

Salute degli immigrati: diseguaglianze e risposte dei Servizi Sanitari

Patrizia Carletti, Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute, Agenzia Regionale Sanitaria Marche – Coordinatrice del Tavolo interregionale “Immigrati e Servizi sanitari” del Coordinamento della Commissione Salute

Perché occuparsi della salute degli immigrati?

La popolazione immigrata rappresenta una proporzione sempre più rilevante della popolazione residente

2) Gli immigrati hanno rischi maggiori di perdita della salute e la salute sessuale riproduttiva è un'area particolarmente a rischio (condizioni socio-economiche e relazionali peggiori, minore accesso ai servizi e alle cure, cure di peggiore qualità)

3) L'equità è un obiettivo del SSN e dei SSR

4) Il miglioramento dei servizi per i gruppi più vulnerabili ha ricadute positive su tutti i cittadini

L'analisi del profilo di salute di questa popolazione mostra che **esistono svantaggi nella salute**¹:

“...trattandosi di una popolazione giovane, le dimensioni della domanda sono limitate; essa ricorre ai servizi o per eventi fisiologici quali il parto, o per mancanza di interventi di prevenzione quali l'aborto e gli infortuni sul lavoro. Questo suggerisce il carattere prevalentemente preventivo degli interventi da realizzare, con effetto positivo anche sulla riduzione dei costi e dei conflitti sociali” (2009)

“Rispetto alla popolazione italiana, la popolazione immigrata ricorre in misura minore ai ricoveri ospedalieri, che in media sono meno onerosi, probabilmente anche a causa della minore complessità delle malattie. Il ricorso all'ospedale è sostanzialmente da imputare a situazioni indifferibili come la gravidanza, il parto e le interruzioni volontarie della gravidanza o a situazioni legate all'attività lavorativa ed alla peggior condizione socio-economica (traumatismi, malattie dell'apparato digerente e respiratorio, malattie infettive e parassitarie, del sistema nervoso, della nutrizione, disturbi psichici).

La maggiore frequenza di ricoveri in urgenza tra gli immigrati residenti e, ancor più tra i non residenti, rispetto agli italiani può essere un segnale di una limitata conoscenza dei servizi territoriali e della medicina generale, di una carenza quali-quantitativa dell'offerta o delle difficoltà d'accesso da parte degli immigrati. Il fenomeno è infatti più evidente in quei gruppi, come gli immigrati non residenti, per i quali spesso non esiste un'offerta di medicina di base né per gli adulti, né per i bambini. Ne deriva che il Pronto Soccorso (e di conseguenza la struttura ospedaliera), diventa la principale porta di accesso alle cure di cui hanno bisogno e all'assistenza di cui hanno diritto.

L'assistenza materno-infantile risulta essere una delle aree più critiche per la salute delle popolazioni immigrate, con evidenti diseguaglianze nel percorso nascita, come segnalano gli

1 Si vedano:

La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi (2009)

http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf

La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali (2013)

<http://www.agenas.it/lea/la-salute-della-popolazione-immigrata-il-monitoraggio-da-parte-dei-sistemi-sanitari-regionali-ccm>

Inoltre:

Rapporti Osservasalute (anni 2005 – 2013)

<http://www.osservasalute.it/>

Istat, Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari (2014)

<http://www.istat.it/it/archivio/110879>

indicatori di qualità dell'assistenza, che risultano inferiori per le donne da immigrate ed in particolare per le non residenti.

L'elevato ricorso all'IVG per le donne immigrate (doppio rispetto alle italiane) dimostra che le problematiche legate alla migrazione e le condizioni socio-economiche si ripercuotono negativamente e in modo conflittuale sulla scelta della maternità, e sembra esserci una minore consapevolezza nella gestione della salute riproduttiva.

I bambini immigrati presentano, rispetto agli italiani, un maggior ricorso al ricovero per malattie infettive e parassitarie ed i loro tassi di mortalità neonatale e infantile sono costantemente superiori, sebbene si registri un graduale avvicinamento dei profili.

Questo svantaggio è presumibilmente legato alle precarie condizioni di vita dei bambini nella fase post-natale: carenze alimentari e/o igienico-sanitarie, povertà, emarginazione sociale, e difficoltà di accesso ai servizi sanitari e nella gestione della "convalescenza" in abitazioni non salubri" (2013)

L'Italia, primo tra i paesi dell'UE, dal 1995 ha indicato per gli immigrati "politiche sanitarie inclusive" in un'ottica di tutela sanitaria senza esclusioni (Legge 6 marzo 1998 n. 40, D.Lgs. 25 luglio 1998 n. 286 – Testo Unico, Accordo Stato-Regioni CSR n. 255 del 12 dicembre 2012), riconoscendo il diritto alle cure essenziali a tutti gli immigrati, anche a quelli non in regola con il permesso/titolo di soggiorno.

Tuttavia una rilevante questione di fondo che tende a minare la salute degli immigrati sta nel fatto che mentre per gli italiani l'erogazione dell'assistenza sanitaria dipende dal Ministero della Salute e dalle Regioni, per gli immigrati essa dipende dal Ministero dell'Interno, dalle Regioni e, in minor grado, dal Ministero della Salute. Le leggi in materia di "sicurezza" in cui gli immigrati sono ingabbiati sono spesso discriminatorie e, come è noto la discriminazione, sia diretta che indiretta, è un fattore di rischio per la salute.

Inoltre ulteriori elementi di ambiguità sono stati introdotti dalla riforma del Titolo V della Costituzione.

Questa modifica costituzionale ha comportato consistenti elementi di ambiguità. in quanto l'espansione abnorme dei livelli decisionali e legislativi delle Regioni ha fatto sì che le normative sanitarie regionali, con notevole disomogeneità territoriale, tendono a restringere il diritto alla salute agli immigrati minando pesantemente l'accesso all'assistenza sanitaria, nonostante che la Corte Costituzionale si sia espressa in più occasioni escludendo che le Regioni possano usare la loro potestà legislativa per rendere inapplicabile sul proprio territorio una legge primaria dello Stato.

Infine, non secondarie, ci sono altre condizioni che causano una forte restrizione del diritto alla salute degli immigrati tra cui:

- 1) presenza in Italia e non solo di una cultura generale discriminatoria: l'immigrazione rappresenta un argomento utilizzato in modo ideologico e propagandistico per raccogliere consenso politico;
- 2) resistenze ideologiche e pregiudiziali e frequentemente incompetenza specifica ai vari livelli decisionali;
- 3) assunzione di prassi e interpretazioni soggettive da parte di singole direzioni sanitarie e/o di singoli operatori amministrativi che discriminano gli immigrati per pre-giudizio e scarsa professionalità;
- 4) mancanza di investimento nella formazione interculturale degli operatori e assenza della mediazione interculturale nei servizi sanitari, quest'ultima uno strumento potente per favorire l'esercizio del diritto da parte degli immigrati e la loro inclusione sociale;
- 5) assunzione di obiettivi finalizzati alla "spending review" piuttosto che alla salute: l'equilibrio finanziario appare oggi come il fattore condizionante più problematico per quanto riguarda i diritti sociali. Tuttavia non dovrebbe sfuggire che questo determinismo contabile, particolarmente feroce con i gruppi più vulnerabili, si dimostra incapace di valutare gli interventi veramente utili per tutelare il "bene salute".

In tale contesto nel 2008 l'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute della Regione Marche (ODS) ha sollecitato l'istituzione di un Tavolo Tecnico interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari" a supporto della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e P.A.

Il Tavolo, opera con continuità dal 2008 ed è coordinato dall'ODS; esso ha come obiettivo quello di promuovere la salute della popolazione immigrata che è svantaggiata negli esiti di salute, attraverso l'adozione da parte del SSN e dei SSR di modelli socio-sanitari organizzativamente e *culturalmente* adeguati agli specifici bisogni.

Un importante risultato del lavoro svolto dal Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari" è la produzione del documento "**Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata da parte delle Regioni e P.A.**" approvato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni il 21 settembre 2011 e recentemente oggetto di un accordo Stato – Regioni (Rep. Atti n. 255/CSR). Esso è pubblicato in G.U. n. 32 del 7 febbraio 2013, suppl. ord. 9.

Il Tavolo ha inoltre elaborato il "**Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati**" oggetto dell'Accordo Stato Regioni del 3 marzo 2016