

Assistenza sanitaria agli immigrati: tra eccellenza e questioni aperte

Gianluca Bruttomesso

L'attuale normativa italiana in tema di accesso ai servizi sanitari da parte dei "migranti" è un punto di riferimento per l'intera Europa, ma l'emendamento presentato dalla Lega Nord nel pacchetto sicurezza potrebbe ledere questo prestigio e avere dei risvolti negativi in termini di salute pubblica del Paese

In Italia vivono oggi 4 milioni di immigrati regolari che provengono da 190 nazioni diverse. Alcune popolazioni, come per esempio quella cinese, hanno più difficoltà di integrazione e quindi accedono in numero minore ai servizi sanitari. Altre, come quella pachistana, tendono a vivere nelle zone rurali e sono maggiormente fragili, dal punto di vista della salute e dell'emancipazione. E poi c'è un cospicuo numero di irregolari che comunque usufruiscono dell'assistenza sanitaria grazie all'articolo 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, comma 5 che recita: "L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano". Questo articolo è recentemente stato messo in discussione da un emendamento della Lega Nord al cosiddetto "Pacchetto sicurezza". Emendamento presentato a ottobre, ritirato e poi ripresentato a novembre, che nei fatti andrebbe a limitare l'attuale libertà di accesso alle strutture sanitarie da parte degli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno. Il nuovo testo comporterebbe, di fatto, l'obbligo di denuncia degli immigrati irregolari da parte dei medici o del personale sanitario. Compatta è stata la risposta contraria dell'intera categoria, dalla FNOMCeO allo

Csermeg, fino al Sumai. Capofila nella "lotta" all'emendamento è la Simm, Società italiana di Medicina delle Migrazioni.

"Le nostre politiche sull'immigrazione in ambito europeo hanno una connotazione di eccellenza e garantiscono diritti importanti - ha di recente dichiarato **Salvatore Geraci**, presidente della Simm, durante il convegno di Reggio Emilia "Qualità dei servizi sanitari in un contesto pluriculturale", organizzato dall'Usl locale - Tuttavia, non essendoci una regia unica, in Italia ogni Regione dà la sua interpretazione alle leggi, così che alcune politiche risultano meno efficienti di altre". Secondo Geraci l'emendamento proposto dalla Lega Nord risulterebbe inutile, dannoso e pericoloso per tre motivi: in primo luogo se l'immigrato senza permesso di soggiorno sa che, andando in ospedale, può essere denunciato, non si farà curare fin quando non ne potrà fare a meno. Così si reca innanzitutto un danno alla singola persona malata, aggravando la sua patologia. In secondo luogo se l'immigrato ha una malattia trasmissibile, nella fase in cui non si cura la può trasmettere e il danno può estendersi dal singolo individuo alla collettività. Terzo motivo è che si finirebbe per rendere ulteriormente invisibile una popolazione che lo è già, incrementando i fattori di rischio per la salute, ma anche aumentando quelli di devianza verso la malavita o organizzazioni criminali.

Per il presidente della Simm tutto questo produrrebbe un aumento dei costi, perché la persona che raggiunge la struttura sanitaria in ritardo rispetto ai percorsi assistenziali appropriati, lo fa in condizioni più gravi, e ciò comporta un impegno maggiore dal punto di vista assistenziale. Infine si rischia di provocare una serie di pericolosi percorsi "paralleli", ovvero non ufficiali, di tutela della salute.

Le puntualizzazioni della Lega

I cinque senatori della Lega che hanno proposto l'emendamento, scrivendo alla FNOMCeO hanno dichiarato di non voler "precludere l'assistenza sanitaria per gli extra-comunitari clandestini", precisando che la proposta "è finalizzata ad uniformare la normativa vigente in tema di accesso alle cure sanitarie al nuovo reato di clandestinità, soprattutto considerando il ruolo che i medici del Pronto soccorso (...) svolgono in qualità di pubblici ufficiali". Secondo i senatori della Lega analoghe disposizioni sono state adottate anche in altri ordinamenti europei, primo fra tutti quello francese. Nel merito ha prontamente replicato Geraci: "Il problema della congestione delle strutture di Pronto soccorso avviene solo in città come Milano, dove gli immigrati irregolari non hanno altro accesso alla sanità pubblica. Laddove invece, come in Emilia Romagna, in Toscana e in

parte del Lazio e del Piemonte, si è attivato un discorso capillare di intercettazione del loro bisogno di salute, l'accesso al Ps si è fortemente ridimensionato. Il problema, semmai, per il Governo, sarebbe quello di sanare le disuguaglianze fra Regioni e andare a regime in senso inclusivo". Inoltre sembra che l'unico Paese dove esiste oggi l'obbligo di denuncia sia la Germania: "Tuttavia - sostiene Geraci - dai colleghi tedeschi e dal loro ministero della Salute abbiamo appreso che si tratta di una delle poche leggi che in quello Stato non viene applicata. In Francia, invece, se una persona dispone di una qualsiasi attestazione che dimostri la sua presenza nel Paese da più di tre mesi, anche se irregolare ha garantita tutta una serie di prestazioni sanitarie, non solo quelle urgenti. E comunque non è prevista la denuncia".

In attesa di capire come proseguirà l'iter normativo, ci sarà comunque da recuperare un gap che si è già venuto a creare con il solo dibattito: "Già ora - mette in guardia Geraci - per paura si sta producendo un deficit di accesso ai servizi sanitari da parte degli irregolari. Questo avrà ripercussioni negative sulla salute degli immigrati, e probabilmente anche su quella pubblica. Ne vedremo le conseguenze tra qualche mese".

■ Un esempio per l'Europa

Dopo il boom di immigrazione degli anni '95-'98, in Italia si è provveduto a regolamentare le politiche sanitarie rivolte ai migranti attraverso il Testo Unico sull'immigrazione, grazie al quale è stato garantito l'accesso ai servizi sanitari sia per gli immigrati regolari, con iscrizione obbligatoria al Ssn, sia per i clandestini, che non entrano in contatto con i medici di medicina generale, a meno che non si inseriscano in reti di volontariato, e viene loro assegnato il cosiddetto codice STP, che consente di accedere a tutte le cure urgenti ed essenziali.

L'attuale normativa italiana, in tema di accesso alla sanità da parte dei "migranti", secondo Geraci, ha creato solo effetti positivi: "abbiamo ridotto i tassi di Aids, abbiamo mantenuto stabili quelli di tubercolosi, abbiamo ridotto gli esiti negativi nell'ambito materno-infantile tra gli stranieri".

L'Unione Europea negli ultimi anni ha diffuso una serie di raccomandazioni agli Stati membri partendo dall'esperienza italiana, consigliando di applicare scelte di buon senso come quelle adottate negli ambiti della scuola e della sanità, dove gli operatori non sono tenuti a denunciare gli immigrati irregolari, proprio per migliorare le loro condizioni di salute o di inserimento, con particolare riguardo alle donne e ai bambini, indipendentemente dallo status sociale.

■ Il ruolo cerniera dei Mmg

In merito ai bisogni di salute di tutti gli immigrati che risiedono nel nostro Paese molto è affidato al lavoro del singolo Mmg a cui si interfaccia il 94% degli immigrati che possiede regolare permesso di soggiorno.

Il medico di famiglia si trova spesso da solo a dover gestire un numero cospicuo di immigrati, dovendo affrontare i loro problemi non solo di salute, ma anche di lingua, di comunicazione, di approccio culturale, di modi diversi di considerare il proprio corpo. "A livello locale - denuncia infatti Geraci - non c'è un'adeguata attenzione alla preparazione specifica degli operatori sanitari nei confronti di queste nuove popolazioni, per esempio non si affrontano mai questi temi nella formazione dei giovani medici".

■ L'esperienza di Reggio Emilia

Non mancano, tuttavia, esempi positivi, come quello di Reggio Emilia. La Usl del territorio, infatti, che serve una popolazione di 500mila abitanti, fornisce un ser-

vizio di mediazione linguistico-culturale tramite una ventina di interpreti, che copre sei ospedali e sei distretti nel territorio. L'anno scorso sono state realizzate quasi 8 mila ore di mediazioni. "Tutto questo ci costa oltre 250mila euro l'anno - ha specificato **Antonio Chiarenza**, responsabile del settore ricerca e innovazione della direzione generale Usl di Reggio Emilia - ma faremo uno sforzo ulteriore, economico e organizzativo, per arrivare anche ai medici di medicina generale".

Chiarenza, che svolge anche il ruolo di coordinatore di una rete europea finalizzata a migliorare i servizi sanitari, ha tratteggiato i percorsi e i progetti attivi in Europa per facilitare la relazione fra i medici di famiglia e le strutture sanitarie con la popolazione immigrata. La Direzione generale sanità pubblica della Commissione Europea sta infatti finanziando una quindicina di progetti, già attivi, e un'altra decina sono sostenuti da altre istituzioni del Continente. La prima area di intervento è quella del monitoraggio della salute dei migranti, la seconda (tre progetti) è quella dell'accesso ai servizi sanitari e dell'appropriatezza delle cure. Un'altra area riguarda la salute mentale degli immigrati e la decodifica dell'espressione dei loro sintomi.

Altri progetti interessano la prevenzione delle malattie infettive e le precarie condizioni di lavoro, come per esempio il problema dei traumi. Infine cinque progetti studiano la salute e l'accesso alle cure sanitarie della popolazione nomade. Secondo Chiarenza, seguendo le linee guida che il Consiglio d'Europa ha tratteggiato già nel novembre 2006, in Europa e in Italia occorre predisporre politiche che comprendano non solo la salute, ma siano coordinate a quelle della casa e del lavoro, magari attraverso la cooperazione tra sistemi sanitari, Ong e comunità di immigrati. Sarebbe opportuno anche includere i migranti negli studi clinici.