loro necessità che negli immigrati risulta più frequentemente rilevante; la presenza di barriere fisiche all'accesso, dovute alla distanza, al collegamento mediante mezzi di trasporto pubblici, all'organizzazione (orari di apertura, numero di operatori, ecc.), alla compatibilità con i ritmi di vita e di lavoro, e le disuguaglianze nell'informazione anche sanitaria, tutti fattori dipendenti dall'organizzazione sociale delle comunità e dal grado di integrazione nei network locali.

In definitiva, le implicazioni concettuali e metodologiche rappresentano un potente stimolo per approfondire la conoscenza dei processi che in questo momento espongono in maniera consistente le popolazioni con esperienza migratoria a severe discriminazioni anche in ambito sanitario.

La salute degli stranieri immigrati: il caso Italia

Quali che siano le motivazioni iniziali, appare evidente come il tentativo migratorio sia messo usualmente 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 i 2/3 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 73% ha almeno il titolo medio-inferiore). 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 spesso molto faticose e usuranti sul piano fisico. Tali considerazioni sostengono quello che, nella letteratura di settore, è stato definito l'effetto migrante sano'.

Da qualche anno disponiamo di diverse fonti di dati a livello nazionale che ci forniscono importanti spunti per analisi e riflessioni. Interessanti sono ad esempio (seppur con alcuni limiti metodologici) i dati relativi all'ospedalizzazione, in quanto rappresentano una quota rilevante dell'assistenza sanitaria, soprattutto per questa popolazione. Dagli ultimi dati disponibili si evidenzia che il ricorso all'assistenza ospedaliera riconosce motivi connessi soprattutto a eventi fisiologici (gravidanze) o accidentali (traumi), e ciò può indicare che la popolazione straniera gode ancora di un discreto stato di salute. L'incremento, anche se contenuto, dei ricoveri per cause connesse a malattie degenerative e cardiache o per chemioterapia, annuncia una modifica, nel medio e lungo periodo, dell'attuale profilo di salute degli immigrati. Tale cambiamento potrebbe essere causato dall'acquisizione di stili di vita differenti da quelli dei Paesi di origine, dalla diversa caratterizzazione socio-demografica dei nuovi flussi migratori (soprattutto dall'Europa dell'Est) e dal progressivo invecchiamento di questa popolazione: ciò, insieme all'aumento nel numero di ricongiungimenti familiari con il possibile ingresso di membri della famiglia più vulnerabili, lascia prefigurare una riduzione progressiva nel tempo dell'impatto dell'effetto migrante sano.

L'Italia, seppur tardivamente rispetto all'emersione del fenomeno migratorio, si è dotata di una normativa sanitaria che ha l'obiettivo dichiarato di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica, e i loro familiari, nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene l'assistenza sanitaria, a parità di condizioni e di opportunità con i cittadini italiani. Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro che sono presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità, garantendogli, oltre le cure urgenti, anche quelle essenziali, ancorché continuative, e i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato vietato, da parte delle strutture sanitarie, la segnalazione all'autorità di polizia della presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico. Questa impostazione, accompagnata da una crescente "disponibilità" da parte degli amministratori locali e degli operatori sanitari, si sta traducendo in un progressivo aumento dell'accessibilità ai servizi e miglioramento delle condizioni di salute, almeno per alcuni ambiti. Tra questi, il 'percorso nascita', dove il monitoraggio effettuato negli ultimi anni dall'ISS sta facendo emergere, nel raffronto tra donne immigrate provenienti da Paesi ad economia meno avanzata e italiane, un progressivo sfumarsi delle criticità evidenziate nella tutela della gravidanza a carico delle prime e un miglioramento dell'assistenza loro rivolta in gravidanza, parto e puerperio, accompagnato, in alcuni contesti regionali, anche dalla scomparsa delle differenze relative agli esiti alla nascita. Nell'ambito delle malattie infettive, è opportuno sottolineare la sensibile riduzione dei tassi tra gli stranieri affetti da aids: nel periodo 1992 – 2003 la diminuzione è risultata mediamente del 59% tra i maschi e del 21% tra le femmine; ciò potrebbe significare una maggiore accessibilità alle cure più efficaci. Anche i ricoveri per tubercolosi si sono ridotti sia in numero assoluto che in percentuale passando dalla terza alla settima causa tra il 2000 e il 2003, forse per una maggiore appropriatezza dei percorsi assistenziali per questa popolazione. Infine, l'evidenza di un *trend* di maggior ricorso al *day hospital* (+188% nel 2003 rispetto alla rilevazione di tre anni

prima), potrebbe significare percorsi assistenziali più adeguati e quindi interventi sanitari più tempestivi ed efficaci.

A fronte di tali evidenze, i dati disponibili indicano però anche il persistere, se non un'accentuazione, della fragilità sociale di questa popolazione: paradigmatici sono i casi delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e dell'infortunistica sul lavoro. In particolare, le IVG sono passate da oltre 10 mila casi nel 1996 (7,4% del totale delle IVG), a oltre 21 mila (15,9%) nel 2000 e a quasi 32 mila (26%) nel 2003. Anche i tassi di abortività (che tengono conto di una popolazione specifica in continuo aumento) indicano un ricorso all'IVG significativamente maggiore tra le donne straniere rispetto all'italiane (rispettivamente 35,5 e 8,1 per 1.000 donne in età feconda nel 2002) e in progressivo aumento (erano 28,0 e 9,1 nel 1996; 29,7 e 8,5 nel 2000). Sempre a dinamiche di natura sociale (più frequente esposizione a lavoro irregolare, a mansioni più rischiose, minor protezione sindacale e sul lavoro, minor cultura preventiva occupazionale), sembrano riconducibili i dati relativi agli infortuni sul lavoro tra gli stranieri. Le stime più recenti elaborate dai dati dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail) parlano infatti di un rischio infortunistico pari ad oltre il 6,5%, cioè più che doppio rispetto a quello degli italiani, pur con differenziazioni per aree territoriali.

Riassumendo, 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 ambiti di sofferenza sanitaria in gran parte imputabili a incerte politiche di integrazione soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative.

Considerazioni e prospettive

La particolare complessità inerente il tema affrontato (e le inevitabili lacune che ne hanno caratterizzato lo sviluppo), restringono l'orizzonte delle conclusioni ad alcune sottolineature e raccomandazioni. Una prima considerazione riguarda il compito della scienza, e ci fa dire, con Nancy Krieger, che *“l'obiettivo più ampio è quello di sostenere lo sviluppo di una scienza più critica, riflessiva e rigorosa, capace di produrre evidenze utili a correggere – piuttosto che a perpetuare – le disparità sociali nella salute”*. Una seconda, di carattere tecnico-metodologico, attiene la necessità di sostenere e ravvivare, attraverso il confronto tra i ricercatori, l'individuazione degli approcci e dei metodi che meglio possono consentire, nella lettura dei sistemi sanitari, l'individuazione delle possibili disuguaglianze nella salute e delle loro effettive cause. Ciò, viste le dimensioni del fenomeno migratorio in Europa, sarebbe auspicabile avvenisse sempre più a questo livello. Nel nostro Paese, uno specifico orientamento di ricerca epidemiologica sulle disuguaglianze è stato, finora, ristretto ad un esiguo numero di studiosi: sarebbe quindi particolarmente opportuno che sia le istituzioni sanitarie, a livello nazionale e regionale, sia la comunità scientifica – includendo le società scientifiche insieme alle università – dimostrassero una maggiore sensibilità al tema.

Oltre al doveroso richiamo ad applicare le specifiche norme vigenti, una raccomandazione rivolta a tutti coloro che operano in sanità – spesso animati dalla volontà di assistere i pazienti stranieri secondo le loro migliori capacità professionali, ma scoraggiati dalla sensazione di una sostanziale incomprensione reciproca – è quello di accettare la diversità senza farsene “schiacciare”, sviluppando piuttosto una capacità di approccio ‘transculturale’, tramite il quale è possibile costruire gradualmente una visione equilibrata, cioè capace di non sottovalutare né di sopravvalutare, anche nel campo della salute, il portato della diversità. Questo percorso dovrebbe essere però sostenuto da un'adeguata formazione di tutti gli operatori della salute,

siano essi clinici o amministrativi. Quello formativo rappresenta infatti il principale strumento di messa in moto delle risorse e delle dinamiche che, nel loro complesso, offrono la possibilità di operare una “mediazione di sistema”, in grado di accogliere e trattare il paziente eteroculturale in modo da offrirgli le stesse opportunità degli altri pazienti. Un notevole aiuto a tale processo può essere offerto attraverso una maggiore integrazione di operatori sanitari stranieri a tutti i livelli. Tale orientamento, per non correre il rischio di depauperamento delle già scarse risorse professionali di molti Paesi di emigrazione, dovrebbe riguardare le persone già presenti sul territorio garantendo, con le opportune verifiche, il riconoscimento dei titoli professionali acquisiti nel Paese di origine, e pari condizioni con i cittadini italiani per la formazione e la professionalizzazione sanitaria dei giovani.

In ultima analisi, se è innegabile che la sempre maggiore diversità alimentata dal fenomeno migratorio propone alla società elementi critici e complessi, dal nostro punto di vista la stessa diversità è, al contempo, occasione preziosa di stimolo a costruire una società più equa e solidale. Ciò presuppone però la capacità di promuovere e attuare politiche di integrazione istituzionale e non istituzionale, anche nel campo della salute, dei ‘nuovi’ cittadini, in grado di favorire e di difendere lo sviluppo e la coesione sociale.

I GRUPPI LOCALI IMMIGRAZIONE E SALUTE (GRIS)

Maria Edoarda Trillò (a), Filippo Gnolfo (b), Salvatore Geraci (c)

(a) Azienda Unità Sanitaria Locale RM/C, Roma

(b) Azienda Unità Sanitaria Locale RM/A, Roma

(c) Area Sanitaria Caritas Diocesana di Roma, Roma

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), è stata istituita all'inizio del 1990 sotto la spinta di gruppi e organizzazioni che in varie parti d'Italia si occupavano di garantire il diritto all'assistenza sanitaria ad immigrati comunque presenti sul territorio nazionale. Allora il diritto alla salute era di fatto negato o nascosto per la maggioranza degli stranieri presenti.

La Società è sorta in modo quasi spontaneo, sospinta e sostenuta dal desiderio unanime di istituire, in primo luogo, un nucleo organizzativo che permettesse uno scambio regolare e fluido delle informazioni che si andavano accumulando presso i vari servizi di assistenza, non solo a livello epidemiologico, ma soprattutto in funzione di un costante miglioramento delle modalità di incontro, sul piano antropologico-medico, con il paziente proveniente da altri contesti socio-culturali.

Nel corso degli anni, alla SIMM hanno aderito alcune centinaia di persone: medici, psicologi, antropologi, sociologi, infermieri, mediatori culturali, assistenti sociali e altri operatori socio-sanitari. Questa scelta di pluridisciplinarietà di competenze e profili professionali, ha permesso alla Società di avviare una riflessione a tutto campo sui temi socio-sanitari riferitisi alla popolazione straniera e di pianificare proposte e interventi spesso innovativi. Momenti significativi del confronto sono i diversi Convegni Nazionali promossi dalla SIMM e in particolare le periodiche *Consensus Conference* che hanno luogo in Sicilia, con scadenza biennale. Sono state occasioni importanti di scambi di esperienze, progetti e possibilità operative.

Questi anni sono stati connotati anche da un'azione su un piano culturale e politico prima per far emergere la problematica del diritto alla salute degli immigrati e poi per orientare scelte operative di promozione della salute: l'articolato della normativa sanitaria attuale è stato proposto da un gruppo della SIMM; per anni dal 1998 fino al 2000, a livello del Ministero della Sanità c'è stata una Commissione, chiesta dalla Società (l'80% erano soci alla SIMM) che ha lavorato sul Regolamento d'attuazione e su Circolari del Ministero della Sanità, ha prodotto un decalogo per gli operatori e un decalogo per utenti stranieri tradotto in 20 lingue.

È stato avviato un coordinamento di referenti regionali sul tema della salute e immigrazione che ha permesso di «esportare» esperienze virtuose verso regioni più disattente e ancora la SIMM è stata coinvolta dal Consiglio Nazionale Economia e Lavoro (CNEL) nel raccordare esperienze e produrre un documento sull'accesso ai servizi sanitari. La SIMM può essere considerata un network nazionale di scambio di esperienze, dati, evidenze scientifiche e considerazioni di politica sanitaria anche locale. Gli obiettivi strategici della società che possono così essere riassunti:

- promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in Italia;
- favorire attività volte ad incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni;

- costituire un forum per lo scambio, a livello nazionale e internazionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato;
- patrocinare attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati.

La SIMM è quindi una società scientifica senza scopo di lucro e proprio con un lavoro di rete attento e diffuso, ha contribuito in modo significativo alla costruzione dell'attuale sistema di tutela sanitaria degli immigrati.

Questa scelta strategica della SIMM nasce per favorire la conoscenza e la collaborazione tra quanti si impegnano a vario titolo per assicurare diritto, accesso e fruibilità all'assistenza sanitaria degli immigrati partendo da ciò che unisce e valorizzando l'esperienza di ciascuno. Ciò si traduce spesso in un lavoro in Rete che ha affinato una metodologia applicativa nei Gruppi locali Immigrazione Salute (GrIS), vere e proprie Unità Territoriali della SIMM. Presenti in varie realtà italiane (Lazio, Trentino, Sardegna, Sicilia e Lombardia, ecc.) si ritrovano su obiettivi condivisi che sono quelli di conoscere e confrontarsi sulle norme e le politiche specifiche; mettere in rete le competenze specifiche e promuovere percorsi anche normativi locali per migliorare l'accessibilità ai servizi da parte della popolazione immigrata.

Il Gruppo Immigrazione e Salute del Lazio (GrIS Lazio)

La storia del GrIS Lazio, nasce da lontano, da quando in Italia e a Roma in particolare, la presenza degli immigrati diviene visibile ma dal punto di vista normativo si è ancora scoperti nella tutela dei diritti e in particolare di quelli sanitari. Abbiamo scelto di raccontare la storia del GrIS Lazio in tre tappe che sono le tappe anche del fenomeno migratorio in Italia.

Fase dell'esclusione

A metà degli anni settanta il saldo migratorio diventa positivo per la prima volta in Italia (più immigrati che emigrati), all'inizio degli anni '80 l'immigrazione diventa visibile, prevalentemente per motivi di lavoro, ma le persone straniere presenti in Italia sono escluse dalla possibilità di accedere ai servizi sanitari a causa di ostacoli culturali, linguistici, burocratici ma soprattutto normativi. Non esiste infatti alcuna normativa riguardante il diritto all'assistenza sanitaria degli immigrati e quando la prima legge nel 1986 comincia a "governare" il fenomeno, ancora non si parla di accessibilità ai servizi sanitari. Nel 1990 viene emanata una nuova normativa nazionale (legge "Martelli") e una normativa regionale nel Lazio, ma entrambe non contengono riferimenti chiari al diritto alla tutela della salute.

Ben presto gli operatori dei servizi sanitari pubblici si trovano di fronte una domanda di salute alla quale non sono preparati a rispondere né dal punto di vista organizzativo, né normativo. Non conoscono i bisogni di salute dei migranti, non hanno una formazione adeguata alla relazione con le diversità culturali, non hanno un mandato istituzionale. Si crea così un'ingiustizia assistenziale contro la quale cominciano a impegnarsi in varie parti d'Italia alcune organizzazioni di volontariato dell'area cattolica e laica (la Caritas, il Centro Astalli, la Casa dei Diritti Sociali a Roma, il Naga a Milano, la Croce Rossa a Genova, i salesiani del Santa Chiara a Palermo, l'Arciconfraternita Biavati a Bologna, solo per citarne alcune) svolgendo una azione di supplenza, nei confronti del servizio pubblico. Queste esperienze riescono a mettersi in rete a livello nazionale creando la SIMM che avrà un vero e proprio "ruolo enzimatico" nell'emersione del diritto all'assistenza per questa popolazione e per conoscere questo nuovo fenomeno sociale.

Esse infatti non soltanto rispondono concretamente ai bisogni di salute dei migranti, ma hanno il merito di approfondire la riflessione sulle condizioni di esclusione e di svolgere un'azione di stimolo per il servizio sanitario pubblico, come indica don Luigi Di Liegro "Il ruolo principale del privato sociale è quello politico. Un ruolo che significa: riproposizione dei bisogni, stimolo all'intervento, denuncia delle inerzie".

A Roma verso la fine degli anni '80 e inizio anni '90, iniziano esperienze nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e il processo segue le direttrici della ricerca, della formazione e dell'assistenza sanitaria: in un quartiere periferico inizia l'esperienza del prof. Sergio Mellina (etnopsichiatria), a Trastevere inizia l'esperienza del San Gallicano, nell'attuale Distretto 6 della ASL Roma C alcuni operatori del Consultorio Familiare di via Casilina 711 cominciano a portare mensilmente l'assistenza sanitaria per i bambini al vicino Campo Nomadi di via dei Gordiani e comincia sostanzialmente ad aumentare l'utenza straniera, specie donne e bambini, nei consultori familiari; nell'attuale I Distretto della ASL Roma A inizia il corso di formazione "Approcci transculturali alla salute e accoglienza degli extracomunitari" e viene avviato il Progetto Obiettivo "La Tutela sociosanitaria degli immigrati extracomunitari" con l'apertura dell'Agenzia Immigrati. La Regione Lazio organizza i primi corsi di formazione sulla tutela della salute delle donne e bambini immigrati che impegna tra i docenti le stesse donne straniere.

I principi delle riforme degli anni '70 (la Legge 405/75 istitutiva dei consultori familiari, la "riforma psichiatrica" Legge 180/78, la "riforma sanitaria" Legge 833/78 istitutiva del servizio sanitario nazionale) permettono agli operatori che lavorano in servizi ad alta valenza sociale (Dipartimento Materno-Infantile e Dipartimento di Salute Mentale), abituati ad una metodologia di lavoro di équipe e multidisciplinare, e all'integrazione interistituzionale, di raccogliere la sfida.

Si confrontano modelli organizzativi diversi, nella ASL Roma C prevale il modello diffuso, il Dipartimento Materno Infantile e la rete dei consultori familiari lavorano sul profilo di salute delle donne e dei bambini immigrati. In assenza di una normativa, l'allora Direttore Generale – il compianto dott. Andrea Alesini – per primo in Italia, offre l'opportunità di accesso gratuito ai servizi sanitari territoriali e ospedalieri per i bisogni di salute improcrastinabili; nella ASL Roma A prevale il modello dedicato, con l'istituzione dell'Agenzia Immigrati (operatori di vari dipartimenti), che lavora sull'accessibilità ai servizi (iscrizione all'SSN).

Fase del mandato istituzionale

Il 1995 in Italia è stato un anno determinante per delineare una nuova attenzione e una adeguata politica sanitaria per gli immigrati: quell'anno è stato caratterizzato da una serie di fatti che hanno innescato una 'reazione a catena' che ha portato ad affrontare in poco tempo la problematica.

Un convegno organizzato a Roma nel mese di gennaio 1995 dalla Caritas di mons. Luigi Di Liegro dal titolo "Immigrazione e salute: una politica dell'oblio" in occasione della presentazione del volume *Argomenti di medicina delle migrazioni*, ha sottolineato con forza la necessità di una politica sanitaria adeguata alle realtà immigratoria e sociale; quell'incontro si è collocato non del tutto casualmente, in un momento in cui si erano verificate due gravi situazioni legislativo-amministrative: un decreto legge (DM 8.9.94 *Gazzetta Ufficiale* 30.12.94 n. 304) stabiliva le nuove tariffe per i ricoveri ospedalieri per gli immigrati non iscritti all'SSN portandole a £ 560.000/die per i ricoveri ordinari e a £ 2.400.000/die quelli altamente specializzati; e ancora non veniva reiterato il decreto che permetteva l'iscrizione gratuita all'SSN per gli immigrati regolari disoccupati con il rischio che circa 70.000 persone potessero perdere la possibilità di accesso alle cure. Già da qualche giorno erano stati lanciati vari appelli e proprio durante il convegno è giunta la notizia che il neo nominato ministro della sanità

professor Elio Guzzanti, come suo primo atto ufficiale, reiterava il decreto per la gratuità dell'iscrizione all'SSN.

Il 25 febbraio dello stesso anno un altro convegno segna un momento importante: a Milano, il Naga (un'associazione di volontariato sanitario per immigrati e nomadi) e altri gruppi di volontari del nord Italia, hanno organizzato un seminario dal titolo "*Salute senza colore*" dove venne presentata una proposta di legge per il diritto alla salute per gli extracomunitari.

Su quella proposta, da quel momento, tutti i gruppi impegnati sul campo a livello nazionale, sostenuti dalla SIMM, collaborarono a redigere un documento presentato al ministro il primo luglio 1995.

Pochi giorni dopo, il 6 luglio 1995, il Senato approvò un ordine del giorno che impegna il governo presieduto dal prof. Dini "[...] a ricercare le forme per difendere il diritto alla salute per i cittadini extracomunitari, emanando provvedimenti atti a superare gli ostacoli che impediscono di fatto la parità dei trattamenti; [...]"; venivano quindi individuati 7 punti in cui analiticamente si proponevano percorsi giuridici adeguati (193° resoconto sommario, ordine del giorno n. 1 - 9.1735.1. del 6.7.1995, primo firmatario On. Petrucci).

A quel punto i gruppi promotori dell'iniziativa legislativa decisero di coinvolgere i parlamentari di tutte le forze politiche per invitarli ad esprimersi in rapporto alla proposta di legge che fu formalmente depositata, nella prima settimana di agosto 1995, al Senato e alla Camera sottoscritta da circa 60 senatori (primo firmatario il verde Manconi) e oltre 140 deputati (primo firmatario il cristiano sociale Tanzarella).

Il ministro della sanità parlò ancora della necessità di estendere una protezione sanitaria agli immigrati comunque presenti sul territorio nazionale in vari incontri e convegni; l'ultima volta intervenendo al convegno "Per una sanità multiculturale: quale politica per gli immigrati?" svoltosi a Roma, organizzato dalla Caritas e dall'Istituto d'Igiene dell'Università La Sapienza l'8.11.1995.

Dopo pochi giorni uscì il Decreto Legge 489/95 che, nell'articolo 13, per la prima volta sanciva il diritto all'assistenza sanitaria non solo legata all'urgenza, anche all'immigrato irregolare e clandestino.

Quella cascata di eventi, culminato con il decreto legge, è stata occasione a Roma per la creazione, più o meno consapevole, del GrIS Lazio, gruppo di collegamento regionale "Immigrazione e Salute", come luogo d'incontro tra operatori di strutture pubbliche e di gruppi dell'associazionismo (volontariato e privato sociale) sviluppando un processo di reciproco riconoscimento e arricchimento.

Quali sono stati gli obiettivi condivisi del GrIS Lazio?

- 1) fare informazione e attivare discussioni sugli aspetti normativi nazionali e locali, sulle iniziative intraprese nei servizi pubblici e nei servizi del volontariato e del privato sociale;
- 2) "mettere in rete" gruppi, servizi, persone, competenze e risorse sia assistenziali sia formative;
- 3) elaborare proposte in termini politico-organizzativi;
- 4) fare azione di *advocacy* sulle istituzioni.

Come risposta positiva di fronte alle criticità emergenti, il GrIS Lazio diventa il luogo di elaborazione di proposte per le istituzioni. Esempio è la vicenda della Deliberazione di Giunta Regionale n. 5122, 31 luglio 1997 "Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti", si parte dal workshop "L'assistenza sanitaria agli stranieri: ruolo del servizio pubblico" con le richieste degli operatori di sanità pubblica, il GrIS Lazio elabora una proposta per la Regione Lazio, ispirandosi come modello all'esperienza locale della ASL Roma C. La normativa regionale è innovativa perché riduce l'inaccessibilità ai servizi e migliora l'offerta sanitaria, istituzionalizza il tesserino per gli Stranieri Temporaneamente

Presenti (STP), istituisce gli ambulatori di medicina generale per STP, prevede protocolli d'intesa tra strutture pubbliche e associazioni di volontariato.

Alla fine degli anni '90, viene emanata anche una normativa nazionale (legge "Turco-Napolitano") che garantisce il diritto alla tutela della salute degli immigrati regolari e irregolari, il mandato istituzionale determina una politica dei "cento fiori" nelle aziende sanitarie della città di Roma e delle altre province del Lazio.

Ormai i servizi pubblici sono "protagonisti" di esperienze anche innovative e stimolanti: ASL RM/A (Gruppo di lavoro "Immigrazione e salute"); ASL RM/B (Coordinamento assistenza immigrati); ASL RM/C (Servizio di Mediazione Culturale); ASL RM/E (Servizio di Medicina del turismo e delle migrazioni); ASL RM/D (Unità Operativa STP e Gruppo di coordinamento per la tutela socio-sanitaria dei cittadini stranieri); IFO Istituto San Gallicano (Servizio di Medicina preventiva delle Migrazioni, del Turismo e Dermatologia Tropicale); Azienda Policlinico Umberto I (Centro Assistenza Ambulatoriale e Sociale per Cittadini Stranieri); Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini (Progetto tutela della maternità); Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata (Progetto Kairos); ASL Rieti (Ambulatorio di medicina dell'immigrazione Ospedale S. Camillo de' Lellis); ASL Frosinone (Consultorio multietnico per stranieri Dipartimento 3D); ASL Latina (UOC Patologie Emergenti); ASL Viterbo (Ambulatorio di medicina dell'immigrazione).

L'indicazione di "riorientare i servizi" porta all'adozione di 'buone pratiche': formazione specifica spesso in comune (tra aziende diverse e pubblico/privato sociale), un attento lavoro di rete e iniziative comuni come la Campagna "Salute senza esclusione" del 2002 e 2006 per la popolazione Rom e Sinti.

Fase dell'accesso

All'inizio del nuovo millennio, il GrIS Lazio mantiene una configurazione informale nonostante riunisca 45 organismi delle cinque province laziali, 16 strutture sanitarie pubbliche, 23 associazioni, 4 uffici degli enti locali, 2 gruppi tematici (GrIS-Zingari e GrIS-Rifugiati). La *leadership* è un servizio fatto a tutti, tutti possono partecipare e ogni incontro diviene occasione di confronto e di formazione e informazione con l'unico scopo di costruire una rete e tornare poi nei rispettivi luoghi di lavoro con maggiore forza e consapevolezza per offrire a tutti, persone straniere e non, l'opportunità di fruire efficacemente dei servizi sanitari.

La Legge "Bossi-Fini" non ha apportato alcuna modifica agli articoli del Testo Unico sull'immigrazione che disciplinano e regolamentano le procedure di accesso al Servizio Sanitario Nazionale da parte degli stranieri, ma "persistono ostacoli alla fruizione dei servizi, prevalentemente di carattere organizzativo" e "al tempo stesso, la multiculturalità della domanda sanitaria induce oggi la necessità nei presidi pubblici di adottare percorsi e pratiche adattati alle caratteristiche dell'utenza".

Quali possono essere i nuovi obiettivi condivisi?

- 1) Il GrIS Lazio deve essere un luogo di riflessione teorica su:
 - a) evoluzione dei sistemi sanitari nell'economia globalizzata;
 - b) principio di sussidiarietà e sui modelli di welfare;
 - c) domanda di salute di nuovi "attori": richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tortura, vittime della tratta.
- 2) Il GrIS Lazio deve essere un luogo d'incontro con i nuovi attori dell'azione sociale.
- 3) Il GrIS Lazio deve essere un laboratorio di "modelli assistenziali innovativi".

L'incontro e il confronto tra "pubblico" e "privato sociale" permette la condivisione di un patrimonio comune di "buone pratiche", lo sviluppo di percorsi comuni di riflessione sulle aree critiche della salute dei migranti e di elaborazione di progetti di cooperazione. Il lavoro di rete inizia già in termini di programmazione degli interventi e di pianificazione delle risorse, come nella Campagna "Salute senza esclusione" - Progetto "accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari per Rom e Sinti" (ASP Lazio e ASL di Roma), nel Progetto "Salute migranti forzati" (ASL RM/A- "Centro Astalli"), nel Progetto "Salute donna migrante" (ASL RM/A - Caritas), nel Servizio di mediazione culturale (ASL RM/C- Candelaria).

4) Il GrIS Lazio deve essere un nodo di una rete nazionale

Sull'esperienza del GrIS Lazio, che di fatto è una Unità Territoriale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, in varie parti d'Italia (Trentino, Sardegna, Lombardia, Sicilia), in modo originale ma coordinato, stanno nascendo altri gruppi locali che condividono gli obiettivi della SIMM e ne vogliono dare attuabilità con particolare attenzione a promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in un determinato territorio.

Nell'ultimo decennio abbiamo assunto l'impegno di lavorare insieme "pubblico" e "privato sociale".

La sfida futura sarà quella di elaborare nuove strategie per sviluppare le reti locali sociosanitarie.

Bibliografia

- Baglio G, Cacciani L, et al (Ed.). *Salute senza esclusione: campagna vaccinale per i bambini Rom e Sinti a Roma*. Roma: Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio; 2003. (Monografie ASP).
- Di Liegro L. *Immigrazione. Un punto di vista*. Roma: Edizioni Sensibili alle foglie; 1997.
- Geraci S. Immigrazione e salute: riorientare i servizi, in Atti del corso di formazione: *Riflessi in campo sanitario e socio-assistenziale della legge sull'immigrazione*. Infosociale, n. 8, Provincia Autonoma di Trento, 2004;33-45.
- Geraci S, GrIS Lazio. Strutture pubbliche e privato sociale 'in rete' per la salute degli immigrati in *Agenzia Sanitaria Italiana (ASI) 1997*;37:30-2.
- Geraci S, Marceca M. *Immigrati ed assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato*. Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Agenzia per i servizi sanitari regionali, n. 18, Roma, 2006; 26:45.
- Geraci S. *La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni*. In "Una rete per la salute degli immigrati. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)" a cura di S. Geraci. Nuova Anterem, Roma, 2007;24:8.
- Gnolfo F. *Il GrIS Lazio*. In "Una rete per la salute degli immigrati. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)" a cura di S. Geraci. Nuova Anterem, Roma, 2007;29:31.
- GrIS Lazio. Il gruppo regionale immigrazione e salute: una rete di idee e di servizi. In: Geraci S. (Ed.). *Approcci transculturali per la promozione della salute*. Edizioni Anterem, 2000, Roma, p. 308-10.
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). *Linee programmatiche della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni della VI Consensus Conference*; Palermo, 2000-2004.
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). *Raccomandazioni della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Documento finale della VII Consensus Conference*; Erice, 2002.
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). *Raccomandazioni della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Documento finale della VIII Consensus Conference*; Lampedusa, 2004.
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). *Raccomandazioni della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Documento finale della IX Consensus Conference*, Mondello, 2006.

IL GRUPPO ITALIANO PER L'ACCESSO ALLE CURE ORALI DI BASE (GIACO)

Patrizia Di Caccamo, Roberto Santopadre
Caritas Diocesana di Roma, Roma

Sono diverse nel nostro Paese, le strutture sanitarie, sia di stampo laico, sia di stampo religioso, in grado di rispondere all'esigenza di cure odontoiatriche manifestata da tutte quelle persone, non solamente immigrati, il cui habitus psico-sociale non gli permette di fruire facilmente o non gli permette di fruire affatto, dei tradizionali servizi sanitari, siano essi pubblici che privati.

Per quanto riguarda il diritto alla salute sono state emanate, negli ultimi anni, normative per una politica sanitaria a tutela dei soggetti deboli, soprattutto verso la popolazione immigrata, non senza difficoltà di applicazione. Alcune Regioni si sono contraddistinte per una particolare attenzione in questo specifico campo.

Gli ambulatori cosiddetti "sociali" sono soprattutto strutture del privato-sociale, con operatori per lo più volontari, che si occupano delle fasce più deboli, spesso nelle grandi città. Essi accolgono un gran numero di richieste di cura, ma operano in difficoltà per la grande affluenza e i costi da sostenere.

L'attenzione prestata ai bisogni espressi e inespressi da un gran numero di persone, da parte di questi servizi, ha permesso di individuare, una debolezza in termini di diritti sanitari con conseguente difficoltà di accesso ai servizi pubblici. Questa è propria degli immigrati non in regola e clandestini, degli zingari, dei Senza Fissa Dimora (spesso con disagio mentale), di molti disabili fisici, dei malati di aids, delle vittime della tratta (prostitute ed ex-prostitute), delle vittime di tortura, dei nuovi poveri italiani (spesso giovani) che, pur avendo talvolta diritto al servizio sanitario pubblico, si trovano in seria difficoltà di fronte ad alcuni tipi di prestazioni non sempre garantite dai Livelli Essenziali di Assistenza, come quelle odontoiatriche.

Una seconda caratteristica è rappresentata dalla eterogeneità culturale ed etnica associata spesso a fragilità sociale. Verso questa tipologia di utenti, le prestazioni di assistenza sanitaria devono integrarsi con quelle di assistenza sociale, in quanto si tratta di prestazioni nelle quali la componente medica e quella di sostegno sono inseparabili. Un discorso a parte va fatto per le vittime di tortura, la cui presa in cura è particolarmente delicata sia dal punto di vista clinico che relazionale. Per quanto riguarda le problematiche orali, in questi casi la cura della bocca riveste un carattere riparativo immediato, sia nel caso in cui i denti siano stati persi in seguito a percosse sia quando vi siano state torture direttamente praticate verso la bocca. Spesso poi sono concomitanti gravi patologie dell'articolazione temporo mandibolare.

La tutela della salute orale in Italia

Nel nostro Paese, l'indice internazionale che misura la salute orale della popolazione (il DMFT dell'OMS) rientra negli standard europei. Assistiamo però a notevolissime differenze se consideriamo i diversi gruppi sociali. Le cure di base e preventive vengono per lo più trascurate, con peggioramento dello stato della salute orale di tutta la popolazione come conseguenza a lungo termine. I pochi dati scientifici a disposizione sui gruppi più deboli, rilevano indici epidemiologici fortemente critici.

In assenza di interventi razionali e pianificati, la salute orale della popolazione peggiora. In Italia, dal 1999 al 2002, circa 1 milione e 600 mila persone non vanno più dal dentista. In tale maniera, la percentuale della popolazione che va almeno una volta all'anno dal dentista è scesa dal 34 al 31 per cento, uno dei più bassi tassi dell'Europa occidentale. Il dato sull'abbandono delle cure orali non è omogeneo: minore al nord-ovest, in crescita al Sud Italia.

Nel medesimo periodo, aumenta la spesa pro capite per le cure odontoiatriche.

I cittadini divengono coscienti del bisogno soprattutto nel momento dell'emergenza. Si trascurano a causa dei costi ignorando, per lo più, la possibilità di prevenire le patologie orali e i possibili trattamenti minimi. Inoltre i cittadini non si recano nelle strutture pubbliche per mancanza di fiducia e per le lunghe liste di attesa.

L'odontoiatria pubblica non serve la maggioranza della popolazione. Anzi, secondo gli ultimi dati Censis, soltanto il 6%, della popolazione. In Italia, la spesa annuale complessiva per l'odontoiatria pubblica è stato finora di 1 miliardo e 200 milioni di euro, pari soltanto all'1,5 per cento della spesa sanitaria nazionale. Inoltre l'odontoiatria pubblica offre un servizio medico non uniforme sul territorio.

Il settore odontoiatrico privato (*for profit*) è di qualità e orientato verso le tecnologie più moderne e verso un approccio al piano di cura ispirato non al *minimum intervention*, ma verso interventi complessi, sofisticati e perciò costosi.

Il costo diventa quindi la prima barriera per l'accesso alle cure orali. Quindi negli ultimi tempi si è assistito ad una generale contrazione del mercato dell'odontoiatria, per l'attuale congiuntura economica.

I dentisti privati vivono una condizione difficile, per il *management* della professione: complessi problemi burocratici, fiscali, economici, di personale, di competizione professionale, ecc. Le conseguenze di tali difficoltà sono costi più alti e logiche corporative.

Esiste poi l'odontoiatria del privato-sensibile: singoli dentisti sparsi sul tutto il territorio nazionale prestano talvolta gratuitamente cure agli indigenti presso i propri studi, senza comunicare con altri odontoiatri volontari strutturati in associazioni. La loro azione è lodevole, ma questi interventi mancano di pianificazione razionale: scaturiscono, infatti, solo dalla percezione dell'operatore che la salute è comunque un diritto, ma non influiscono a livello epidemiologico sul miglioramento della salute pubblica.

Gli ambulatori odontoiatrici "sociali" sono strutture "a bassa soglia di accesso e ad alto impatto relazionale", ovvero in grado di accogliere chi si trova in difficoltà con la propria salute orale evitando iter burocratici e abbattendo la barriera rappresentata dal costo della prestazione medica e dove la capacità di ascoltare, comprendere e rispondere è particolarmente curata. Tali strutture rispondono quotidianamente a tale bisogno attraverso diverse modalità d'approccio, dal punto di vista relazionale nonché operativo ovvero con servizi propriamente assistenziali, e approcci di tipo transculturale sul piano relazionale. È attraverso questa seconda modalità che, quotidianamente, viene offerta una sanità specifica adeguandola ai diversi ambiti culturali, sociali, religiosi con l'ulteriore finalità di rendere maggiormente fruibile quella pubblica, quando disponibile, con modalità di orientamento.

Le persone che vi lavorano si scontrano quotidianamente con differenti problematiche anche a seconda del tipo di struttura di volontariato presso la quale prestano la propria opera (*turn over* dei volontari, scarsa formazione specifica nell'ambito transculturale, scarsità di fondi, tipologia dei problemi clinici che si presentano alla osservazione).

Tutto ciò ha messo a dura prova noi operatori, nel cercare di dare delle risposte sul piano clinico se, per quanto riguarda la risoluzione delle manifestazioni dolorose che si presentano con carattere di urgenza, della bonifica dei focolai infettivi, dell'arresto della patologia cariosa attraverso l'esecuzione di otturazioni, il nostro lavoro è andato avanti negli anni strutturando determinati protocolli e percorsi anche sinergici fra le varie strutture che rappresentiamo,

L'odontoiatria esercitata è di tipo tradizionale, in assenza di un modello economicamente sostenibile, identificato come "odontoiatria essenziale": il che significherebbe cure qualitativamente efficaci a costi contenuti.

La formazione in odontoiatria

I giovani neolaureati, la cui formazione è orientata prevalentemente verso il settore privato, hanno difficoltà di inserimento lavorativo con "spreco" delle competenze acquisite, sebbene la domanda di salute orale sia vasta (le patologie della bocca investono prima o poi nell'arco dell'esistenza il 100% degli individui) e includa potenzialmente anche le azioni preventive.

La risposta del GIACO: verso la Rete italiana per l'odontoiatria sociale

Se il quadro è questo, il diritto alla salute in odontoiatria è completamente e colpevolmente disatteso. Anzi, la mancanza di cure influisce pesantemente sull'esclusione sociale e spesso ne è la causa.

Per questo, nel giugno 2004, nasce dall'esperienza maturata dall'ONG Cooperazione Odontoiatrica Internazionale, dal Centro di collaborazione OMS di Milano e dal Centro Odontoiatrico Caritas Diocesana di Roma, il Gruppo Italiano per l'Accesso alle Cure Orali di base (GIACO). Attraverso la nuova Rete italiana per l'odontoiatria sociale, il Gruppo si impegna a mettere in comunicazione quanti già, medici odontoiatri e non, sono oggi già impegnati nella promozione della salute orale della popolazione italiana e straniera debole soggiornante in Italia. A marzo 2006 organizza a Roma, in collaborazione con il Cenacolo Odontostomatologico Laziale (COL, rete COI-AIOG) il I Congresso Internazionale di Odontoiatria Sociale.

Gli obiettivi che il gruppo si propone sono i seguenti:

- avviare sul territorio progetti pilota e percorsi facilitati di accesso alle cure orali di base per gruppi di cittadini particolarmente vulnerabili preferibilmente in collaborazione con partner istituzionali: Dipartimenti di Igiene e salute pubblica, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia di Sanità Pubblica Regionale, ASL ecc.;
- elaborare specifiche linee guida per l'identificazione di modelli di odontoiatria di base (*evidence based dentistry*), di qualità ed economicamente sostenibili per rispondere ad "appropriatezza" ed "equità". Si tratta di modelli già ampiamente sperimentati sul campo, negli ambulatori di "frontiera" sparsi sul territorio italiano, ma che richiedono necessariamente una validazione scientifica;
- mettere in collegamento, attraverso la creazione di una rete nazionale, quanti già da anni operano per soddisfare il bisogno di cure della bocca e dei denti presso fasce di popolazione particolarmente vulnerabili (immigrati, anziani non autosufficienti, nuovi poveri italiani, zingari, ecc.), sia a livello di istituzioni e di iniziative spontanee che nell'ambito del volontariato più strutturato;
- intraprendere uno studio comparato a livello europeo delle diverse politiche sanitarie in questo settore, al fine di identificare modelli di risposte al bisogno appropriati ed efficaci;
- creazione di una banca dati per l'odontoiatria sociale;
- realizzazione di momenti di confronto a livello internazionale (workshop e convegni).

Conclusioni

GIACO ha recentemente partecipato ai lavori degli Stati generali della Solidarietà e della Cooperazione Internazionale, contribuendo alla stesura del documento finale.

Abbiamo lavorato ancora una volta a fianco di altri che, come noi, si occupano di salute e disuguaglianze nel sottogruppo Diritti degli Stati generali: l'Osservatorio Salute Globale e con il Centro di Educazione Sanitaria e Tecnologie Appropriate Sanitarie (CESTAS).

Tale documento rappresenta un passo in più verso l'affermazione di principi e di proposte condivisi largamente da parte del mondo del volontariato internazionale e della solidarietà e perciò posti con fermezza ai decisori politici, come questioni irrinunciabili affinché ne prendano atto. Si dice che al centro di ogni politica deve esserci l'Uomo e i suoi bisogni: non bisogna più misurare lo sviluppo sulla base di indicatori macroeconomici come il PIL, ma con indicatori dello sviluppo umano, come abitazione, livello di istruzione, accesso ai servizi essenziali.

Per la Salute ci si richiama ai principi di Alma Ata e Ottawa, che insistono sull'importanza delle Cure di Base e della prevenzione, portati avanti dai Sistemi Sanitari Pubblici e includendo chiaramente le Cure Orali come parte integrante di un discorso di Salute globale accessibile a tutti.

Nel panorama disegnato fin qui, abbiamo descritto la situazione come iniqua, raccontando le esperienze nate spontaneamente per porre rimedio a questo. Vorremmo sottolineare, a questo proposito, e ancora una volta, che il ruolo delle strutture di volontariato non deve essere di sostituzione dei servizi, quando non adeguati e, ancor peggio, la realizzazione di servizi paralleli, bensì quello di stimolare con forza percorsi inclusivi nel Servizio Pubblico, mettendo a disposizione di quest'ultimo le conoscenze acquisite. Se così non è si corre un rischio gravissimo, il rischio di contribuire alla delegittimazione del Servizio Pubblico.

Il Gruppo Regionale Immigrazione e Salute e GIACO, attraverso lo strumento prezioso della rete che è strumento democratico, partecipativo, fertile e creativo, sono invece al lavoro, per riaffermarne la centralità.

Attraverso queste iniziative il volontariato può svolgere attivamente un ruolo di mediazione sociale e culturale molto prezioso nella lotta alle disuguaglianze nella Salute, diremmo indispensabile. Altro significato avrebbe il rimanere in una nicchia assistenzialista. Al contrario, i cambiamenti vorticosi degli ultimi anni, che hanno radicalmente mutato le caratteristiche delle popolazioni e introdotto altri e inediti determinanti sociali dello stato di salute (come ad esempio il permesso di soggiorno), ci impongono di essere coraggiosi. Dobbiamo essere in grado di produrre delle risposte nuove e adeguate alla situazione presente, che, per quanto complessa e difficile, è altrettanto stimolante.

Bibliografia

- Censis. *Rapporto finale. La qualità dell'assistenza odontoiatrica privata in Italia*. Roma: Centro Studi Investimenti Sociali; 2003.
- Davies R, Bedi R, Scully C. Oral health care for patients with special needs. *British Medical Journal* 2000;321:495-8.
- Di Caccamo P. L'esperienza dell'odontoiatra con le vittime di tortura articolo per il numero monografico curato dall'associazione Medici contro la tortura. *Rivista medica*, maggio 2001.
- Atti. *La promozione della salute orale nella popolazione debole: prevenzione, cura e accessibilità dei servizi*. Congresso Internazionale di Odontoiatria Sociale - VII Congresso COL Roma, 3 marzo 2006.

- Santopadre R. Indagine socio-sanitaria su un campione di individui appartenenti alla fascia debole della popolazione. *Prevenzione odontostomatologica* 2005;1:47-52.
- Santopadre R. Volontariato sociale: il ruolo dell'odontoiatria. *Italian Dental Economist* 2002;4.
- Santopadre R, De Marzo L. Indagine con CPITN sulla prevalenza della malattia parodontale e sulla necessità di cure, in un campione di individui appartenenti alla fascia più debole della popolazione. *Prevenzione odontostomatologica* 2006;2:19-23.
- Strohmenger L, Ferro R. *Odontoiatria di comunità*. Milano: Ed. Masson; 2003.
- World Health Organization. *Carta di Ottawa per la promozione della salute*. Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute, Ottawa, Canada, 17-21 novembre 1986.
- World Health Organization. *Oral health survey. Basic methods*. 3rd ed. Geneva: WHO; 1987.

UN'ESPERIENZA DI LAVORO IN RETE: IL MONITORAGGIO DELLA CONVENZIONE ONU SUI DIRITTI DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

Arianna Saulini

Area Diritti di Save the Children Italia

Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e Adolescenza (CRC)

arianna@savethechildren.it

Il Gruppo di Lavoro per la Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza (*Convention on the Rights of the Child, CRC*) è un network costituitosi nel dicembre 2000 e aperto a tutte le associazioni, organizzazioni non-governative (ONG), cooperative e ogni altra realtà che a vario titolo è impegnata per la promozione e tutela dell'infanzia e adolescenza in Italia.

Il Gruppo di lavoro si è costituito al fine di preparare un rapporto sulla condizione dell'infanzia in Italia, supplementare a quello presentato dal Governo italiano, da sottoporre al Comitato ONU sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza presso l'Alto Commissariato per i Diritti Umani delle Nazioni Unite. Il Rapporto Supplementare "I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia – la prospettiva del terzo settore" è stato pubblicato nel novembre 2001, dopo un anno di lavoro, ed è stato sottoscritto da 42 associazioni e organizzazioni non governative italiane. Il documento pur non avendo la finalità di analizzare in maniera esaustiva tutte le questioni legate all'infanzia e all'adolescenza in Italia, ha, però fornito al Comitato ONU uno spunto di riflessione evidenziando i nodi critici del nostro sistema. Il Rapporto è stato, infatti, inviato al Comitato ONU, che nell'ottobre 2002 ha invitato il Gruppo ad un incontro a porte chiuse (pre-sessione) al fine di approfondire quanto espresso nel Rapporto e ascoltare il punto di vista del terzo settore in merito all'attuazione dei diritti dell'infanzia in Italia. Una delegazione del gruppo ha poi partecipato a titolo di osservatore anche all'incontro pubblico, che si è tenuto nel gennaio 2003, tra il Comitato ONU e una numerosa delegazione governativa italiana. Il 31 gennaio 2003 il Comitato ONU ha reso pubbliche le proprie Osservazioni Finali relative all'Italia, tra cui ai fini della giornata in corso vi evidenzio la parte relativa alla "salute e servizi di base". In particolare, infatti, il Comitato ONU esprime preoccupazione "per le difficoltà che incontrano i bambini appartenenti a gruppi vulnerabili a utilizzare gli esistenti servizi sanitari. Il Comitato raccomanda che l'Italia adotti misure efficaci per facilitare a tutti i bambini l'accesso ai servizi sanitari e per incoraggiare i genitori a rivolgersi ai servizi sanitari a disposizione dei bambini"(CRC/C/15 Add. 198, 31 gennaio 2003, punti 39-40).

Grazie alla preparazione del rapporto e alle missioni a Ginevra il Gruppo di Lavoro ha ottenuto un riconoscimento su scala internazionale: il Gruppo è membro del *Child Rights Information Network (CRIN)*, dal cui sito è possibile scaricare le pubblicazioni del Gruppo, ed è parte del circuito del *NGO Group for the CRC* di Ginevra che tiene i contatti con i gruppi di lavoro che si sono costituiti in numerosi Paesi in tutto il mondo proprio al fine di monitorare l'attuazione della Convenzione a livello nazionale.

Il Gruppo di lavoro sulla CRC ha poi assunto l'impegno di proseguire nell'opera di monitoraggio della CRC e delle Osservazioni Finali del Comitato ONU all'Italia, non solo in vista del prossimo appuntamento con il Comitato ONU (previsto per il 2008), ma anche al fine di garantire un sistema di monitoraggio indipendente e condiviso con le varie ONG che lavorano per i diritti dell'infanzia. L'auspicio è quello di poter sollecitare e contribuire allo

sviluppo di politiche, prassi e riforme legislative che portino ad un reale miglioramento della condizione di tutti i minori presenti in Italia.

Nell'ambito di questo percorso il Gruppo di Lavoro ha deciso di predisporre annualmente un Rapporto di aggiornamento sull'attuazione dei diritti dell'infanzia e delle Raccomandazioni del Comitato ONU in Italia, focalizzato su tematiche selezionate, ritenute prioritarie dalle associazioni parte del Gruppo. Il Rapporto di aggiornamento rappresenta il punto di caduta del monitoraggio compiuto dal Gruppo, ma non vuole essere solo un momento di denuncia relativamente alle carenze del nostro sistema, ma anche un'occasione per avviare un confronto puntuale e costruttivo con le istituzioni che nel nostro Paese sono responsabili delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza, e dunque dell'implementazione dei diritti garantiti dalla Convenzione. Il primo rapporto di aggiornamento è stato pubblicato il 27 maggio 2005, anniversario della ratifica della CRC in Italia, il secondo il 27 maggio 2006.

Nel Rapporto 2006 è stato inserito per la prima volta un capitolo dedicato al tema "salute e assistenza" in cui abbiamo iniziato ad affrontare alcune delle questioni relative all'accesso ai servizi sanitari (es. assistenza ospedaliera pediatrica, coperture vaccinali, alimentazione nella prima infanzia). Sotto tale capitolo, così come indicato dalla linee guida del Comitato ONU, dovrebbero essere ricompresi i vari articoli/diritti della Convenzione inerenti alla sfera della salute e benessere: i diritti dei minori disabili (art. 23 CRC), diritto alla salute e ai servizi sanitari (art. 24 CRC), diritto alla sicurezza sociale (art. 26 CRC) diritto ad un livello di vita sufficiente per consentire sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale (art. 27, I comma). Tali diritti tuttavia non possono essere considerati separatamente gli uni dagli altri in quanto la realizzazione di uno dipende in tutto o in parte anche dalla realizzazione degli altri diritti. Come tutti i diritti umani, infatti, anche i diritti di cui i minori sono titolari sono indivisibili, nessuno è più o meno importante di un altro, e interdipendenti, e soprattutto per la loro attuazione occorre orientare il proprio operato alla luce dei principi di non discriminazione e partecipazione e rispetto dell'opinione del minore coinvolto. Tutti i diritti menzionati dovrebbero dunque applicarsi a tutti i minori presenti nel territorio italiano, italiani e stranieri, a prescindere da considerazione di sesso, di religione, dalle condizioni sociali o dalla loro situazione finanziaria, dalla regione di residenza. Il compito delle associazioni che operano sul territorio, sia a livello nazionale che locale, è proprio quello di andare a verificare se e in che misura tali diritti sono concretamente attuati e se la loro realizzazione è effettivamente uguale per tutti e laddove si riscontri una violazione o un'inefficienza del sistema segnalarla alle istituzioni individuate come responsabili facendo pressione affinché possa essere superata. Il monitoraggio effettuato dalle associazioni è di fondamentale importanza proprio perché esprime la visuale di operatori, professionisti e di tutti coloro che a vario titolo lavorano quotidianamente con i ragazzi/e per tutelare il loro diritto alla salute.

A gennaio 2007 inizieranno i lavori per l'elaborazione del 3° rapporto di aggiornamento, e andremo a verificare se le problematiche evidenziate lo scorso anno sono ancora esistenti, se le nostre raccomandazioni sono state recepite o se invece sono state disattese e pertanto devono essere reiterate. Il Rapporto di aggiornamento 2006 ha avuto un'ottima distribuzione sia a livello associativo che a livello istituzionale. Questo vuol dire che i nostri interlocutori istituzionali iniziano a riconoscere il lavoro di monitoraggio e il ruolo svolto dalle associazioni in tal senso. Ad esempio nell'ambito della giornata dedicata ai diritti dell'infanzia, organizzata in parlamento lo scorso 20 novembre, le copie del Rapporto del Gruppo sono state incluse tra i materiali contenuti nella cartellina distribuita a tutti i partecipanti, e numerose sono state le associazioni che hanno utilizzato il Rapporto nel proprio lavoro di pressione politica con le istituzioni a livello locale e nazionale. Inoltre per quanto concerne il versante associativo, nel corso dello scorso anno nuove associazioni, anche con competenze in ambito sanitario, si sono avvicinate al Gruppo e pertanto speriamo di poter ampliare la nostra osservazione e il

monitoraggio anche a nuove tematiche e approfondire maggiormente, grazie alle nuove energie e competenze, i temi già trattati nel 2006.

Bibliografia

- Child Right Information Network (CRIN). Supplementary Report on the implementation of the Optional Protocols on the CRC in Italy, Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, maggio 2005. Disponibile all'indirizzo [http://www.crin.org/docs/Italy_OP_ngo_report\(E\).doc](http://www.crin.org/docs/Italy_OP_ngo_report(E).doc); ultima consultazione 22/5/2007.
- Child Right Information Network (CRIN). *The rights of children in Italy, perspectives in the third sector*, Supplementary Report to the United Nations, October 2002. Disponibile all'indirizzo http://www.crin.org/docs/resources/treaties/crc.32/Italy_ngowg_report.doc; ultima consultazione 22/5/2007.
- Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. 1° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, anno 2004-2005*. Roma: Save the Children Italia Onlus 2005. Disponibile all'indirizzo http://www.savethechildren.it/2003/download/Pubblicazioni/monitoraggio/CRC_Rapporto_1-2005.pdf, ultima consultazione 2/4/2007.
- Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. 2° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, anno 2005-2006*. Roma: Save the Children Italia Onlus, 2006. Disponibile all'indirizzo http://www.savethechildren.it/2003/download/Pubblicazioni/Monitoraggio/CRCRC_Rapporto_2-2006.pdf; ultima consultazione 22/5/2007.
- Save the Children Italia Onlus. *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, la prospettiva del Terzo settore. Rapporto supplementare alle Nazioni Unite del Gruppo di lavoro per la CRC*. novembre 2001.
- Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. *Monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, Guida pratica per il Terzo settore*. Roma: Save the Children Italia Onlus; 2004. Disponibile all'indirizzo http://www.savethechildren.it/2003/download/Pubblicazioni/Monitoraggio/Diritti_infanzia_SC.pdf, ultima consultazione 2/4/2007.

UNA RETE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLA PERSONA STRANIERA

Anna Colucci, Pietro Gallo, Anna Maria Luzi

Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione

Negli ultimi anni, in Italia, l'attenzione nei confronti dell'AIDS è notevolmente diminuita. La disponibilità di trattamenti terapeutici efficaci e gli importanti cambiamenti epidemiologici avvenuti, hanno profondamente modificato il significato di questa patologia e la sua percezione sociale. Tuttavia, nonostante i progressi conseguiti in ambito farmacologico, l'AIDS continua a rappresentare un problema rilevante di Sanità Pubblica, interessando, in particolare, fasce di popolazioni maggiormente vulnerabili quali giovani, donne e persone straniere.

Per quanto riguarda la popolazione straniera presente in Italia, studi e dati osservazionali mostrano una sorta di "fragilità sociale" della persona, che nell'ambito dell'infezione da HIV si traduce spesso in minori opportunità di ricevere informazioni, in un ritardo di accesso al test e una diagnosi di infezione da HIV in fase avanzata con l'impossibilità di ricevere cure precoci; una realtà presente anche in altri Paesi ad economia avanzata (1-7).

Pertanto, gli interventi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie infettive rivolti a tale target diventano misure essenziali per il benessere della singola persona e della collettività all'interno della quale essa è inserita. Al fine di fornire risposte concrete ai bisogni di salute della popolazione straniera è indispensabile avvalersi di un approccio multidisciplinare, che veda la collaborazione integrata tra esperti con differenti professionalità, cooperanti all'interno di Reti nazionali e internazionali, che condividano obiettivi, metodologie e azioni (8).

Tale approccio, raccomandato dalle politiche sanitarie europee e italiane, è pienamente condiviso dall'Istituto Superiore di Sanità che, dal 1997, coordina la Rete italiana *National Focal Point* (NFP) nell'ambito del progetto europeo *AIDS & Mobility*, Rete europea dei Paesi dell'Unione.

Le finalità principali del network europeo riguardano l'identificazione degli aspetti di criticità dei migranti, delle minoranze etniche e di altri gruppi mobili per quanto riguarda l'HIV e l'AIDS, l'individuazione dei loro bisogni di salute e la promozione di politiche di cambiamento, nonché il perfezionamento delle competenze dei professionisti che lavorano all'interno di strutture impegnate con gli stranieri. Il conseguimento di queste finalità ha comportato la necessità di costituire, in ogni stato membro dell'Unione europea, un *National Focal Point* nazionale (9, 10).

L'esperienza della Rete italiana *National Focal Point*

Il NFP italiano è costituito da 56 esperti di Istituzioni Pubbliche, Organizzazioni Non Governative (ONG) e Associazioni di Volontariato che, presenti in differenti regioni del Nord, Centro e Sud Italia, sono impegnati nel fornire risposte ai bisogni di salute della popolazione non italiana nell'ambito dell'infezione da HIV, con interventi di prevenzione primaria, di

diagnosi ed effettuazione del test per la ricerca degli anticorpi anti HIV, di cura e di supporto per quanti abbiano contratto l'infezione.

L'integrazione tra strutture e la competenza dei singoli partecipanti hanno consentito al NFP italiano, in dieci anni di attività, di promuovere e realizzare, a livello internazionale e nazionale, progetti di ricerca sulle caratteristiche socio-demografiche e comportamentali delle popolazioni migranti, di programmare percorsi formativi ad hoc in ambito transculturale, nonché di avviare collaborazioni con Enti di Ricerca, Università e istituzioni per la messa a punto di strategie preventive rivolte al cittadino straniero.

Nell'ambito dell'ultima Campagna Informativo-Educativa di Lotta all'AIDS promossa dal Ministero della Salute (2005/2006), il NFP italiano, in quanto Rete rappresentativa di differenti realtà socio-culturali, è stata coinvolta nella definizione di contenuti e metodologie per la messa a punto di messaggi indirizzati alla popolazione straniera.

Obiettivo prioritario della collaborazione tra il Ministero della Salute e il NFP è stato quello di individuare canali comunicativi mirati a differenti gruppi etnici presenti sul territorio nazionale e di stilare un *depliant* a loro rivolto. L'attenzione è stata focalizzata sia sui contenuti scientifici, sia sulle differenti versioni grafiche per le varie nazionalità. Questo si è reso necessario in quanto i risultati scaturiti da esperienze precedenti hanno evidenziato che la semplice traduzione di messaggi informativi pensati per la popolazione autoctona, risulterebbe poco incisiva per persone appartenenti ad altre culture. Alla luce di ciò sono state identificate sette lingue (inglese, francese, spagnolo, russo, romeno, cinese, arabo), tra quelle utilizzate da gruppi etnici numericamente più rappresentativi sul territorio italiano o che potrebbero risultare più difficili da raggiungere dai servizi pubblici e da quelli del volontariato. È stata prevista anche la produzione di un *dépliant* in lingua italiana mirato al cittadino straniero che comprenda l'italiano.

La presenza dei componenti del NFP nelle varie Regioni e la loro capacità di attivare Reti locali, ha favorito una capillare e mirata distribuzione del prodotto informativo. Sono stati, così, raggiunti cittadini stranieri, uomini e donne, di tutte le età, con differente status giuridico, provenienti da molteplici aree geografiche mondiali. Nel periodo novembre 2006 – marzo 2007 sono stati distribuiti 250.000 *depliant*, pari a più della metà del materiale stampato dal Ministero della Salute.

Per la realizzazione del *depliant*, gli esperti hanno ritenuto opportuno utilizzare un linguaggio semplice e chiaro per fornire informazioni riguardanti:

- vie di trasmissione dell'HIV;
- modalità di prevenzione;
- effettuazione del test per la ricerca degli anticorpi;
- indicazioni legislative per usufruire di cure gratuite anche da parte di stranieri senza permesso di soggiorno.

L'ultima parte dell'opuscolo riporta riferimenti relativi al Servizio di *counselling* "Telefono Verde AIDS" dell'Istituto Superiore di Sanità, istituito nel 1987 dalla Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS (11-15).

Per una fattiva continuità tra un approccio informativo generalizzato (*depliant*) e uno personalizzato (comunicazione telefonica), si è reso necessario potenziare l'attività di *counselling* dell'équipe del Telefono Verde AIDS con il contributo di mediatori linguistico-culturali, esperti nel settore. Tali figure integrandosi con i ricercatori del Servizio, utilizzano le loro competenze linguistico-culturali e comunicativo-relazionali per fornire risposte personalizzate ai bisogni informativi della persona straniera relativamente all'infezione da HIV. Ciò consente di affrontare tematiche complesse legate alla sessualità e alla malattia, riconoscendo la specificità del background culturale di ogni individuo (16).

Il mediatore linguistico-culturale assume, quindi, particolare rilevanza all'interno di un servizio di *counselling* telefonico, in quanto svolge non solo un'attività di mera traduzione del contenuto scientifico, ma ha, soprattutto, il compito di elaborare l'informazione trasformandola in un messaggio efficace per quella "singola persona" con quella "specificata cultura".

Nell'ottica di una sempre maggiore efficacia degli interventi informativo-educativi rivolti a persone non italiane, gli esperti del NFP hanno ritenuto necessario avviare progetti di valutazione dell'efficacia informativa del *depliant* e dell'intervento di *counselling* transculturale. Nello specifico sono in fase di realizzazione due studi di valutazione che operano in ambiti differenti. Il Progetto annuale "Immigrants and HIV Prevention: a study on the evaluation of a leaflet campaign prepared by the Ministero della Salute with the collaboration of National Focal Point AIDS & Mobility" ha l'obiettivo di verificare il livello di accettazione del *depliant* da parte del cittadino non italiano, attraverso l'analisi delle seguenti aree: chiarezza dell'informazione, gradimento dei contenuti grafici, percezione dell'utilità del *depliant*. La metodologia prevista si avvale di un questionario tradotto nelle sette lingue del *depliant*, che l'operatore sanitario somministra all'interno di un'interazione di aiuto. La partecipazione allo studio di tredici strutture del NFP, permetterà di raggiungere un campione ampio e diversificato di persone straniere. In tal modo, al termine del Progetto, dall'analisi dei dati raccolti sarà possibile elaborare indicatori utili per la predisposizione delle future Campagne Informativo-educative di lotta contro l'AIDS.

Il Progetto biennale "Valutazione di un intervento di HIV/AIDS *counselling* rivolto a cittadini stranieri", attraverso l'attivazione di un percorso formativo per gli operatori impegnati nella lotta all'AIDS, intende mettere a punto una metodologia standardizzata e condivisa di un intervento di *counselling* transculturale, implementabile in differenti realtà socio-culturali del nostro Paese e adattabile ai molteplici gruppi di stranieri con i quali l'operatore sanitario si confronta. Nello studio sono coinvolte associazioni di volontariato presenti in tre grandi città italiane del Nord (Milano), Centro (Roma) e Sud (Palermo), oltre all'Università dell'Insubria (Varese). I risultati conseguiti al termine dello studio permetteranno di valutare il livello di soddisfazione espresso dalle persone non italiane che afferiscono a strutture governative e non, ma anche di delineare un modello condivisibile di *counselling* erogato nell'ambito della relazione transculturale.

In sintesi, l'impegno profuso dai partecipanti al NFP nell'ambito delle differenti attività svolte, ha la finalità prioritaria di attivare e promuovere processi di cambiamento nell'approccio dell'operatore sanitario con la persona straniera. Tale considerazione assume maggiore rilevanza, in un contesto, come quello dell'HIV e dell'AIDS, nel quale i contenuti scientifici devono necessariamente essere mediati all'interno di una trama di valori e di determinanti culturali, affinché l'operatore e la persona straniera possano attribuire un significato condiviso al concetto di salute, contribuendo così al suo rafforzamento.

Conclusioni

In questa fase dell'epidemia appare, quindi, sempre più evidente attivare e sostenere processi di educazione alla salute e di prevenzione dell'infezione da HIV, non limitati da termini temporali e spaziali, che riescano a raggiungere la popolazione straniera. In Italia, come si evince da uno studio condotto da alcuni esperti del NFP sono numerosi i progetti sviluppati a livello locale (predisposizione di *depliant* informativi in differenti lingue, interventi di promozione della salute per minori di nazionalità non italiana, accompagnamento ai servizi sanitari con il supporto di mediatori linguistico-culturali, attivazione di seminari informativi

nelle scuole con un'alta proporzione di stranieri) che, pur validi, non vengono estesi a tutto il territorio nazionale (6).

A tale proposito è condivisibile la posizione di Peter Piot (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – UNAIDS, Ginevra) quando sostiene il ruolo decisivo svolto dai programmi di prevenzione nel ridurre l'avanzare dell'infezione, ma che tutti gli sforzi attuati a livello mondiale o dalle singole nazioni non riescono a stare al passo con l'epidemia. Dopo più di un quarto di secolo dalle prime diagnosi di AIDS è doveroso passare dai piccoli progetti a breve termine a strategie a lungo termine di più ampia portata, in grado di contrastare le disuguaglianze etnico-culturali, nonché di rendere i programmi di prevenzione e i servizi di trattamento accessibili a tutti (17).

Si dovrebbe, quindi, lavorare in Rete per mettere a punto e sperimentare metodologie operative, sviluppare studi di valutazione degli interventi adottati per una migliore definizione degli stessi, divulgare conoscenze e buone prassi, favorire gli scambi comunicativi relativamente a quelle esperienze che essendo risultate efficaci potrebbero essere estese e replicate in differenti realtà.

Ringraziamenti

Si ringraziano i componenti del National Focal Point

Mario AFFRONTI Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “P. Giaccone”, Palermo – Francesco ALBERICI e Alessandra DONISI Ospedale G. da Saliceto, Piacenza – Rosa BRANCATELLA Ospedale Sandro Pertini, Roma – Margherita BUSSO M.I.S.A., Torino – Stefano BUTTÒ Istituto Superiore di Sanità, Roma – Lucio COSCO Ospedale Pugliese Ciaccio, Catanzaro – Pia COVRE Comitato Diritti delle Prostitute, Azzano (PN) – Anna D'AGOSTINI – Istituto Superiore di Sanità, Roma – Stefania D'AMATO Ministero della Salute, Roma – Ivan DAL CONTE Ospedale Amedeo di Savoia, Torino – Rossella DI BACCO U.O. AIDS II Livello, Roma – Giorgio DELL'AMICO Arcigay Nazionale Immigrazione, Modena – Alfio DI MAMBRO Associazione Archè, Roma – Issa EL HAMAD e Maria Chiara PEZZOLI Spedali Civili di Brescia, Brescia – Luca FORNARI e Vincenzo CRISTIANO ALA Associazione Lotta all'AIDS, Milano – Anna Rosa FRATI Ministero della Salute, Roma – Esoka Esemè FRANKLYN Ospedale Umberto I Mestre (VE) – Salvatore GERACI Caritas Diocesana di Roma, Roma – Vincenzo GUADAGNINO e Vincenzo PISANI Università degli Studi di Catanzaro “Magna Graecia”, Catanzaro – Rosaria IARDINO e Maria Vittoria ZACCAGNINI – Network Persone Sieropositive Italia ONLUS, Roma – Raffaele LELLERI Arcigay Nazionale Salute, Bologna – Daniela LORENZETTI Azienda ASL RM/A, Roma – Mara MANGHI e Marina GRECI Centro per la Salute della Famiglia Straniera, AUSL, Reggio Emilia – Rodolfo MAYER Università degli Studi “La Sapienza”, Roma – Michela MARTINI IOM – International Organization for Migration, Roma – Antonella MONASTRA ASL/6, Palermo – Aldo MORRONE, Ottavio LATINI e Luigi TOMA IRCCS San Gallicano, Roma – Fulvia MOTTA Caritas Diocesana di Roma, Roma – Pierfranco OLIVANI NAGA – Associazione volontaria di assistenza socio-sanitaria e per i diritti di stranieri e nomadi, Milano – Fabrizio PAOLONI, Ospedale SS. Filippo e Nicola di Avezzano, (AQ) – Fulvio VASSALLO PALEOLOGO Diritti dei Migranti, Palermo – Rosanna PARADISO TAMPEP, Torino – Nicola PETROSILLO INMI L. Spallanzani, IRCCS Roma – Tullio PRESTILEO Dipartimento di Malattie Infettive Ospedale Casa del Sole e Pisani, Palermo – Enzo RAISE Ospedale SS. Giovanni e Paolo e Ospedale Umberto I, Venezia – Giovanni REZZA Istituto Superiore di Sanità, Roma – Enrica ROSA Istituto Superiore di Sanità, Roma – Giulia SCARAVELLI Istituto Superiore di Sanità, Roma – Angela SPINELLI Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, Roma – Laura SPIZZICHINO U.O. AIDS ASL RM/E, Roma – Rudi VALLI Istituto Superiore di Sanità, Roma – Alberto VITO Unità Operativa – Psicologia Ospedaliera “Cotugno” Napoli Commissione Nazionale Lotta contro l'AIDS Ministero della Salute – Stefano VOLPICELLI Lega Italiana Lotta AIDS CEDIUS, Milano – Vincenzo VULLO e Miriam LICHTNER Università degli Studi “La Sapienza”, Roma.

Bibliografia

1. Suligoi B, Boros S, Camoni L, Lepore D, Ferri M, Roazzi P. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2005. *Not Ist Super Sanità* 2006;19(6) Suppl 1.
2. Saracino A, El Hamad I, Prato R, Cibelli DC, Tartaglia A, Palombo E, Pezzoli MC, Angarano G, Scotto G, SIMIT Study Group. Access to HAART in HIV-infected immigrants in a retrospective multicenter Italian Study. *AIDS Patient Care STDS* 2005;19(9):599-606.
3. Dray R, Lert F. Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2003;17:283-90.

4. Stronks K, Ravelli ACJ, Reijnders SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health* 2001;55:701-7.
5. Parker R. The global HIV/AIDS pandemic, structural inequalities and politics of international health. *J Public Health* 2002;92(3):343-6.
6. Colucci A, Gallo P, Carosi G, El Hamad I, Prestileo T, Vullo V, Petrosillo N, Luzi AM. Persone straniere e accesso/fruibilità alle strutture sanitarie impegnate nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'AIDS. Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: FCM Editore; 2006. p. 227-9.
7. Centers for Disease Control and Prevention MMWR Racial/ethnic disparities in diagnoses of HIV/AIDS – 33 states, 2001-2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2006;55(5):121-5. Disponibile all'indirizzo www.cdc.gov/mmwr; ultima consultazione 13/04/07.
8. Petrosillo N, Colucci A, Luzi AM, Gallo P, Palmieri F e il gruppo del National Focal Point italiano. L'intervento delle strutture pubbliche e non governative italiane nel rapporto tra popolazioni migranti e infezione da HIV. *Ann Ist Super Sanità* 2004;40(4):433-9.
9. Italian NFP working group. Italy. In: Bröring B, Canter C, Schinaia N, Teixeira B (Ed.). *Access to care: privilege or right? Migration and HIV Vulnerability in Europe*. Woerden, The Netherlands: NIGZ. 2003. p. 74-87.
10. Italian NFP Working Group. Immigration and Health: the Italian National Focal Point experience. *Ann Ist Super Sanità* 2000;36(4):479-90.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Revised Guidelines for HIV counseling testing, and referral. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2001;50/No:RR-19. Disponibile all'indirizzo www.cdc.gov/mmwr; ultima consultazione 13/4/07.
12. Bos AER, Visser GC, Tempert BF, Schaalma H. Evaluation of the Dutch AIDS information helpline: an investigation of information needs and satisfaction of callers. *Patient Educ Couns* 2004;54:201-6.
13. De Mei B, Luzi AM, Gallo P. Proposta di un percorso formativo sul counselling integrato. *Ann Ist Super Sanità* 1998;34(4):529-39.
14. Walzer RR, Lynn WL. National AIDS Hotline: HIV and AIDS information service through a toll-free telephone system. *Public Health Reports* 1991;106(6):628-34.
15. Boselli F, Chiosso G, Gallinelli A. The Italian STD 'Hot-Line'. Making people aware. *Sex Transm Dis* 2003; 30(9):707-12.
16. European Centre for disease Prevention and Control. Meeting Report. HIV prevention in Europe: Action, needs and challenges. Stockholm, 2-3 October 2006. Disponibile all'indirizzo <http://www.ecdc.eu.int/pdf/MR%20Hiv%20prevention%20web.pdf>; ultima consultazione 13/04/07.
17. Piot P. AIDS: From crisis management to sustained strategic response. *Lancet* 2006;368:526-30.

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.
Le richieste possono essere inviate a: pubblicazioni@iss.it.*

*Stampato da Litografia Chicca di Fausto Chicca
Via di Villa Braschi 143, 00019 Tivoli (Roma)*

Roma, giugno 2007 (n. 2) 6° Suppl.