



Master



in Medicina delle Emarginazioni, delle Migrazioni, delle Poveri

A.A 2007 - 2009

OLTRE LA CLINICA

UNO SGUARDO FILOSOFICO, ANTROPOLOGICO E
POLITICO SULLA CURA DEL PAZIENTE STRANIERO

L'ESPERIENZA DELL'AMBULATORIO
OIKOS DI BERGAMO

Il Relatore

Dott. Salvatore Geraci

Il Candidato

Dott. Andrea Pendezzini

Ad evitare ambiguità e oscurità impiegheremo sempre l'espressione comprendere per la visione intuitiva dello spirito, dal di dentro. Non chiameremo mai comprendere, ma spiegare il conoscere i nessi causali oggettivi che sono sempre visti dal di fuori. [...] E' dunque possibile spiegare qualcosa senza comprenderlo.

Karl Jasper, Allgemeine Psychopathologie

La scienza ha definitivamente a che fare con una malattia (di cui ignora tutto, tranne le semplificazioni nominalistiche che ne ha dato), contenuta in istituzioni curative e di custodia; ma la natura di questa malattia e di queste istituzioni resterà profondamente legata al rapporto che la razionalità borghese continua a intrattenere con la miseria, che queste istituzioni hanno il compito di contenere e controllare attraverso la mediazione della malattia.

Franco Basaglia, Conferenze brasiliane

L'esistere del mondo è uno stupore infinito, ma nulla è più dell'uomo meraviglioso, che varca il mare canuto sospinto dal vento tempestoso del sud, fa le andate penetrando che infuriano d'attorno, e la più eccelsa fra gli dei, la terra imperitura infaticabile, consuma volgendo l'aratro anno dopo anno e con l'equina prole rivolta.

Sofocle, Antigone

INDICE

Introduzione.....	p. 4
Capitolo 1: Immigrazione e salute.....	p. 9
1.1 La doppia assenza: partenze e ritorni	
1.2 Il fenomeno migratorio in Italia	
1.3 La realtà migratoria in Lombardia ed a Bergamo	
1.4 La salute dei cittadini stranieri	
1.5 Assistenza sanitaria dei cittadini stranieri tra diritto formale e reale fruizione dei servizi	
Capitolo 2: L'ambulatorio OIKOS	p. 42
2.1 Storia	
2.2 Attività	
2.3 Revisione della casistica	
2.4 Alcuni progetti: screening malattie sessualmente trasmesse e Pap-test	
2.5 Sospesi tra pubblico e privato sociale	
2.6 Gli orizzonti del prendersi cura tra conflitto e mediazione	
Capitolo 3: Oltre la clinica.....	p. 83
3.1 Lo sguardo filosofico: il sistema istituzionale di cura come possibilità e come pericolo	
3.2 Lo sguardo antropologico: dall'incontro con l'altro rimettere in discussione i presupposti epistemologici della pratica medica	
3.3 Lo sguardo politico: ripensare la cura tra violenza strutturale e medicalizzazione della vita	

Conclusioni..... p. 92

Bibliografia..... p. 93

Tabelle e grafici.....p. 110

Introduzione

Dopo la laurea mi trovai a dover decidere quale strada prendere all'interno del vasto mondo della medicina. Gli anni dell'università erano trascorsi in una specie di equilibrio tra la dimensione formativa da un lato e quella elettiva degli impegni politico-sociali dall'altro. In quella situazione di stabilità non c'era motivo per le domande sul dopo. Così d'improvviso mi risvegliai catapultato nel mondo del lavoro, sospinto a dover decidere del mio futuro.

Fin da subito sentii come troppo stretto il ruolo che viene assegnato nella nostra società alla figura del medico: di fatto quello di un tecnico, sia nella pratica clinica, sia nella dimensione della sanità pubblica. Nel corso di un anno travagliato, passai dalla medicina interna, alla cooperazione internazionale, alla sanità pubblica ed infine alla medicina generale.

In quest'ultima credo (e spero) di poter trovare un luogo nel quale la pratica della cura possa ancora posizionarsi là dove si trovava quando nacque, secoli fa: a cavallo tra scienza ed umanesimo. Un luogo dove fosse possibile prendersi il tempo per coltivare autoriflessività e relazioni umane.

Poco prima di iscrivermi al Corso Specifico di Formazione in Medicina Generale, conobbi nella mia città un ambulatorio che operava a titolo di volontariato in favore di cittadini stranieri non in regola con la normativa sull'ingresso ed il soggiorno in Italia. Collaborando con l'ambulatorio Oikos di Bergamo ho avuto modo in questi anni di maturare la profonda convinzione di come la salute sia una condizione che si realizza all'intersezione di una serie complessa di determinanti: non solo biologiche, ma anche sociali, culturali, esistenziali, giuridiche e politiche. Essa dunque non può essere ridotta al risultato di un atto medico ma prevede molti altri piani di azione e di riflessione.

E' su di essi, oltre che sulla revisione della casistica demografica ed epidemiologica raccolta negli ultimi due anni in ambulatorio, che vorrei incentrare la mia tesina.

Immigrazione e salute

Nel primo capitolo tratterò brevemente alcuni nuclei tematici che serviranno a dare un semplice quadro di riferimento da un lato storico, sociale e politico, dall'altro demografico ed epidemiologico, dentro il quale collocare le argomentazioni sostenute nel secondo e nel terzo capitolo.

Inizierò con alcuni cenni al fenomeno migratorio che riguarda attualmente l'Italia nelle sue dimensioni demografica e storico-politica. In seguito tratterò per sommi capi la situazione sanitaria dei cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, da un punto di vista sia epidemiologico che sociale. Mi concentrerò quindi su una breve analisi degli aspetti normativi ed organizzativi dell'assistenza sanitaria per i cittadini immigrati nel nostro paese, con una particolare attenzione al significativo scollamento tra il diritto formalmente sancito dalla legge e la fruibilità dei servizi ai quali il cittadino straniero riesce effettivamente ad accedere. Chiuderò con una panoramica demografica, sociale, politica ed epidemiologica, sulla realtà locale lombarda e bergamasca dentro la quale si inseriscono sia il lavoro dell'ambulatorio Oikos, trattato nel secondo capitolo, sia alcune delle riflessioni teoriche presentate nel terzo capitolo.

L'ambulatorio Oikos

L'Associazione Oikos è una Onlus (organizzazione non lucrativa di utilità sociale) che opera nella città di Bergamo a partire dal 1994. Essa si propone di *“promuovere una cultura che riconosce nella salute un diritto primario di chiunque”* (articolo 5 dello Statuto). L'attività attraverso la quale è nata l'associazione è un ambulatorio di medicina generale per cittadini stranieri non iscrivibili al Sistema Sanitario nazionale.

Nel corso degli anni l'associazione ha stretto rapporti con le varie realtà sociali ed istituzionali che si occupano di immigrazione ed ha pian piano maturato la consapevolezza della complessità del settore dentro il quale si muove. Gli sforzi si sono quindi orientati dalla semplice erogazione di un servizio ed una azione costante ed ostinata di advocacy dentro il contesto politico-istituzionale locale, costantemente affiancata dallo sforzo di partecipare attivamente alla rete territoriale di soggettività sociali e di movimento che operano nel mondo dell'immigrazione. Un approdo simbolico di questo percorso può essere ritrovato nel Contratto Sociale, documento che la associazione si è recentemente data per meglio regolare i rapporti interni ed esterni: *“l'impegno di Oikos quindi non si colloca nell'ambito delle “buone azioni”, ma in quello del “lavorare per la giustizia”, per rendere effettivamente riconosciuto e garantito un diritto”*.

Nel secondo capitolo di questo elaborato racconterò la storia e le attività dell'ambulatorio, quindi proporrò una revisione della casistica demografica ed epidemiologica raccolta negli ultimi 2 anni presso l'ambulatorio tramite il software OSI. In tale periodo sono state eseguite 5184 visite ad un totale di 2831 pazienti. Dal 1994, anno di apertura dell'attività, invece, sono state erogate oltre 30000 visite a poco meno di 14000 pazienti. Presenterò anche due progetti

dell'ambulatorio nello specifico: lo screening per malattie sessualmente trasmesse effettuato in donne vittime della tratta ed la promozione del Pap Test in donne straniere escluse dai progetti di screening tumorali istituzionali. Entrambe questa attività sono state realizzate in collaborazione con organizzazioni del terzo settore e con partner istituzionali. Esse sono state concepite con una valenza clinica, scientifica, di educazione sanitaria, ma anche politica, cioè come strumento volto a consolidare l'attenzione delle istituzioni verso i cittadini stranieri non iscrivibili al Sistema Sanitario Nazionale.

Gli ultimi due paragrafi del capitolo saranno dedicati ad una riflessione critica sul ruolo dell'associazione come realtà a cavallo tra privato sociale e istituzioni pubbliche locali ed alle diverse strategie praticate nell'ambito della sua attività di advocacy (mediazione, conflitto). Porrò una particolare attenzione al concetto giuridico di sussidiarietà per dare una personale interpretazione del ruolo giocato dall'ambulatorio in un contesto regionale, dove tale categoria è silenziosamente e subdolamente utilizzata per promuovere la contrazione dei servizi pubblici universalistici a favore di forme di welfare privatistico e confessionale.

Oltre la clinica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia". Essa è dunque una condizione che presenta determinanti non solo biologiche, ma anche sociali, culturali, psichiche, giuridiche e politiche; per questa ragione non può essere ridotta al semplice prodotto di un atto medico. Sono necessari sguardi altri, a volte complementari, altre volte perfino antitetici a quello deterministico e riduttivista della scienza e – per molti versi – della sanità pubblica, per essere in grado di comprendere realmente quali siano le forze in gioco nel determinare le condizioni di salute e di malattia, di benessere e di sofferenza.

Il lavoro clinico a favore di cittadini immigrati si rivela essere, da questo punto di vista, un luogo di osservazione privilegiato, perché spesso questi pazienti, a causa della situazione di precarietà in cui vivono, si trovano a dover fare i conti con situazioni di sofferenza economica e sociale, psichica. L'incidenza di questi fattori nella costruzione di ciò che viene rappresentato e vissuto come salute e come malattia però vale per ogni persona. Nel terzo capitolo di questo lavoro affronterò alcuni nodi teorici connessi a questa visione globale e complessa della salute, nella profonda convinzione che – così come teoria e prassi sono strettamente e fluidamente interconnesse – le mie riflessioni possano essere da stimolo per pratiche quotidiane più consapevoli; se non altro della nostra strutturale ambivalenza sia come singoli che come società.

Lo sguardo filosofico. La possibilità di accesso al sistema sanitario è una variabile fondamentale come determinate di salute ed è regolata dal quadro legislativo. L'Italia è dotata di un sistema sanitario pubblico ed universalistico, finanziato con la fiscalità generale e quindi in base alle possibilità di ognuno, che garantisce l'accesso alle prestazioni sanitarie in modo eguale ad ogni cittadino. Coerentemente con questa impostazione a metà degli anni '90 l'accesso è stato esteso ai cittadini stranieri, al di là dello status giuridico. La promozione e la difesa del sistema sanitario pubblico ed universalistico è dunque naturalmente connaturata alla attività dell'associazione Oikos. Ciò nonostante i lavori di alcuni pensatori, come Micheal Foucault ed Ivan Illich, ci spingono ad una riflessione più articolata. Gli antichi greci possedevano un unico vocabolo "pharmakon" per indicare sia il medicamento che guarisce, sia il veleno che uccide. Nella loro mai più eguagliata saggezza essi ci avvertivano della strutturale ambivalenza di ogni atto medico: nel momento stesso in cui cura, la medicina controlla; essa indirizza e plasma la rappresentazione che l'uomo ha del proprio corpo e del proprio benessere, in un certo qual modo lo espropriano della piena potestà sulla propria benessere. Questo è il prezzo che è necessario pagare per vivere a lungo e senza dolore, nella società che ha rimosso la morte. Nell'occidentale capitalista la politica del "lasciar vivere e far morire", si è trasformata nella biopolitica del "far vivere e lasciar morire". L'istituzione medica in questo slittamento gioca un ruolo centrale.

Lo sguardo antropologico. Nella attività clinica ci confrontiamo con una sofferenza che parla una lingua e fa riferimento ad un cultura diversa della nostra. Ciò ci spinge a chiederci se le nostre categorie classificatorie e diagnostiche siano universali o se siano anch'esse una costruzione culturale, nata in seno ad un contesto specifico, il mondo occidentale, che struttura la propria visione del mondo attraverso un determinismo causalista (rapporti di causa-effetto) ed un razionalismo cartesiano (separazione mente-corpo) estranei ad altre culture. Il lasciarsi interrogare da questi dubbi che nascono dall'incontro con l'altro, rappresenta la sfida che ci spinge a riflettere sui fondamenti epistemologici della nostra pratica clinica e professionale.

Lo sguardo politico. Prendersi cura della sofferenza e della malattia non può non fare i conti con il domandarsi quanta parte di esse abbia le sue radici profonde dentro l'organizzazione sociale ed i processi di sfruttamento nei quali i migranti sono quotidianamente immersi. Il ruolo del sistema sanitario è certamente quello di prendersi cura della malattia laddove è presente. Ma può risolversi semplicemente nella diagnosi e nella cura? La deontologia medica ed il senso civico ci impongano una pratica della medicina capace allo stesso tempo di curare

da un lato e dall'altro di denunciare quelle determinanti culturali, sociali e politiche che contribuiscono a plasmare la malattia per come la percepiamo; rifiutando quindi il ruolo di disciplina che naturalizza in patologia biologica una sofferenza che ha determinanti complesse e spesso sfuggenti.

Capitolo 1

Immigrazione e salute

1.1 La doppia assenza: partenze e ritorni

Le migrazioni hanno da sempre fatto parte della storia umana. Spostamenti di donne e di uomini da un continente all'altro, dalle campagne alle città, da una nazione ad un'altra. Da quando i primi rappresentanti della specie *Homo sapiens sapiens* lasciarono l'Africa centrale per dirigersi in Asia e quindi in Europa e nelle Americhe, alle imponenti "invasioni" che contribuirono al crollo dell'impero romano, alle emigrazioni di cittadini della vecchia Europa verso le terre del nuovo mondo, per arrivare alle odierne migrazioni dai paesi del cosiddetto sud del mondo a quelli del cosiddetto nord.

Nel mondo sono oggi stimati circa 200 milioni di immigrati regolari, 16 milioni di rifugiati e richiedenti asilo, oltre ai 26 milioni di sfollati all'interno del proprio paese,¹ e circa 100 milioni di immigrati irregolari. Rappresentano quindi circa il 5% della popolazione mondiale. Nonostante il crescente aumento dei richiedenti asili e sfollati denunciato dalle Nazioni Unite, la parte più consistente di migranti nel mondo rimane costituita da lavoratori, che secondo l'ILO (International Labour Organization) arrivano a rappresentare nei paesi industrializzati il 12% della forza lavoro. Nei paesi dell'Unione Europea gli immigrati regolari sono circa 30 milioni e rappresentano il 5,7% della popolazione, mentre in Italia a fine 2007 sono stimati 4 milioni di immigrati regolari, cioè il 6,5% della popolazione residente e tra i 700 mila ed il milione di immigrati non in possesso del permesso di soggiorno².

Perché queste persone si spostano? I sociologi parlano di fattori di espulsione e di attrazione. I fattori di espulsione sono rappresentati dal peggioramento delle condizioni di vita, dall'incremento demografico, da situazioni di oppressione politica, di guerra o di dittatura, da catastrofi ambientali. Fattori di attrazione sono le aspettative culturali connesse alla diffusione dei modelli di vita occidentali veicolati dai media, le migliori prospettive economiche, la richiesta di manodopera, i ricongiungimenti familiari. Ma per quale motivo vi è chi parte e chi no? Partono i più adatti, riconosciuti come tali da una comunità che investe molto su di loro? Oppure emigrano i meno integrati al contesto di partenza, i disadattati? Le teorie ed i modelli si sprecano. Prendendo come punto di vista privilegiato non quello del sistema,

¹ Rapporto annuale UNHCR, 2009

² Caritas/Migrantes (a cura di), *Immigrazione, Dossier statistico 2008*, XVIII Rapporto

ma quello delle persone, della loro soggettività potremmo affermare con Sandro Mezzadra *“quel che unifica i comportamenti delle donne e degli uomini che optano per la migrazione è la rivendicazione e l'esercizio pratico del diritto di fuga³”*. Dunque parte chi sente dentro di sé una spinta che altri non hanno, uno slancio che rivendica la possibilità di una vita nuova. Si parla ultimamente di circolarità delle migrazioni. Vi è, per così dire, una mitologia del ritorno. Ma ritornare non è possibile: quando si parte non si dice addio solamente alla propria terra, ai propri cari, alla propria lingua; quando si parte si dice addio un po' anche se stessi. La persona che parte non sarà mai più quella che era prima.

Risulta da un punto di vista antropologico riduttivo leggere le storie di migrazione e le dinamiche sociali ad esse connesse limitando lo sguardo al nostro punto di vista di italiani ed europei. In questo modo le storie dei viaggi intrapresi da nostri connazionali verso il nuovo mondo o verso i paesi dell'Europa industrializzata nel secolo scorso diventano storie di “emigrazione”, mentre le odierne migrazioni dai paesi nel sud del mondo verso i paesi del nord unicamente storie “immigrazione”. Il nostro sguardo fatica ad uscire da una prospettiva etnocentrica nella quale in punto di vista dell'Altro non è contemplato come rilevante. Forse è anche assumendo la prospettiva di chi, dall'altra parte del mare, ha riflettuto e studiato i fenomeni migratori che possiamo fare un passo in avanti. Il sociologo algerino Abdelmalek Sayad scrive: *“Ogni studio che dimentichi le condizioni di origine degli emigrati si condanna a offrire del fenomeno migratorio solo una visione al contempo parziale ed etnocentrica: da una parte, come se la sua esistenza cominciasse nel momento in cui arriva in Francia, è l'immigrante - e lui solo - e non l'emigrante a essere preso in considerazione; dall'altra parte, la problematica, esplicita e implicita, è sempre quella dell'adattamento alla società d'accoglienza”*. Nella prima delle due facce del fenomeno, quella dell'emigrazione, è situata la rottura con il contesto di partenza, che avviene gradualmente e che è caratterizzata da due fasi diverse, che corrispondono a una progressiva emancipazione del soggetto migrante e a un suo parallelo isolamento e allontanamento mentale dalla società d'origine. Inizialmente, infatti, l'emigrato è un prescelto della comunità: *“è un contadino con l'incarico di emigrare, che si sforza di superare la prova dell'emigrazione senza mai rinnegare se stesso in quanto contadino⁴”* e che alla fine reintegrava la propria condizione di origine. Ma l'emigrato che torna è un cavallo di Troia: racconta, mentendo, delle meraviglie del mondo al di là del mare e produce nella comunità un desiderio generalizzato di partire, contribuisce a diffondere la mentalità calcolatrice associata all'uso della moneta, provoca una totale

³ S. Mezzadra, *Diritto di fuga. Migrazioni, cittadinanza, globalizzazione*, Ombre Corte, Verona 2001

⁴ A. Sayad, *La doppia assenza*. Cortina, Milano, 2002

destrutturazione della società contadina. Così pian piano l'emigrazione perde la sua caratteristica di missione affidata al gruppo e diventa atto e progetto individuale. La migrazione, con le enormi difficoltà materiali ed esistenziali a cui va incontro chi intraprende il viaggio verso una nuova vita, è comunque vissuta, e soprattutto rappresentata, come una condizione provvisoria; ma è un provvisorio condannato alla permanenza giacché l'emigrato non può reintegrare il gruppo che ha tradito, né mai si sentirà parte della comunità dove è andato a lavorare. Da cui il concetto coniato da Sayad della “*doppia assenza*”: l'emigrato continua a essere presente sebbene assente nella comunità d'origine che ha tradito e non è mai completamente presente nella comunità che ha raggiunto. Questa condizione di sospensione a cavallo tra due mondi avrà delle chiare ricadute anche nello strutturale la condizione di sofferenza nella quale il cittadino immigrato dovesse un giorno venire a trovarsi.

1.2 Il fenomeno migratorio in Italia

Premessa

Straniero ed immigrato non sono sinonimi. Secondo le definizioni adottate dall'Istat **gli stranieri** sono, ovviamente, i cittadini che non possiedono la cittadinanza italiana. **Gli immigrati** sono invece i cittadini che al momento della nascita avvenuta all'estero non erano cittadini italiani. Sono pertanto considerati immigrati gli stranieri che hanno acquisito la cittadinanza italiana, pur risultando cittadini italiani, mentre non sono considerati immigrati, pur essendo stranieri, i bambini nati in Italia da genitori stranieri (disegno 1).

Discutere in questa sede della presenza degli stranieri anziché di quella degli immigrati è una conseguenza più che una scelta, legata alla disponibilità delle statistiche anagrafiche comunali sui primi piuttosto che sui secondi. La precisazione è doverosa per chi legge ma, una volta chiarita la distinzione formale tra i due insiemi, non pregiudica alcuna delle analisi che seguiranno.

Il numero degli stranieri

Secondo l'Istat i cittadini stranieri residenti, dopo un aumento annuale di circa mezzo milione di unità, all'inizio del 2008 sono quasi 3.433.000, inclusi i comunitari: il 62,5% nel Nord (più

di 2 milioni), il 25,0% nel Centro (poco meno di 1 milione) e il 12,5% nel Mezzogiorno (quasi mezzo milione). Le regioni con un maggior numero di immigrati stranieri sono la Lombardia (815.000 residenti e circa 910.000 presenze regolari) e il Lazio (391.000 residenti e circa 423.000 presenze regolari). Caritas e Migrantes accreditano un numero superiore di immigrati regolarmente presenti, che oscilla tra i 3.800.000 e i 4.000.000, su una popolazione complessiva di 59.619.290 persone, con un'incidenza del 6,7% (leggermente al di sopra della media UE, che è stata del 6,0% nel 2006). Queste due fonti, seppure differenti, non sono in contrasto perché si riferiscono a distinte categorie di immigrati: il *Dossier Caritas* tiene conto anche di quanti, arrivati più di recente, non hanno ancora acquisito la residenza, per il cui ottenimento si richiede spesso più di un anno. La prima collettività, raddoppiata in due anni, è quella romena (625.000 residenti e quasi 1 milione di presenze regolari), seguita da quella albanese (402.000) e marocchina (366.000); un poco al di sopra e un poco al di sotto delle 150 mila unità si collocano, rispettivamente, le collettività cinese e ucraina. A guadagnare anche in termini percentuali sono stati gli europei (52,0%), mentre gli africani mantengono le posizioni raggiunte (23,2%) e gli asiatici (16,1%) e gli americani (8,6%) perdono almeno un punto percentuale⁵.

La dimensione strutturale e i flussi

Tutte le fonti statistiche attestano la ragguardevole presenza complessiva dei cittadini stranieri, il forte aumento annuale, l'incidenza delle donne, diventata ormai paritaria a quella maschile, la maggiore forza d'attrazione delle regioni del Centro-Nord, la crescente presenza anche nel meridione d'Italia, il persistente fabbisogno di manodopera aggiuntiva, la crescente tendenza alla stabilizzazione, il carattere sempre più familiare dell'insediamento, il peso crescente dei minori e delle seconde generazioni, la pluralità dei paesi di origine e delle tradizioni culturali e religiose.

È un indicatore di stabilità anche il crescente investimento per l'acquisto della casa. Tra gli italiani 8 su 10 sono proprietari di casa, mentre tra gli immigrati lo è solo 1 su 10, ma il divario è in continua diminuzione: nel 2007 gli acquisti effettuati da parte di questi ultimi sono stati 120.000. Tutto lascia intendere che gli immigrati resteranno stabilmente in Italia e saranno sempre più numerosi: per questi motivi si attribuisce all'immigrazione una dimensione strutturale. Il nostro paese si colloca in Europa tra quelli al vertice per numero di immigrati e il termine "straniero" diventa sempre meno idoneo a qualificare una presenza così radicata e crescente. La dimensione globale delle grandi città italiane anticipa quello che sarà

⁵ Caritas/Migrantes (a cura di), *Immigrazione, Dossier statistico 2008*, XVIII Rapporto, Roma

il futuro nel resto del paese. A Milano l'incidenza degli stranieri è del 14% e 1 ogni 4 è minore (quasi 50.000 su un totale di 200.000), mentre a Roma l'incidenza si attesta sul 10% e l'intera popolazione immigrata raggiunge le 300.000 unità.

I flussi nell'ultimo triennio

Nel periodo 2005-2007 sono state presentate circa 1 milione e 500.000 domande di assunzione di lavoratori stranieri da parte delle aziende e delle famiglie italiane: 251.000 nel 2005, 520.000 nel 2006 e 741.000 nel 2007, con una incidenza, rispetto alla popolazione straniera già residente, prima del 10%, poi del 20% e nel 2007 del 25%. I flussi registrati nell'ultimo decennio sono tra i più alti nella storia d'Italia, paragonabili – se non superiori – al consistente esodo verso l'estero degli italiani nel secondo dopoguerra. In fenomeni così vasti e dal ritmo così serrato si annidano anche gli abusi, ma questo non deve far dimenticare che l'immigrazione è sostanzialmente di segno positivo e concorre fortemente a porre rimedio alle lacune del nostro paese. La transizione demografica in atto sta trasformando l'Italia da paese dall'età media avanzata in un paese tra i più vecchi del mondo, mentre il mercato – per produrre ricchezza – abbisogna continuamente di nuovi innesti lavorativi. Gli immigrati sono una popolazione giovane: l'80% ha meno di 45 anni, mentre sono molto pochi quelli che hanno superato i 55 anni. Inoltre, il tasso di fecondità delle donne straniere è in grado di assicurare il ricambio della popolazione (2,51 figli per donna), a differenza di quanto avviene tra le italiane (1,26 figli in media). Nel 2007, poiché non è stata integrata la quota iniziale di 170.000 nuovi ingressi, si può ipotizzare, tenuto conto delle domande presentate, la presenza di almeno mezzo milione di persone già insediate in Italia e inserite nel mercato del lavoro nero (e a volte sprovviste di permesso di soggiorno) il che solleva la necessità di una più efficace gestione del mercato occupazionale.

Crescente simbiosi con gli italiani

Tra gli italiani e gli immigrati la connessione sta diventando sempre più stretta, gli uni non possono andare avanti senza gli altri, sebbene accanto a innegabili vantaggi si pongano anche problemi da superare. Conviene soffermarsi su tre aspetti, che attestano l'esistenza di legami sempre più forti e mostrano quanto non sia ragionevole ipotizzare una netta "separazione" tra popolazione italiana e popolazione immigrata. Gli immigrati, in un numero sempre più elevato di casi, sono interessati ad acquisire il permesso di soggiorno per lungo-residenti (documento in precedenza denominato "carta di soggiorno"), perché capiscono che la loro permanenza in Italia sarà tutt'altro che temporanea, si fanno raggiungere dai propri cari o si sposano e mettono su famiglia. In questo contesto sorprende non poco che molti inizino da

regolari la loro storia migratoria e finiscano nella irregolarità, per la complessità e la contraddittorietà di alcuni aspetti della normativa. Gli immigrati non solo vivono vicino a noi, ma instaurano rapporti di vera e propria condivisione. Nel 2006, 1 matrimonio ogni 10 ha coinvolto un partner italiano e uno straniero (24.020 su un totale di 245.992 matrimoni), quota più che doppia rispetto ai matrimoni con entrambi i coniugi stranieri (10.376). In nove regioni del Nord l'incidenza dei matrimoni misti arriva addirittura al 25% del totale. Le coppie miste che resistono nel tempo attestano una realtà molto promettente ai fini dello scambio culturale. Sempre più l'acquisizione della cittadinanza italiana viene ritenuta funzionale al proprio disegno di permanenza e a un inserimento paritario, il che indica anche un apprezzamento per il nostro paese. Nel 2007 sono stati 38.466 i casi di acquisizione di cittadinanza, circa il doppio rispetto a tre anni fa. Il livello è però ancora molto basso se confrontato con i 700 mila casi di cittadinanza registrati in Europa, quasi 2.000 al giorno, dei quali solo un centinaio in Italia, che nell'Unione registra ancora uno tra i più bassi tassi di naturalizzazione.

Un contributo lavorativo indispensabile

In Italia, specialmente tra gli immigrati, è enormemente diffuso il mercato del lavoro nero, non solo presso le famiglie ma anche nelle aziende, con un'ampiezza sconosciuta negli altri paesi industrializzati. Pure le statistiche lavorative ufficiali attestano il contributo sostanziale di questi lavoratori, sia europei (i più numerosi) che di altri continenti. Nell'insieme si tratta di più 1 milione e 500.000 persone, con un'incidenza sul totale che supera il 10% degli occupati in diversi comparti. La massima concentrazione di lavoratori immigrati, pari ai due terzi del totale, si rileva nel Nord. A Brescia è nato all'estero 1 lavoratore ogni 5 occupati; a Mantova, Lodi e Bergamo 1 su 6; a Milano 1 su 7; sempre a Brescia è nato all'estero 1 assunto ogni 3 e a Milano 1 ogni 4, mentre in tutta la Lombardia i nuovi assunti quasi per la metà (45,6%) sono nati all'estero. Nel Veneto, all'inizio del 2000 erano 20.000 le aziende che ricorrevano ai lavoratori stranieri, mentre ora sono 40.000. Nel Lazio vi è solo un decimo di questi lavoratori, ma sono tanti quanti nell'intero Mezzogiorno, dove in alcuni settori come l'agricoltura, l'edilizia e l'assistenza alle famiglie il loro apporto è divenuto parimenti indispensabile. Si radica nella forte presenza nel mondo del lavoro anche l'elevato tasso di iscrizione ai sindacati (814.311 persone), che incide per il 5% sul totale degli iscritti e per ben il 12% sugli iscritti attivi, decurtati cioè dei pensionati.

Un apporto lavorativo necessario anche nel futuro

Le piccole imprese sono protagoniste delle assunzioni nei tre quarti dei casi e ciò per la peculiare conformazione del nostro sistema produttivo. La situazione è molto differente dal

panorama migratorio del dopoguerra, quando milioni di meridionali furono attratti dalle grandi fabbriche del Nord Italia, della Germania, della Svizzera e di altri paesi europei. Si spiega così anche il carattere diffuso degli immigrati su tutto il territorio. Il loro tasso di attività è mediamente del 73,2% (dell'88% per i soli maschi), e quindi ben 12 punti in più rispetto agli italiani, mentre il loro tasso di disoccupazione è due punti più alto (8,3% in media e 12,7% per le donne), ma con valori tre volte più elevati per alcune collettività come quella marocchina. Gli occupati in agricoltura (7,3%) e quelli nei servizi (53,8%) nel periodo 2005-2007 sono aumentati di due punti percentuali a scapito dell'industria (35,3%). Le tipologie di inserimento evidenziano le diverse caratteristiche del territorio: nel Nord prevalgono il lavoro in azienda e il lavoro autonomo, nel Centro il lavoro autonomo e il lavoro in famiglia e nel Sud il lavoro in famiglia e il lavoro agricolo. Anche in una congiuntura economica difficile, come quella attuale, è prevista la necessità di nuovi lavoratori stranieri per il buon andamento del mercato. Ai lavoratori immigrati, del resto, è dovuta per i due terzi la crescita dell'occupazione in Italia, nell'ordine di 234.000 nuovi lavoratori nel 2007.

Aumento degli imprenditori immigrati

Gli immigrati occupano i posti di lavoro loro offerti e in misura crescente ne creano per proprio conto, specialmente dopo aver superato la difficile fase del primo inserimento. Il lavoro autonomo, soprattutto artigiano, coinvolge più di un decimo della popolazione adulta straniera, con 165.114 titolari d'impresa, 52.715 soci e 85.990 altre figure societarie: è intervenuto un aumento di un sesto rispetto a maggio 2007, con una dinamicità ben più accentuata rispetto a quella riscontrabile tra le aziende a titolarità italiana. L'85% delle aziende con titolari immigrati è stato costituito dal 2000 in poi, quando sotto diversi aspetti il radicamento dell'immigrazione è diventato più palese. Le collettività con più imprenditori (oltre 20.000) sono la marocchina, la romena (in forte crescita) e la cinese, mentre l'albanese segue con 17.000 titolari. Si riscontra attualmente una notevole concentrazione settoriale: su 10 imprese 4 lavorano in edilizia, settore dinamico e diffuso in tutta Italia, e quasi 4 nel settore commerciale. Se il tasso di imprenditorialità degli immigrati fosse pari a quello degli italiani, le imprese raddoppierebbero e supererebbero le 300.000 unità, con conseguenti benefici in termini di produzione di ricchezza e creazione di posti di lavoro, auspicabilmente con una presenza anche nei settori a più alta tecnologia e contenuto innovativo, evitando così che l'apporto degli imprenditori immigrati sia limitato ai livelli più bassi.

Creatori di ricchezza e non assistiti

Risulta, in generale, che gli immigrati corrono maggiormente il rischio di cadere in povertà rispetto agli italiani perché fruiscono di minori tutele. Le maggiori difficoltà riscontrate nella fase iniziale vengono superate grazie alle reti parentali e amicali, solo raramente integrate da interventi delle strutture pubbliche. Anche se il reddito medio netto da lavoro non è elevato (sui 900 euro), circa i due terzi degli intervistati si ritengono soddisfatti dell'inserimento occupazionale realizzato. Cercano di farsi bastare quanto hanno e i loro consumi sono in prevalenza destinati a soddisfare i bisogni di base. Il loro inquadramento come una massa di assistiti non trova riscontro nei risultati dell'indagine e neppure nelle statistiche ufficiali. Secondo i dati Istat del 2005, per interventi diretti rivolti specificamente agli immigrati sono stati spesi dai comuni 136,7 milioni di euro, il 2,4% della loro spesa sociale, pari a 53,9 euro pro capite. Tenendo conto che gli immigrati sono anche beneficiari dei servizi rivolti alla generalità della popolazione, le somme utilizzate a loro beneficio potrebbero salire al massimo a 1 miliardo di euro e sarebbero abbondantemente coperte dalle entrate che essi garantiscono. Una stima del *Dossier Caritas 2008* ha evidenziato che il gettito fiscale assicurato dagli immigrati nel 2007 è stato di 3 miliardi e 749 milioni di euro, dei quali 3,1 miliardi per i soli versamenti Irpef e le restanti somme per diverse altre voci (addizionale Irpef regionale, Ici, Imposte catastali e ipotecarie), tra le quali le più consistenti sono quelle per imposta di registro (137,5 milioni) e imposta sostitutiva del reddito d'impresa (254,5 milioni di euro). Questi numeri non destano sorpresa, tenuto anche conto che secondo Unioncamere gli immigrati concorrono per il 9% al Prodotto Interno Lordo. Gli immigrati assicurano anche un contributo economico rilevante ai paesi di origine tramite le rimesse, che nel 2007 a livello mondiale sono ammontate a 337 miliardi di dollari, mentre in Italia hanno raggiunto i 6 miliardi di euro, un quinto in più rispetto al 2006, dirette in prevalenza verso i paesi emergenti e in via di sviluppo, in particolare verso la Cina e le Filippine.

Scuola e università

Nel 2007 sono nati 64.000 bambini da entrambi i genitori stranieri e, se si tiene anche conto dei minori che vengono per ricongiungimento, emerge che la popolazione minorile aumenta in Italia al ritmo di 100.000 unità l'anno. I minori stranieri residenti sono 767.060, dei quali ben 457.345 di seconda generazione, ovvero nati in Italia e quindi stranieri solo giuridicamente. Gli studenti figli di immigrati aumentano al ritmo di 70.000 unità l'anno e hanno sfiorato le 600.000 unità nell'anno scolastico 2007-2008 (574.133), con un'incidenza media del 6,4% (ma del 10% e più in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Umbria) e una maggiore concentrazione nelle scuole elementari e medie. Sono poco meno di 100 mila gli

studenti romeni (92.734), albanesi (85.195) e marocchini (76.217), quasi 30.000 i cinesi, 20.000 gli ecuadoregni, 15.000 i tunisini, i serbi e i montenegrini. Non sono pochi i problemi che si presentano in un sistema scolastico scarsamente dotato di mezzi per favorirne un inserimento adeguato, specialmente quando il trasferimento dall'estero avviene nel corso dell'anno scolastico. Secondo fonti ministeriali, il 42,5% degli alunni stranieri non è in regola con gli studi, con ritardi scolastici particolarmente accentuati nella scuola secondaria superiore, dove il 19% degli iscritti stranieri ha più di 18 anni. Un altro serio problema è l'eccessiva canalizzazione di questi ragazzi verso il ramo tecnico-professionale. La globalizzazione riguarda anche le università italiane, dove sono iscritti 47.506 studenti stranieri, il doppio rispetto ad appena 10 anni fa ma pur sempre pochi: del resto il nostro sistema conosce una bassa considerazione a livello internazionale, risultando solo le università di Bologna e Roma (La Sapienza) nella graduatoria delle prime 200 più prestigiose (peraltro solo al 173° e 183° posto). Gli studenti stranieri sono solo il 2,6% dell'intera popolazione universitaria (1.809.186) e, quindi, un'esigua quota rispetto alla media dei paesi Ocse (7%). Gli universitari stranieri nuovi immatricolati sono annualmente 10.000 (per il 60% donne). Inoltre, gli iscritti ai dottorati di ricerca sono 2.136 su 38.890 (5,9%), gli iscritti ai master di I e II livello 2.385 su 43.127 (5,5%) e i laureati 5.000 l'anno.

Le lingue e le culture degli immigrati

Rilevante è anche la ricchezza culturale di cui gli immigrati sono portatori e della quale sono espressione le rispettive lingue. Queste lingue, oltre a essere una ricchezza per i contenuti che veicolano, possono fungere anche da volano per i contatti commerciali con i paesi di origine: si pensi al cinese, all'arabo, al russo e allo spagnolo. Le lingue madri, che solitamente non sono di ostacolo all'apprendimento dell'italiano, sono indispensabili per sostenere l'identità culturale maturata nei paesi d'origine e la vita delle diverse collettività. L'ong Cospe ha registrato 146 testate "in lingua" di immigrati attive ad aprile 2007, per i due terzi costituite negli ultimi 5 anni: 63 giornali (per lo più mensili), 59 trasmissioni radiofoniche, 24 programmi televisivi (in prevalenza settimanali).

Un futuro insieme agli immigrati

La stima Istat (giugno 2008) della popolazione residente in Italia fino al 2050 ridimensiona il pericolo di "estinzione" della popolazione italiana e, nel contempo, evidenzia il crescente impatto degli stranieri, a fronte di un andamento demografico negativo, anche se le nascite non scenderanno al di sotto delle 500.000 unità. I tre scenari ipotizzati dall'Istat (basso, centrale e alto, a seconda dei parametri prescelti) contemplano, infatti, l'aumento della

popolazione anziana e la diminuzione della popolazione in età da lavoro. In tutti gli scenari l'età media, dai 42,8 anni del 2007, passerà a 49 anni a metà secolo. La popolazione attiva, da 39 milioni del 2007 scenderà nel 2051 a 30,8 milioni nello scenario basso, 33,4 milioni nello scenario medio e 35,8 nello scenario alto. Le persone con 65 anni e oltre, rispetto agli attuali 11,8 milioni, nel 2051 diventeranno 22,2 milioni nello scenario alto, 20,3 milioni nello scenario medio e 18,3 milioni nello scenario basso. I residenti, rispetto ai 59,1 milioni d'inizio 2007, aumenteranno nel 2031 sia nello scenario medio (60,3 milioni, di cui 53,9 italiani) che in quello alto (64,6 milioni, di cui 55,5 italiani) e lo stesso avverrà nel 2051 con 61,6 milioni di abitanti nello scenario medio (di cui 50,9 italiani) e 67,3 milioni nello scenario alto (di cui 54,9 italiani); invece nello scenario basso si andrebbe sotto il livello attuale (55,6 milioni di cui 46,7 italiani, che diminuirebbero così di 3,5 milioni rispetto al 2007). Il futuro dell'Italia non è realisticamente immaginabile senza gli immigrati. A metà secolo gli stranieri nel paese, al netto di quelli che diventeranno cittadini italiani, saranno 8,9 milioni nello scenario basso, 10,7 milioni nello scenario medio e 12,4 milioni nello scenario alto, con un'incidenza tra il 16% e il 18% sui residenti. Il livello dei flussi annuali ipotizzati dall'Istat, al netto delle uscite, è di 150.000 nuovi immigrati nello scenario basso, 200.000 nello scenario medio e 240.000 nello scenario alto, ipotesi che sembra realistico ritoccare ulteriormente verso l'alto. Già attualmente, infatti, è di 170.000 unità la quota annuale per l'ingresso di nuovi lavoratori, poco meno di 100.000 persone giungono per ricongiungimento familiare, i nuovi nati da entrambi i genitori stranieri sono 64.000 e qualche decina di migliaia di persone vengono a soggiornare in Italia per altri motivi quali quelli religiosi o di studio, determinando così un afflusso superiore a quello della stessa Germania.

1.3 La realtà migratoria in Lombardia ed a Bergamo

Lombardia

I cittadini stranieri presenti in Lombardia al 31.12.2007 sono oltre 953.600 in base alla stima massima calcolata dal Dossier Caritas/Migrantes⁶. Come in passato, anche nel 2007 la Lombardia si conferma come la prima regione italiana per numero di immigrati regolarmente soggiornanti (23,9% del totale nazionale). Rispetto all'anno precedente sembra registrarsi, invece, il sorpasso della provincia di Milano (con oltre 414.800 stranieri, il 10,4% del totale nazionale) a danno di quella di Roma che, con oltre 404.400 presenze (10,1%), perde il suo

⁶ Caritas/Migrantes (a cura di), *Immigrazione, Dossier statistico 2008*, XVIII Rapporto

primato nazionale. Rispetto alla ripartizione territoriale dei permessi di soggiorno, si conferma anche quest'anno il trend di riduzione della quota percentuale di Milano che è passata dal 49% del 2003 all'attuale 43,5%. Il restante 60% circa si distribuisce nelle altre province con porzioni decisamente inferiori al 5%, con l'eccezione di Brescia (16,5%), Bergamo (10,7%) e Varese (6,9%). Rispetto alle aree di provenienza, in base agli ultimi dati Istat aggiornati all'1.1.2008, i cittadini stranieri residenti in Lombardia provengono in prevalenza dall'Europa (37,4%), segue l'Africa (28,5%), l'Asia (21,1%), l'America (12,9%) e l'Oceania (0,1%). Scendendo nel dettaglio, la graduatoria dei principali paesi di provenienza è la seguente: Romania con 95.698 presenze, Marocco (89.127), Albania (82.170), Egitto (49.059) e Filippine (38.873). Rispetto allo scorso anno si nota l'impennata dei cittadini provenienti dalla Romania che sono balzati dal terzo al primo posto della classifica passando da 56.295 a 95.698 residenti registrando un aumento del 70%. Si stanno, quindi, rendendo evidenti le conseguenze dell'ingresso della Romania nell'Unione Europea all'1.1.2007, almeno a livello regionale.

Bergamo

Sono stati recentemente presentati i dati del Dossier Caritas/Migrantes 2008 che riguardano la provincia di Bergamo aggiornati al 31.12.2007. Gli stranieri residenti stimanti sono 101.722, cioè il 9,6% della popolazione. Nel 2005 erano 71.732 cioè il 6,9% della popolazione. Si è avuto quindi del 2005 al 2007 un significativo aumento pari al 41,8% di stranieri regolarmente presenti (tabella A). Per quanto riguarda le persone non in possesso di regolare permesso di soggiorno, secondo gli studiosi esse si possono stimare tra il 15 e 20% del totale degli immigrati, per cui un numero che oscilla tra 15.000 e 20.000.

Queste cifre rispetto all'immigrazione irregolare sono sicuramente approssimate per difetto. Ciò in ragione principalmente della imponente presenza di immigrati di origine boliviana nella città di Bergamo. Tale presenza, che si configura in larga misura come non regolare, è legata a ragioni di ordine storico ed amministrativo. Fin dagli anni '60 e '70 vi è stata in Bolivia una costante presenza di missioni religiose con personale proveniente da Bergamo. Nel corso degli anni quindi, ed in particolare con l'inizio del nuovo secolo, la città è stata considerata meta naturale per quei cittadini del paese andino che intraprendevano la via della migrazione. Ciò venne per di più favorito dal fatto che fino al 2007 per spostarsi dalla Bolivia all'Italia non era necessario essere in possesso del visto. Un'indagine pubblicata nel gennaio 2005 stimava gli irregolari di sola nazionalità boliviana tra le 10-12 mila unità, un suo aggiornamento rivede la quota portandola a 15 mila⁷. E' indubbio che l'impatto di questo

⁷ D.Rota e E.Torrese, "Las golondrinas nunca migran de Cochabamba, los cochabambinos sí",

fenomeno, concentrato quasi unicamente nella città e non nei paesi della provincia, sia di proporzioni significative da molti punti di vista: urbanistico, sociale e non ultimo sanitario. Come vedremo l'utenza dell'ambulatorio Oikos è stata costituita negli ultimi anni da cittadini boliviani per una percentuale vicina al 50%.

Secondo i dati Istat, aggiornati al inizio 2008, le presenze aggregate per area di provenienza vedono un prevalere dell' Africa 39,7% e dell'Europa 37,6% (Unione Europea più Est Europa); dall'America provengono l'8,9% delle persone e dell' Asia il 13,5% (Tabelle B). Analizzando l'andamento di tali presenze dal 2004 al 2007 vediamo un diminuzione del continente africano (da 47,8% a 39,7), un aumento di cittadini dall'Europa (U.E. ed Est) dal 30,3% al 37,6%, una stabilizzazione dei cittadini provenienti dal continente americano (dal 9,1% all'8,9%) ed un lieve aumento delle presenza di cittadini asiatici (dal 12,7% al 13,8%) (Tabella C). Per quanto riguarda il genere pur confermandosi la tendenza, presente a livello nazionale, di un parificazione tra il numero di donne e quello di uomini, a Bergamo si conserva una certa distanza (44,7% delle presenze sono donne contro il 55,3% di uomini). Nei cittadini proveniente dall'Africa Settentrionale ed Occidentale infatti il rapporto uomini-donne è di 2 a 1 mentre, al contrario le presenza dal Sud America hanno una proporzione invertita, cioè 2 donne per ogni uomo (Tabella D). Le nazionalità più rappresentate, sempre secondo i dati Istat 2008, sono quella Marocchina (17.163), albanese (10.649), romena (10.620) e senegalese (7.922) (Tabella E). E' probabile aspettarsi che da inizio 2008 ad oggi la presenza di cittadini di origine romena sia significativamente aumentata, seguendo un trend presente a livello nazionale, dovuto all'entrata della Romania nell'Unione Europea ed alla conseguente facilità di spostamento dei sui cittadini versi i paesi membri. I minori in Provincia di Bergamo, al 31 dicembre 2007, erano 23.370, pari al 26,1% del totale immigrati (il 25,9% nel 2006 e il 23,9% nel 2004). Sono nati in Italia 13.232 minori stranieri, pari al 57,9% del totale dei minori stranieri (erano 11.232, pari al 55,6% nel 2006). Questo dato porta l'attenzione verso il problema della cittadinanza. Oggi infatti in Italia vige lo *jus sanguinis* e non lo *jus soli*; dunque quel quasi 58% tra i minori stranieri in realtà è nato in Italia, ha studiato e studia nelle scuole italiane, parla verosimilmente molto meglio l'italiano che la lingua materna, ma non è cittadino italiano. Secondo l'Ufficio Scolastico Provinciale gli studenti di cittadinanza straniera dell'anno scolastico 2007/08 sono stati 14.089, pari all' 11,3% del totale degli studenti (tabella F). Tra di essi 4958 pari al 35,2% sono nati in Italia. Ma se disaggregando in base all'ordine delle scuola vediamo che nella scuole primarie statali ben il 44,3% dei bambini stranieri è nato in Italia e nella scuola dell'infanzia statale lo è addirittura l'88,9%. La percentuale di lavoratori immigrati sul totale degli occupati era nel

2007, sempre secondo i dati Istat, del 15,3%. Ben più della percentuale di popolazione residente costituita da cittadini stranieri (9,6%). Ciò a testimoniare di un tasso di occupazione più alto degli stranieri rispetto agli italiani.

1.4 La salute dei cittadini stranieri

Le questioni di fondo che riguardano la salute degli immigrati in Italia sono molteplici: il diritto all'assistenza ancora incerto, dovuto ad una diffusa discrezionalità applicativa della normativa vigente e ad una mancanza di chiarezza e di conoscenza dei percorsi assistenziali; la difficoltà di accedere in modo equo ai servizi; l'adeguatezza dell'assistenza sanitaria, dalla nascita all'esperienza della maternità, con il problema dell'interruzione volontaria di gravidanza; il benessere psicofisico del bambino immigrato; gli infortuni sui luoghi di lavoro; la lentezza nel riorientare i servizi in un'ottica transculturale; la mediazione linguistica e culturale tra l'operatore sanitario e il paziente; le riflessioni bioetiche all'interno di una società pluralistica. Il dato sui ricoveri ospedalieri va letto considerando che l'immigrato generalmente mette in atto strategie preventive in misura nettamente minore rispetto al cittadino italiano. Si rivolge ai servizi spesso in caso d'urgenza o di malattia conclamata, quando cioè non può farne a meno. Così le informazioni tratte dai ricoveri ospedalieri sono condizionate dalla selezione dei pazienti. I ricoveri riguardano generalmente i casi più gravi, divenuti tali spesso per mancanza di assistenza di base e di adeguate misure di prevenzione o protezione. In tal modo, queste informazioni difficilmente possono essere assunte come riferimento. In questa difficoltà di reperire dati oggettivabili, secondo i modelli epidemiologici attuali (non solo per la mancanza di una rete efficiente di rilevazione dati, ma anche per l'eterogeneità e dinamicità della popolazione presa in esame, per la mancanza di un "denominatore" reale), il lavoro dei centri di assistenza sanitaria gestiti dal volontariato assume un valore particolarmente rilevante. Essi sono luoghi di sedimentazione di pratiche e di saperi legati alla "clinica della migrazione" e soprattutto rivestono un ruolo fondamentale di continuo stimolo nei confronti del sistema istituzionale.

Fattori di rischio per la salute dei migranti

I problemi che riguardano la salute degli immigrati possono accademicamente essere suddivisi in tre gruppi: problemi di importazione, di adattamento e di acquisizione.

I *fattori di rischio pre-migrazione* sono rappresentati da patologie infettive endemiche o non

infettive di vario genere, abitualmente diffuse nel Paese d'origine del migrante, che possono rimanere allo stato silente o comunque non ostacolare la migrazione. Quelli non infettivi sono cardiopatie, deficit enzimatici, malattie genetiche, emoglobinopatie, alcune neoplasie, problemi di malassorbimento, vizi di postura e patologie articolari; mentre tra i fattori di natura infettiva possiamo annoverare malaria, tubercolosi, schistosomiasi, dengue, filariasi, elmintiasi, tripanosmiasi, epatiti virali. In risposta agli ingiustificati fenomeni di allarmismo igienico-sanitario che si sono verificati nel corso dell'ultimo decennio e che hanno colpevolizzato illegittimamente gli immigrati, la maggioranza del personale sanitario si è dichiarata contro tali preoccupazioni viziate dai pregiudizi e non giustificate da dati empirici⁸.

I *fattori di rischio da migrazione* sono legati alla condizione di sofferenza insita nel fenomeno di trans-culturazione, con il quale ogni cittadino immigrato deve fare i conti, e cioè il passaggio da un contesto di origine ad uno di arrivo spesso molto diversi sul piano culturale e sociale, delle tradizioni e dei comportamenti, delle regole e rappresentazioni di sé e del mondo. In particolare laddove entra in crisi il cosiddetto “progetto migratorio”, cioè quell'insieme di aspettative e di programmi, di speranze per il futuro, che sostengono il migrante nella sua - spesso non facile - nuova vita, proprio in questi casi si osserva una diminuzione della capacità di far fronte alla sofferenza sia psichica che fisica, con il rischio concreto che essa prenda il sopravvento. Il disagio psichico, che a conferma di quanto detto si presenta con frequenza più elevata proprio in quelle fasce di popolazione immigrata prive della azione protettiva del progetto migratorio (come i richiedenti asilo ed i minori che non hanno scelto di emigrare, ma che vi ci sono stati “costretti” dai genitori) e i frequenti disturbi somatici che si manifestano a livello gastro-enterologico, dermatologico e muscolo-scheletrico, presenti in misura rilevante nella popolazioni immigrata, sono un'evidenza empirica ormai nota sia dal punto di vista degli studi epidemiologici che da quello della pratica clinica.

I *fattori di rischio post-migrazione* sono legati alla alimentazione, alla situazione lavorativa, alla precarietà delle condizioni abitative, ai cambiamenti climatici, al difficile accesso alle strutture sanitarie, sia per ragioni di normativa che per motivi di fruibilità, ed alla assenza di supporto familiare e comunitario che possa sostenere la persona in condizione di sofferenza. Tali fattori sono da un lato strutturalmente legati alla condizione di migrazione in un nuovo contesto, ma più spesso sono il risultato di precise scelte politiche che tendono a fare rimanere il migrante in una condizione di precarietà materiale ed esistenziale, al fine di renderlo maggiormente ricattabile sul piano lavorativo e sociale.

Nel complesso si può dire che tra le patologie di importazione, adattamento e acquisizione, le malattie strettamente legate al contesto di provenienza rappresentano una percentuale fortemente contenuta, anche se non irrilevante in termini di sanità pubblica, mentre sono sicuramente numericamente preponderanti le problematiche legate ai contesti di arrivo. Nel corso dello passato decennio si è parlato a lungo del cosiddetto “effetto migrante sano”, cioè del considerevole lasso di tempo che trascorre tra la migrazione e l’emergere di problemi sanitari, legato al sostanziale stato di buona salute di cui godono i cittadini immigrati. Nell’ambito della Consensus Conference sull’immigrazione del 2002 a cura della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni veniva affermato che *“la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle scadenti condizioni abitative, dalle difficoltà di relazione e di socializzazione, dal grado di accesso ai servizi sanitari”*⁹ ai quali vanno aggiunti: precarie condizioni igieniche, difficoltà economiche. Anche se dalla maggior parte delle ricerche viene confermato il profilo del migrante sano bisogna però tenere oggi in considerazione il cambiamento demografico in atto nella popolazione immigrata: maggior presenza di minori, ricongiungimenti familiari, innalzamento dell’età di coloro che per primi partirono verso i paesi meta di immigrazione. Tali mutamenti richiederanno in futuro interventi sociosanitari finora trascurati.

Profilo epidemiologico

In assenza di un osservatorio epidemiologico nazionale sulla patologia del migrante, non disponiamo di dati affidabili e confrontabili. Si può comunque tentare di delineare il profilo sanitario del paziente immigrato dai dati disponibili in una serie di casistiche ambulatoriali ed ospedaliere di strutture pubbliche o di volontariato sociale presenti diffusamente su tutto il territorio nazionale.

In Italia, il profilo epidemiologico degli immigrati è molto differenziato e in parte dipende anche dalla zona geografica nella quale l’immigrato risiede. In base a ricerche svolte nei principali centri urbani e nelle regioni a maggiore densità abitativa, risulta che il più del 70% delle malattie cui sono soggetti gli immigrati sono le stesse che colpiscono i cittadini italiani, il 25% riguardano le cause generiche, mentre il 3-5% sono le patologie infettive (ed anche tra quest’ultime quelle più gravi sono presenti in percentuali non elevate: TBC 13%, HIV 5%, altre MST 2,9% sul totale delle patologie infettive)¹⁰.

Le condizioni climatiche giocano un ruolo fondamentale, soprattutto per alcune etnie che

⁹ *“Contributo per la proposta di documento programmatico relativo alla politica dell’immigrazione”*. A cura della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Consensus Conference sull’immigrazione 2002

¹⁰ CSI, Centro Salute Internazionale, ASL di Brescia, 2006.

abituata a luoghi equatoriali tollerano meno inverni rigidi. Malattie a carico dell'apparato respiratorio colpiscono maggiormente gli immigrati presenti nel Nord. Le patologie osteo-articolari sono in relazione all'attività lavorativa e colpiscono maggiormente gli uomini poiché spesso lavorano in condizioni precarie e di elevato rischio. Nella popolazione immigrata adulta non sono riscontrate in misura rilevante malattie a carico dell'apparato cardio-circolatorio, così come quelle neoplastiche ed ematologiche. È importante prendere in considerazione la più complessa situazione delle donne immigrate che vanno incontro al problema del controllo delle nascite, alla gravidanza, alla maternità, alla tutela della salute dei figli. La maggior parte dei ricoveri femminili ospedalieri su scala nazionale sono, infatti, relativi alla gravidanza e al parto¹¹. Indubbiamente, per questi problemi più specifici è necessaria un'integrazione tra politiche sociali e sanitarie. Bisogna ricordarsi come l'aumento del numero di bambini con genitori immigrati contribuisce a contenere il calo demografico italiano; a fronte di questo incremento la Società italiana pediatrica (SIP) ha costituito il "Gruppo di lavoro nazionale del bambino immigrato" per studiare le implicazioni del fenomeno dal punto di vista pediatrico.

Vi sono in definitiva quattro aree critiche da un punto di vista di una epidemiologico nella popolazione immigrata, sulle quali sarà necessario che si concentrino gli sforzi dei servizi socio-sanitari: l'ambito materno-infantile, quello del disagio psico-sociale, l'ambito dell'infortunistica e quello delle, pur rare, malattie infettive gravi.

Migrazione e malattie infettive

Nell'immaginario collettivo lo straniero, anche in un recente passato, veniva visto come portatore di malattie esotiche (benché la maggior parte dei cittadini immigrati nel nostro paese provenga dall'Europa dell'Est), tipiche delle aree di provenienza degli immigrati ed estranee al nostro paese. Colasanti e Geraci nel 1990 definirono questa corrente di pensiero come "sindrome di Salgari" affermando: "Senza aver mai visitato i paesi tropicali, Salgari scriveva sognando ad occhi aperti di mondi dove quei dati di diversità che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri. [...]. Come Salgari i più bei nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse, mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose..."¹².

In realtà analizzando le casistiche ospedaliere ed ambulatoriali esistenti ci si rende facilmente conto di come nella gran parte dei casi si tratti di comuni infezioni respiratorie,

¹¹

¹² COLASANTI R. e GERACI S., *Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale*. In Affari sociali internazionali, n. 3, 1990 - pp. 83-89.

gastroenteriche, cutanee ed urogenitali sostenute da germi a larga diffusione nei paesi sviluppati. Esse rappresentano a secondo dei vari studi il 4-8% della patologia dell'immigrato e non comportano nella larga maggioranza alcun rischio di diffusione. Meno frequenti, ma certamente meritevoli di attenzione sono alcune patologie infettive come malaria, parassitosi intestinale, tubercolosi e malattie sessualmente trasmesse.

Gli immigrati sono considerati da alcune osservazioni una popolazione più vulnerabile ad HIV e Malattie Sessualmente Trasmesse. Se è vero che le condizioni di vita in cui i cittadini stranieri sono costretti a vivere possono creare contesti in cui la trasmissione di queste patologie è privilegiata in alcune categorie ben definite, tuttavia lo stato di migrante di per sé non costituisce un fattore di rischio per HIV ed MST e la popolazione immigrata nel nostro paese mal si presta ad essere considerata una categoria unica, omogenea e realmente a rischio per determinate patologie infettive. Attualmente non vi sono dimostrazioni in letteratura del ruolo del ruolo degli immigrati nella trasmissione dell'HIV.

I dati del Registro Nazionale AIDS mettono in evidenza un incremento della proporzione dei casi di AIDS notificati in cittadini stranieri dal 3% del periodo 1983-1993 al 14.8% nel 2003. Questo dato deve essere interpretato con cautela in quanto anche il numero totale degli immigrati è aumentato notevolmente, e l'incremento dei casi di AIDS registrato negli immigrati potrebbe riflettere un più tardivo accesso alle strutture sanitarie con conseguente ritardo nell'utilizzazione della terapia antiretrovirale. Sulla base dei dati ricavati dal rapporto ufficiale del Sistema di Sorveglianza Sentinella istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità la prevalenza dell'infezione da HIV nei migranti è, in analogia con quanto avviene nella popolazione italiana, legata a determinati comportamenti a rischio, propri di selezionate sottopopolazioni di cittadini stranieri.

Gli immigrati da paesi ad alta endemia rappresentano nei paesi occidentali un ben definito gruppo di popolazione a rischio di *malattia tubercolare*. L'incidenza della tubercolosi in tali soggetti risulta di gran lunga superiore alla popolazione autoctona e si attesta generalmente sui livelli propri dei paesi di origine. L'incidenza di tubercolosi negli immigrati è massima nei primi 2-5 anni successivi all'arrivo nel paese ospite e si concentra in età giovanile, contrariamente a quanto si verifica nella popolazione autoctona. I dati di cutipositività alla tubercolina sono generalmente elevati negli immigrati al momento dell'arrivo nel paese ospite. Sulla base di questi dati si ipotizza che lo sviluppo della malattia sia la conseguenza in ampia parte dei casi di riattivazione di pregresse infezioni latenti. Non può tuttavia essere trascurata l'ipotesi che una parte dei casi sia dovuta a trasmissione intracomunitaria a partenza da casi bacilliferi, soprattutto in condizioni di sovraffollamento. Dal punto di vista sintomatologico la tubercolosi nel migrante non presenta differenze rispetto agli autoctoni.

Tuttavia la presentazione radiologica dei casi di TB polmonare è caratterizzata, fra gli immigrati, da una maggior frequenza di forme cavitaria che si associa, quindi, ad una maggior proporzione di forme bacillifere. Fra gli immigrati però vi è anche una maggior frequenza di forma extrapulmonari e di forme farmaco resistenti. E' probabile che i fattori principali di selezione della resistenze siano la ridotta aderenza, l'inappropriate prescrizione della terapia antitubercolare e la resistenza naturale.

Gli immigrati provenienti da paese nei quali la *malaria* è endemica sono il principale gruppo di popolazione per quanto riguarda l'incidenza della malaria di importazione (oltre il 60% dei casi registrati del 1998). Nella maggior parte dei caso la malattia è contratta al rientro in patria, dopo un prolungato soggiorno in Italia a causa perdita dello stato di semi-immunità che possedevano nella fase precedente alla migrazione, legato alle ripetuti infezioni verificatesi nel passato, in particolare nei primi anni di vita. La rinnovata suscettibilità risulta così pericolosa in quanto il soggetto mantiene una falsa fiducia nella resistenza alla malattia, ritenendo pertanto superflua l'adozione di speciali forme di protezione antimalarica. E' da segnalare in questo senso la grande importanza che riveste il counselling presso i Centri di Vaccinazione per Viaggiatori Internazionali a cui i cittadini immigrati possono rivolgersi quando progettano un viaggio di temporaneo rientro presso i paesi di origine, magari insieme ai figli nati in Italia e che quindi non possiedono difese immunitarie contro l'infezione da Plasmodium.

Infine le *parassitosi intestinali* rappresentano una patologia relativamente frequente tra gli immigrati, come dimostrano le numerosi indagini di screening coproparassitologiche. La maggior parte di esse rimane allo stato silente e tende a persistere nel tempo dopo l'evento migratorio, in rapporto verosimilmente al persistere delle condizioni di precarietà abitative ed igienico-sanitarie e, parallelamente, allo scarso accesso alle strutture sanitarie. Le parassitosi intestinali da protozoi maggiormente rappresentate comprendono: amebiasi, giardiasi e blastocistosi.

I costi dell'assistenza ai cittadini stranieri

E' opinione diffusa che la cura dei cittadini immigrati sottragga risorse alle già di per se precarie casse della sanità pubblica. Di fatto non esistono studi dettagliati su questi temi. Nel corso del convegno "*La tutela della salute degli immigrati come strumento di integrazione*" organizzato a Brescia della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica il 19 Dicembre 2005 il prof. Mapelli del Dipartimento di Sanità Pubblica, Microbiologia e Virologia dell'Università di Milano ha tenuto una relazione orale in cui esponeva alcune riflessioni, che qui riprendo, fatte su questo tema tema

Per quanto riguarda gli immigrati regolari, le spese sanitarie per gli iscritti al Sistema Sanitario Nazionale sono finanziate dalla fiscalità generale. Ai cittadini immigrati cosiddetti “irregolari o clandestini” la normativa vigente assicura, tramite le strutture pubbliche e private accreditate del Sistema Sanitario Nazionale cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti, essenziali e continuative, per malattia ed infortunio, ed interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate. Al pari degli italiani esiste anche per questa categoria di immigrati la compartecipazione della spesa (ticket); per gli insolventi è garantita l'erogazione delle cure urgenti ed essenziali con rimborso delle strutture eroganti da parte dalle Prefetture che attingono ad un apposito capitolo di bilancio del Ministero degli Interni (60 milioni di euro nel 2005), mentre le prestazioni connesse alle prevenzioni sono pagate dalle Aziende Sanitarie tramite un apposito capitolo del Fondo Sanitario Nazionale (30 milioni di euro nel 2005).

Volendo fare un calcolo di quanto spende lo Stato per gli immigrati non regolari si dovrebbe dividere questi 90 milioni di euro per il numero di tali immigrati irregolari, che varia a seconda delle stime dei vari istituti di ricerca, ma che per il 2005 potremmo approssimare verosimilmente a 500.000. La spesa pro-capite annua per questi cittadini risulta in questo modo essere di 180 euro contro i ben più di 1000 euro spesi per gli italiani nello stesso 2005.

Nella relazione sopra citata del prof. Mapelli si è provato a confrontare i dati circa la spesa ed il finanziamento delle prestazioni sanitarie rivolte ad immigrati regolari ed irregolari. Nel 2003 per i 2.200.000 immigrati regolari sono stati spesi 780 milioni di euro per ricoveri ordinari e 760 milioni di euro per altre prestazioni sanitarie. Per gli immigrati “non regolari” sono stati spesi nello stesso anno 253 milioni di euro per ricoveri ordinari e 76 milioni di euro per altre prestazioni. Il finanziamento stanziato per tali spese per gli immigrati regolari si può estrapolare moltiplicando la quota capitaria stabilita per quell'anno per il numero di persone di quella categoria presenti in quello stesso anno; si ottiene la cifra di 2873 milioni di euro. Per gli immigrati “non regolari” è stata tenuta valida la somma dei due fondi sopraccitati del Ministero degli Interni e del FSN che nel 2003 ammontavano, sommati tra loro, a 75 milioni di euro. Da questi dati, pur con tutti i limiti derivanti dalle estrapolazioni effettuate, si può ricavare che il bilancio della sanità per i cittadini immigrati nel loro complesso è fortemente in attivo a differenza di quanto si potrebbe pensare: nell'anno 2003 il saldo per gli immigrati regolari è 1.354 milioni di euro, quello per gli “irregolari” è di -254 milioni di euro. In totale dunque si ha un saldo positivo di 1.100 milioni. Un miliardo di euro che andrà a curare cittadini italiani. Niente di straordinario in effetti: il nostro sistema sanitario essendo di tipo universalistico è proprio strutturato in modo da essere finanziato in modo proporzionale e progressivo da tutti e da prendersi cura di chiunque, in particolare i più bisognosi, che in

questo caso sono gli italiani, che dal punto di vista demografico sono più vecchi e quindi fragili sul versante della salute.

Concludendo possiamo dire che il fenomeno dell'immigrazione è poco conosciuto e studiato anche dal punto di vista del finanziamento della spesa sanitaria. Apparentemente essa potrebbe sembrare sottofinanziata, ma i cittadini immigrati iscritti al SSN determinano una spesa molto inferiore alla media nazionale, riequilibrando verso l'attivo il bilancio tra costi e spese sanitari per i cittadini immigrati, compresi gli irregolari. Essendo infine il SSN finanziato in ampia parte dell'IVA e dall'IRAP anche gli immigrati irregolari, che in larga parte lavorano in nero, di fatto, seppur indirettamente contribuiscono al suo finanziamento (Tabella 0).

Problemi aperti

Rimangono ancora problemi aperti, emersi durante la Consensus Conference sull'Immigrazione organizzata dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni nel maggio 2004 a Lampedusa, che riguardano l'adeguatezza dell'assistenza sanitaria a cominciare dalla maternità, dalla nascita, dalla salute del bambino immigrato; la riduzione dell'incidenza dell'Hiv e delle malattie sessualmente trasmesse tramite interventi mirati a fasce di popolazione a rischio; la riduzione di infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati; il lavoro sulla sofferenza psichica, troppo spesso sommersa; la mediazione linguistica e culturale; la consapevolezza di quale sia il diritto alla salute nella società multietnica; le considerazioni bioetiche all'interno di una società pluralistica in ordine a pratiche mediche che possono mettere in discussione paradigmi scientifici consolidati. Da aggiungere vi è sicuramente il grande tema della applicazione del diritto alla cura per i cittadini stranieri irregolari, sancito nella legge in modo chiaro nel 1998, ed in parte già nel 1995, implementato a macchia di leopardo nelle diverse realtà regionali nell'ultimo decennio e recentemente messo in discussione del legislatore. Ma di questo tratterò nel prossimo paragrafo.

Bergamo

Il sistema sanitario bergamasco sta assistendo ad un cambiamento, che è stato originato dalla nuova utenza, quella appunto degli immigrati, uomini, donne e minori, ma anche da due spinte: la prima da parte di alcuni operatori, intesi in senso ampio, che avvertono il bisogno di essere adeguati ed efficaci di fronte a persone che fanno riferimento ad altri quadri culturali, non solo in tema di relazione medico-paziente, ma anche in quello della diagnosi e della cura;

la seconda è rappresentata dalle *Raccomandazioni regionali*¹³ che spingono a concretizzare attraverso azioni diverse, compresa la formazione ed il ricorso alla mediazione, aziende ospedaliere a valenza interculturale. Negli ultimi tempi, infine, si fanno più frequenti i richiami alla salute mentale e alle dimensioni psicologiche del vivere l'esperienza migratoria. Si tratta di un terreno difficile da quantificare e da comprendere nella sua interezza. Il settore pubblico avverte l'importanza dell'azione ed al tempo stesso l'inadeguatezza delle risorse e la necessità di comprenderne le matrici culturali, mentre su un altro terreno, privato e privato sociale, si moltiplicano i segnali volti a facilitare la conoscenza e la competenza.

1.5 Assistenza sanitaria dei cittadini stranieri tra diritto formale e reale fruizione dei servizi

Storia del diritto alla salute in Italia

La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948 recita all'articolo 25: *“Tutte le persone hanno diritto a un livello di vita sufficiente a garantire la propria salute, il proprio benessere e quello della propria famiglia, soprattutto per quanto concerne l'alimentazione, il vestiario, l'alloggio, le cure mediche, ed i servizi sociali inerenti...”*. Il diritto alla salute nel mondo resta però ancora oggi privilegio di una minoranza di paesi ed anche al loro interno possono rimanere escluse le categorie più disagiate, come dimostrano i 50 milioni di cittadini statunitensi privi di assicurazione sanitaria. Gavino Maciocco, docente di sanità pubblica presso l'Università degli Studi di Firenze, afferma che *“a parte qualche isola felice, che quantitativamente non supera i 500 milioni di persone su 6 miliardi di esseri umani (ovvero meno del 10%), e che dispone di sistemi sanitari nazionali, l'attuale situazione di equità e di fruibilità delle cure sanitarie è paragonabile a quella della rivoluzione industriale: come allora la maggior parte della popolazione è esclusa dall'accesso alle cure mediche salvo pagamento diretto...”*.

L'Italia fa parte di quel ristretto numero di paesi che può vantare un servizio sanitario nazionale organizzato su base universalistica. Il diritto alla salute è sancito dall'articolo 32 della Costituzione: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge*

¹³ Decreto Direzione Generale Sanità n. 3184 del 02/03/2005 *“Raccomandazione per un ospedale interculturale”* nell'ambito delle attività della Rete Lombarda degli Ospedali per la promozione della salute ai sensi della DGR N. VII/13234/2003.

non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

La piena attuazione di questo articolo si avrà attraverso la legge 833 del 23 Dicembre 1978 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale, sull'esempio di quello inglese fondato nel 1948 con il Public Health Act, secondo il cosiddetto “modello Beveridge”. In realtà in Italia già dal 1889, con la legge Crispi-Pagliarini, era in vigore un primo sistema di assistenza sanitaria statale per i più poveri, tramite il medico condotto. Successivamente, nel 1898, furono emanate, le prime leggi che prevedevano l'assicurazione obbligatoria per gli operai. Il sistema della assicurazione sociali obbligatorie, le mutue, istituito in Germania del cancelliere Otto Von Bismark nel 1887, inizio ad essere applicato in modo sistematico in Italia solo nel 1922, e durò fino al 1978, quando fu sostituito con il Servizio Sanitario Nazionale.

Con gli anni '80, cessate in Italia la grande emigrazioni di cittadini italiani verso l'America ed il nord Europa, iniziò il periodo dell'immigrazione dai paesi in via di sviluppo e si presentò, connessa con questo fenomeno, la necessità di fornire l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri. Una serie di leggi, di decreti e di circolari ministeriali, pose progressivamente le basi per il riconoscimento di questi diritto dapprima per gli immigrati regolari (L. 943 del 30 Dicembre 1986), successivamente anche per gli irregolari (D.L. 489 del 18 Novembre 1995). E' interessante riportare le parole del Ministro della Sanità Elio Guzzanti pronunciate nell'ambito di una audizione tenutasi il 7 Febbraio 1995 presso la XXII Commissione Parlamentare, nel corso dell'iter che portò al D.L. 489 del '95: “..., per quanto riguarda gli immigrati irregolari, i profughi e quanti chiedono asilo il problema è estremamente delicato, perché, allo stato, è permesso esclusivamente l'intervento d'urgenza, cioè il ricovero ospedaliero, mentre voi parlate della necessità di assicurare un'assistenza sanitaria di base e preventiva. Mi dicono che vi è una certa contraddizione nell'impegno formale ed ufficiale ad assistere una persona che non dovrebbe esistere. Mi rendo conto di questo, però, prescindendo per un momento dalla funzione di ministro della sanità, come persona che fa parte della sanità pubblica inorridisco. Come posso infatti ignorare che si tratta di persone che mettono a rischio la loro esistenza e che indirettamente potrebbero costituire un pericolo per la comunità nazionale? Questo è un problema che umanamente dobbiamo porci; poi vedremo di risolverlo e forse potremo avere preziose indicazioni”. Coerentemente con tale impostazione l'articolo 13 della suddetta legge approvata nel 1995 recita: “Agli stranieri, temporaneamente presenti nel territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere assistenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio, e sono estesi i programmi di medicina preventiva. E' altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane. L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non

può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza, nonché le altre prestazioni individuate con decreto del Ministro della sanità, adottato di concerto con il Ministro del tesoro, nell'ambito del fondo sanitario nazionale, utilizzando, ove necessario, quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali.”

Fu tra il 1998 ed il 2000 che venne definita in modo organico la assistenza sanitaria per i cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale. La normativa di riferimento è costituita dal Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 Testo Unico sull'immigrazione (nel quale è confluita la Legge 6 marzo 1998, n.40), il Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, la Circolare Ministeriale 24 marzo 2000, n. 5.

Questo impianto normativo mostra una struttura organica, orientata verso una chiara priorità di inclusione ordinaria degli stranieri nel sistema di tutela della salute di tutti i cittadini ed una esplicita volontà di intercettare il bisogno e la domanda di salute anche delle persone ai margini del sistema.

Cittadini extracomunitari regolarmente presenti

Per quanto riguarda l'assistenza ai cittadini extracomunitari regolarmente presenti, l'art. 34 del D.Lgs 286/98 recita: “1. *Hanno l'obbligo di iscrizione al servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale: a. gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento; b. gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza.* 2. *L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti. Nelle more dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale ai minori figli di stranieri iscritti al servizio sanitario nazionale è assicurato fin dalla nascita il medesimo trattamento dei minori iscritti.* 3. *Lo straniero regolarmente soggiornante, non rientrante tra le categorie indicate nei commi 1 e 2 è tenuto ad assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità mediante stipula di apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale, ovvero mediante iscrizione al servizio sanitario nazionale valida anche*

per i familiari a carico [...]”. Risulta chiara la volontà di inclusione nel “sistema salute” del più alto numero possibili di cittadini immigrati regolarmente presenti; i titolari di permessi di soggiorno per i quali è prevista l’iscrizione obbligatoria al Sistema Sanitario Nazionale sono infatti più del 95% di tutti i cittadini extracomunitari regolarmente soggiornanti. Anche per coloro che sono in possesso di un permesso di soggiorno che non dà diritto all’iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (residenza elettiva, studio, motivi religiosi, persone alla pari) è previsto l’obbligo di assicurazione contro i rischi di malattia, infortunio e maternità o tramite polizze di istituti assicurativi italiani o esteri, o tramite l’iscrizione facoltativa al Servizio Sanitario Nazionale, che è a pagamento con tariffe diversificate (147 euro per studenti, 219 euro per persone alla pari, 389 se no familiari a carico), in ogni caso molto contenute. Resta la piccola fascia di cittadini stranieri che non ha diritto alla iscrizione obbligatorie, né facoltativa al Servizio Sanitario Nazionale e cioè i titolari di visto turistico e chi ha permesso di breve durata, spesso per motivi lavorativi (come, per esempio, uomini d’affari che si fermano solo pochi giorni); essi pagano le tariffe intere delle prestazioni sanitarie. Risulta infine chiara la volontà di superare la temporaneità dell’iscrizione, slegandola dal possesso in senso stretto del permesso di soggiorno ed allargandola anche ai periodi di attesa per il rinnovo e per il primo rilascio del documento di soggiorno, come successivamente ribadito dalle circolari del Ministero della Salute del 17 Aprile 2007 e del 19 Novembre 2007.

Cittadini extracomunitari temporaneamente presenti (irregolari)

Per quanto riguarda l’assistenza ai cittadini extracomunitari irregolarmente presenti, l’art. 34 del D.Lgs 286/98 recita: “3. *Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all’ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono, in particolare garantiti: a. la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, [...]a parità di trattamento con i cittadini italiani ; b. la tutela della salute del minore [...]; c. le vaccinazioni secondo la normativa e nell’ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni; d. gli interventi di profilassi internazionale; e. la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai. 4. Le prestazioni di cui al comma 3 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. 5. 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".

Vengono garantite quindi non sole le cure urgenti, ma anche quelle essenziali, che nella Circolare Ministeriale 24 marzo 2000, n. 5 vengono così definite: *"In ordine alla tipologia di prestazioni previste dal terzo comma dell'art.35 del T.U. si chiarisce che: per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti). E' stato, altresì, affermato dalla legge il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso".*

In sede di prima erogazione dell'assistenza, la prescrizione e la registrazione delle prestazioni vengono effettuate assegnando un codice a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) che ha validità semestrale ed è rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale. Il codice assegnato è utilizzato sia per la rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate del Servizio Sanitario Nazionale, sia per la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate. L'art. 35 del Testo Unico (D.Lgs 286/98), pur affermando che di norma non esiste il principio della gratuità delle prestazioni erogate dal SSN ai cittadini non iscritti, prevede nel comma 4 che le prestazioni sono erogate senza oneri a carico degli stranieri irregolarmente presenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità di condizioni con il cittadino italiano. La Circolare Ministeriale 24 marzo 2000, n. 5 specifica che *"Lo straniero indigente, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa, in analogia con il cittadino italiano, per quanto concerne: le prestazioni sanitarie di primo livello, le urgenze, lo stato di gravidanza, le patologie esenti o i soggetti esenti in ragione dell'età o in quanto affetti da gravi stati invalidanti".*

A livello pratico lo straniero privo di permesso di soggiorno accede alle strutture che erogano i servizi tramite la attribuzione del codice STP; esso sarà utilizzato per la rendicontazione, ai fini del rimborso. A questo punto l'utente accederà ai servizi in compartecipazione di spesa (ticket) al pari dei cittadini italiani. Ed allo stesso modo come per gli italiani sarà esente da ticket nei casi previsti dalla normativa, cioè urgenze, primo livello, gravidanze, patologie esenti, età.

L'ultimo comma dell'art. 35 del Testo unico prevede che al finanziamento delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, previste dal comma 3 dello stesso articolo, provveda il Ministero dell'Interno, mentre debba essere finanziata con il Fondo Sanitario Nazionale l'erogazione degli interventi di medicina preventiva e delle prestazioni sanitarie di cui ai punti a, b, c, d, e dello stesso comma 3.

Il divieto di segnalazione

Nel corso del recente iter parlamentare che ha portato alla modifica di alcune norme sulla disciplina dell'immigrazione nell'ambito delle politiche per la sicurezza, era stato proposto di abolire il comma 5 dell'articolo 35 del Testo Unico sull'immigrazione. Tale articolo dispone che *“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 i cittadini italiani”*. Risulta evidente che questa disposizione fosse alla base della possibilità, per il cittadino straniero irregolare, di recarsi presso le strutture sanitarie per ricevere assistenza. In seguito alla approvazione da parte del Senato della Repubblica dell'abolizione di tale articolo vi furono forti prese di posizione, in primo luogo dei professionisti della salute, con gli Ordini dei Medici e degli Psicologi, i Collegi degli Infermieri e delle Ostetriche, le rappresentanze degli assistenti sociali, che chiedevano di ritirare l'abolizione del “divieto di segnalazione”. Al successivo passaggio alla Camera dei Deputati, il divieto venne ripristinato, lasciando quindi immodificata la disciplina che regola l'accesso alle cure per gli stranieri irregolari.

Legittimi dubbi interpretativi sono, però, sorti in relazione alla portata applicativa delle disposizioni sopra citate in relazione all'articolo 10-bis, introdotto nel testo unico sull'immigrazione dall'articolo 1, comma 16 del d.d.l. 733 che prevede il reato contravvenzionale di ingresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato dello straniero, punito con l'ammenda da 5.000 a 10.000 euro. Va pertanto chiarito in che modo il personale sanitario nel suo complesso, ed in specie il personale amministrativo (quest'ultimo altresì non vincolato agli obblighi di riservatezza derivanti dall'art. 10 del Codice di deontologia medica) debba da un lato rispondere all'obbligo del divieto di segnalazione di cui al citato art. 35 c.5 e dall'altro debba parimenti rispondere all'obbligo di denuncia di cui agli art. 361 e 362 p.c. di un reato perseguibile d'ufficio di cui è venuto a conoscenza nell'ambito delle proprie funzioni, obbligo che, come è noto, si applica a tutti coloro che rivestono la qualifica di pubblici ufficiali o di incaricato di pubblico servizio. Si potrebbe quindi intravedere il concreto rischio che nei presidi sanitari pubblici e convenzionati si verificano situazioni di confusione ed incertezza sull'applicazione delle disposizioni vigenti da parte del personale sanitario, con

conseguente grave pregiudizio sul diritto di accesso alle strutture da parte del cittadino straniero non in regola con le norme sull'ingresso e il soggiorno. In realtà negli ultimi mesi vi sono state importanti prese di posizione di giuristi autorevoli che chiariscono come il “divieto di segnalazione” debba essere interpretato come prevalente. Una analisi giuridica elaborata congiuntamente dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Associazione Italiana Studi Giuridici sull'Immigrazione, Osservatorio Italiano Salute globale, Medici senza Frontiere chiarisce che: *“Nonostante la nuova legge introduca il reato di ingresso e soggiorno illegale degli stranieri in Italia, il personale sanitario (medico e paramedico, amministrativi e tecnici, operatori sociali), pur rivestendo le qualifiche di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, non soggiace all'obbligo di denuncia derivante dall'art. 331 c.p.p. proprio in ragione del divieto di segnalazione di cui all'art. 35, co. 5, D. Lvo. 286/98. Infatti risulta evidente come il Legislatore abbia inteso mantenere pienamente in vigore tale norma, negando così, allo stesso tempo, che essa possa considerarsi implicitamente abrogata dall'introduzione del reato”*. Ed infatti, coerentemente con questa interpretazione prevalente, molte regioni si stanno pronunciando in questi mesi, dando chiare indicazioni agli operatori dei Servizi Sanitari Regionali circa il pieno rispetto del divieto di segnalazione.

La medicina generale

I cittadini immigrati regolari ed i cittadini comunitari con iscrizione anagrafica, hanno il diritto/dovere all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e quindi anche alla scelta del Medico di Medicina Generale; e questo anche nella more del rinnovo del permesso di soggiorno e del primo rilascio, come specificato dalle circolari del Ministero della Salute del 17 Aprile 2007 e del 19 Novembre 2007.

Per quanto riguarda i cittadini stranieri irregolari il comma 8, art. 43 del DPR del 31 agosto 1999, n. 394 afferma: *“Le regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative previste dall'articolo 35, comma 3, del testo unico, possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poli-ambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica”*. I modelli di erogazione delle cure di primo livello risentono della ampia interpretabilità del sopraccitato comma. In molte regioni sono stati istituiti ambulatorio STP all'interno di strutture pubbliche territoriali ed ospedaliere; in altre regioni si è preferito un modello misto che affiancasse ambulatori STP pubblici ed ambulatori gestiti dal privato sociali.

In Lombardia, dove da anni operano ambulatori del privato sociale per l'assistenza a cittadini stranieri non iscrivibili al Sistema Sanitario Nazionale e sprovvisti del Medico di Medicina Generale, solo recentemente, una nota della Direzione Generale Sanità della Regione del 3 Febbraio 2009, invita *“la Aziende Sanitarie a valutare l'opportunità di individuare e mettere in opera, con le strutture presenti sul proprio territorio e con il ricorso anche alla collaborazione delle associazioni no profit di cooperazione, progetti sperimentali di assistenza che siano efficaci dal punto di vista sanitario, localmente caratterizzati, conformi al modello dei Livelli Essenziali di Assistenza ed in accordo con le norme per l'erogazione dei servizi”*

Cittadini dell'Unione Europea

Il processo di allargamento dell'Unione Europea ha generato negli ultimi anni alcune difficoltà nell'assistenza sanitaria ai cittadini cosiddetti “neocomunitari” e cioè passati dallo status di extracomunitari a quello di comunitari, come è avvenuto per rumeni e bulgari nel 2007. Le associazioni del privato sociale si sono impegnate a cavallo tra la fine del 2007 e l'inizio del 2008 per stimolare le istituzioni a farsi carico della situazione di quei cittadini che fino a prima dell'entrata del loro paese in Europa si trovavano in Italia irregolarmente, come extracomunitari, e quindi potevano accedere alle cure mediche tramite il tesserino STP, e che dopo l'entrata nell'Unione Europea del loro stato, nel caso in cui non rientrassero tra coloro che avevano diritto alla iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, ed in assenza della tessera sanitaria europea TEAM, si trovarono a dover pagare tutte le prestazioni sanitarie.

Ad oggi la situazione è regolata dal D.lgs n.30 del 3 febbraio 2007 di recepimento della direttiva comunitaria 3812004 concernente il diritto di libera circolazione e di soggiorno dei cittadini dell'unione Europea e dei loro familiari. Detta direttiva, nel riconoscere il diritto di soggiorno, distingue tra soggiorno per periodi inferiori ai tre mesi e soggiorno per periodi superiori a tre mesi, individuando, in questo ultimo caso, le categorie di soggetti e i relativi presupposti ed adempimenti necessari al fine di richiedere la prevista iscrizione anagrafica. Le disposizioni recate dalla direttiva, inoltre, contengono precise prescrizioni in materia di assistenza sanitaria, nel senso che impongono al cittadino europeo puntuali adempimenti nel caso di soggiorno superiore ai tre mesi.

Le conseguenze della direttiva sull'iscrizione obbligatoria al Sistema Sanitario Nazionale sono le seguenti. Per i soggiorni di durata inferiore ai tre mesi, nulla è innovato rispetto alle procedure in essere. La sola formalità richiesta per il cittadino comunitario, per soggiornare in Italia, è il possesso di un documento d'identità valido per l'espatrio; pertanto, non va presentata al Comune alcuna richiesta e non viene effettuata l'iscrizione al Servizio

Sanitario Nazionale, se non per i lavoratori stagionali con regolare contratto di lavoro ed eventualmente per i titolari di modelli E106 con validità di tre mesi. Si rammenta che, ai fini dell'assistenza sanitaria, trova applicazione la normativa comunitaria vigente che assicura la prestazione, dietro presentazione di un idoneo attestato di diritto. Nel caso in cui il cittadino comunitario ne sia sprovvisto, la ASL, acquisite agli atti le generalità dell'assistito e copia del suo documento di riconoscimento, potrà richiedere, d'ufficio, detto attestato all'istituzione competente dello stato estero. In mancanza delle suddette condizioni il pagamento della prestazione dovrà essere richiesto direttamente all'assistito che potrà richiedere il rimborso alla propria istituzione competente. Il cittadino dell'Unione che soggiorna sul territorio nazionale per un periodo superiore a tre mesi, sarà iscritto al Servizio Sanitario Nazionale, nei seguenti casi: è un lavoratore subordinato o autonomo nello Stato; è familiare, anche non cittadino dell'unione, di un lavoratore subordinato o autonomo nello Stato; è familiare di cittadino italiano; è in possesso di una Attestazione di soggiorno permanente maturato dopo almeno 5 anni di residenza in Itali; è un disoccupato iscritto nelle liste di collocamento o iscritto ad un corso di formazione professionale; è titolare di uno dei seguenti formulari comunitari: E106, E109 (o E37), E120, E121 (o E33). Premesso che non c'è l'obbligo di richiedere l'iscrizione anagrafica da parte dei cittadini comunitari che si iscrivono al SSN in quanto in possesso dei requisiti, spetta al Comune effettuare il controllo circa la sussistenza dei requisiti ai fini dell'iscrizione anagrafica del cittadino comunitario. Il cittadino comunitario che ha i requisiti per l'iscrizione al SSN, in prima ipotesi, può recarsi presso il Comune per richiedere l'iscrizione anagrafica e, pertanto, l'ufficiale dell'anagrafe richiederà la documentazione con le informazioni che ritiene necessarie ai fini anagrafici. Tali informazioni però non sono sufficienti per l'iscrizione al SSN, pertanto, in ogni caso, il cittadino comunitario per tale iscrizione dovrà presentare alla ASL tutta la documentazione necessaria. In seconda ipotesi il cittadino comunitario, può scegliere di recarsi prima presso la ASL per l'iscrizione al SSN e poi, in secondo momento, può richiedere, se ritiene, l'iscrizione anagrafica. In ambedue i casi dovrà sempre presentare alla ASL la documentazione che giustifica l'iscrizione al SSN. Pertanto, sarà cura della ASL verificare la sussistenza dei requisiti ai fini dell'iscrizione al SSN.

Rimangono al di fuori di questo quadro, quei cittadini comunitari, non aventi diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e privi di copertura sanitaria. Al riguardo un circolare del Ministero della Salute del 19 Febbraio 2008 afferma che: *“ferme restando le competenze in materia sanitaria di spettanza regionale, si è del parere che il decreto legislativo 30/2007 debba essere armonizzato con le norme di principio dell'ordinamento italiano che sanciscono la tutela della salute e garantiscono cure gratuite agli indigenti (art.*

32 Cost.), dai cui principi discende il carattere solidaristico ed universale del Servizio Sanitario Nazionale. Pertanto, come sottolineato nella nota informativa del 3 agosto 2007, i cittadini comunitari hanno diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti. Tra queste si intendono incluse anche le prestazioni sanitarie relative: alla tutela della salute dei minori, ai sensi della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con legge 27 maggio 1991, n. 176; alla tutela della maternità, all'Interruzione volontaria di gravidanza, a parità di condizione con le donne assistite iscritte al SSN, in applicazione delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, 22 maggio 1978 n. 194, e del decreto ministeriale 10 settembre 1998. Infine, devono essere attivate, nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale. Di tutte queste prestazioni dovrà essere tenuta, da parte delle ASL una contabilità separata, da cui risulti l'identità del cittadino comunitario e le prestazioni ricevute, di cui si terrà conto per l'azione di recupero e negoziazione nei confronti degli Stati competenti in sede comunitaria o diplomatica. In particolare sono in corso con le autorità sanitarie dei paesi neocomunitari trattative per una più opportuna regolamentazione delle procedure e dei rapporti contabili relativi alla mobilità sanitaria internazionale. Le Regioni sono invitate ad assicurare alle aziende sanitarie ed ospedaliere un adeguato supporto per una omogenea e uniforme applicazione della normativa vigente al fine di assicurare ai propri cittadini una piena tutela del diritto alla salute”.

A livello pratico il cittadino europeo privo dei requisiti per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e privo altresì sia della tessera sanitaria europea TEAM, che di una assicurazione privata, potrà accedere alle strutture sanitarie per le cure sopra menzionate. Non è prevista assistenza di primo livello di medicina generale.

Capitolo 2

L'ambulatorio OIKOS

2.1 Storia dell'associazione e dell'ambulatorio

L'associazione Oikos si costituisce nel 1997 come *onlus*, iscritta poi al registro regionale del volontariato nel 2000. Già a partire dal 1994 era attivo l'ambulatorio che si occupa offrire assistenza medica di primo livello alle persone straniere non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale.

Lo statuto recita: *“l'associazione si propone di promuovere una cultura che riconosce nella salute un diritto primario di chiunque.”* Coerentemente a tale principio l'ambulatorio si pone l'obiettivo di dare una risposta al bisogno di assistenza sanitaria di base, la medicina generale, per i cittadini stranieri. Tale tipologia di assistenza nel corso della vita dell'associazione è stata in un primo tempo non garantita dal quadro normativo, ed in un secondo tempo, dopo l'approvazione da parte del legislatore del D.Lgs 286/98, formalmente garantita dalla legge, ma spesso non implementata, specialmente in alcune regioni, tra cui la Lombardia.

E' stato quindi deciso da parte dell'associazione di mantenere attivo l'ambulatorio di primo livello per garantire quello che era ed è ritenuto un diritto universale di ciascuna persona, non senza continuare a fare pressioni affinché tale diritto venisse garantito non dal volontariato ma dalle istituzioni sanitarie competenti. E' stata invece deliberatamente sospesa quella quota di attività specialistica che negli anni era stata svolta presso l'ambulatorio, dal momento che le Aziende Ospedaliere della provincia, in seguito all'entrata in vigore del D.Lgs 286/98 e ad un lungo e non facile percorso di conoscenza e di interlocuzione con l'associazione, avevano iniziato ad accettare gli invii fatti da Oikos con richiesta di accertamenti, esami e visite, accettando informalmente le richieste compilate dai medici dell'ambulatorio su ricettario bianco personale, che poi venivano tramutate in impegnative rossa del SSR dal personale strutturato dell'azienda.

Tale apertura è da vedersi come la semplice applicazione della normativa vigente che all'art.35 c.3 del D.Lgs 286/98 recita: *“Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi*

pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono, in particolare garantiti: a. la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani ; b. la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176; c. le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni; d. gli interventi di profilassi internazionale; e. la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai”.

Una successiva Circolare Ministeriale del Ministero della Salute (n.5 del 24-3-2000) chiarisce la sopraccitata legge: *“In ordine alla tipologia di prestazioni previste dal terzo comma dell’art.35 del T.U. si chiarisce che: 1) per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; 2) per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti). E' stato, altresì, affermato dalla legge il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso”.*

Approfondirò negli ultimi due paragrafi di questo capitolo la complessa strada che ha portato a questo importante risultato; sono occorsi anni e la costante azione di pressione su Aziende Ospedaliere ad Azienda Sanitaria Locale. Voglio solo ricordare qui che la scelta di sospendere unilateralmente la attività specialistica all'interno dell'ambulatorio non è stata indolore. Alcuni volontari, spiace dirlo soprattutto medici, hanno infatti ritenuto che tale decisione arrecasse danno ai pazienti, i quali si sarebbero visti privati della possibilità di consultazioni specialistiche a più facile accesso rispetto a quelle che seguivano il canale istituzionale classico dell'ospedale, con prenotazione presso i CUPs, emissione del codice STP e rispetto dei normali tempi di attesa. Questa sofferta decisione fu però il risultato di un percorso maturato dentro l'associazione: essa è nata dal mondo del volontariato ma si è data una visione universalista e non semplicemente solidaristico-assistenzialista. Si è ritenuto insomma che fosse più utile aprire e portare avanti un confronto dialettico con l'istituzione pubblica

affinché quello che la legge sancisce come un diritto non fosse garantito solo dal privato sociale. La coerenza di questa posizione, di natura politica, voleva che in linea di principio l'associazione sospendesse quelle prestazioni per le quali il quadro normativo ed applicativo fosse chiaro e imponesse all'istituzione sanitaria di erogare il servizio. La domanda che spesso ritornava in tante discussioni fatte dei membri dell'associazione era: *“noi volontari suppliamo ad una carenza del sistema sanitario? O è il sistema sanitario che non si muove dal momento che già esistono servizi erogati dal privato sociale?”*

Si è continuata invece la attività di medicina generale dal momento che per essa il quadro legislativo, se non formalmente carente, era quantomeno passibile di interpretazioni più o meno restrittive. Il D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394 all'art. 43 c.8 recita: *“Le regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative previste dall'articolo 35, comma 3, del testo unico, possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica”*. La ragione Lombardia non ha mai ritenuto necessario implementare una assistenza sanitaria di primo livello per i cittadini immigrati non iscrivibili al Sistema Sanitario Nazionale, limitandosi a garantire l'accesso diretto al secondo livello tramite i Pronto Soccorso.

La presenza di un ambulatorio di medicina generale quindi aveva ed ha il significato da un lato di offrire un servizio irrinunciabile ed attualmente non erogato del sistema pubblico, dall'altro lato di promuovere una costante attività di advocacy orientata sia ad agevolare una più estensiva applicazione della normativa vigente, sia a contribuire ad un clima culturale, nella società civile e negli operatori dei servizi, dentro il quale potessero maturare ulteriori evoluzioni normative.

Tra il 2006 ed il 2008 è stato fatto un importante tentativo, coerente con la linea di condotta dell'associazione sopra illustrata, di richiesta di presa in carico da parte della Azienda Sanitaria Locale del servizio di medicina generale per cittadini senza tessera sanitaria. Nel mese di Dicembre del 2006 Oikos organizzò un convegno nel corso del quale vennero presentati vari modelli organizzativi di erogazione della medicina generale da parte di istituzioni sanitarie di altre regioni e nella Provincia di Brescia. Nell'ambito di tale iniziativa, alla quale erano stati invitati i direttori delle Aziende Ospedaliere della provincia e della Azienda Sanitaria, la presidente della associazione nel suo intervento elencò le difficoltà ed i limiti con i quali l'ambulatorio si doveva confrontare quotidianamente, descrivendo una

situazione che era diventata fortemente critica: i volontari non erano in grado di evadere tutte le richieste di vista che pervenivano in ambulatorio e si trovavano a respingere alcuni pazienti ad ogni giornata di apertura. A fronte di questo ed in assenza di una assunzione di responsabilità da parte delle istituzioni pubbliche la presidente arrivò a minacciare di chiuderne l'attività dell'ambulatorio.

Si aprì un rapporto di confronto con il direttore sanitario della Azienda Sanitaria; ciò determinò in primo luogo l'implementazione della prassi consolidata tra Oikos e l'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Bergamo, che prevedeva che i centri di prenotazione delle Aziende Ospedaliere pubbliche e delle Cliniche private accreditate accettassero le impegnative su ricettario bianco dei medici dell'ambulatorio Oikos per esami di laboratorio, strumentali e visite specialistiche. In realtà più che una direttiva formale si trattava di una raccomandazione informale del direttore sanitario inviata alle strutture eroganti. Nonostante episodi di diniego da parte di personale amministrativo dei CUP, specialmente nelle cliniche private accreditate, questa prassi informale ha funzionato e tuttora è rispettata. In questo modo l'accesso al secondo livello è garantito non solo dai Pronto Soccorso ma anche della medicina di primo livello erogata da Oikos.

Il secondo fronte aperto in seguito al convegno del 2006 riguardava la medicina generale. Fu stipulato un protocollo d'intesa tra Azienda Sanitaria ed ambulatorio Oikos che prevedeva la presenza di un medico incaricato ASL a fianco dei medici Oikos. Nelle intenzioni dell'associazione ciò costituiva un primo passo verso la presa in carico istituzionale dell'erogazione della medicina generale. Il protocollo garantiva la presenza di un medico per un totale 100 ore da agosto a dicembre 2007 e poi venne prorogato per 85 ore su un periodo di sei mesi dal primo gennaio 2008 a Giugno dello stesso anno. Pur nella sua esiguità quantitativa (la presenza del medico incaricato ASL copriva poco meno del 10% delle visite dell'ambulatorio) questo accordo sembrava aprire la strada verso un ruolo più attivo da parte della Azienda Sanitaria Locale. E' da segnalare che a livello finanziario, il protocollo di intesa attingeva dal budget della ASL destinato a progetti di prevenzione per le malattie infettive, in assenza di capitoli di spesa previsti della regione Lombardia per far fronte al tema della medicina generale per migranti non iscritti al Sistema Sanitario Nazionale.

Purtroppo con il cambio delle direzioni delle Aziende avvenuto in Lombardia nel 2008 quest'ultimo passo in avanti fu vanificato, dal momento che il nuovo direttore sanitario non ritenne di prorogare il protocollo di intesa, di fatto chiudendo qualsiasi canale di dialogo tra l'associazione e la controparte pubblica da lui rappresentata.

Nell'ultimo anno la attività dell'associazione si è dovuta orientare anche alla difesa di quanto si dava per acquisito. I provvedimenti legislativi denominati "pacchetto sicurezza" proposti dal governo e dalle maggioranza parlamentare contenevano numerose norme riguardanti la disciplina del fenomeno migratorio. In particolare nel Disegno di Legge 733 approvato dal Senato dalla Repubblica ad inizio Febbraio 2009 era contenuta la abolizione del comma 5 dell'articolo 35 del Testo Unico sull'immigrazione 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"*. Tale modifica normativa, ad anche solo l'averla ipotizzata a partire dell'anno precedente, aveva suscitato grande preoccupazione da parte dei cittadini immigrati non in regola con il permesso di soggiorno ed una grande mobilitazione di tutti il mondo della cura: dagli ordini dei medici, degli psicologi, ai collegi degli infermieri e delle ostetriche, alle rappresentanze degli assistenti sociali, fino ad importanti pezzi di società civile si erano pronunciati contro il provvedimento.

L'ambulatorio Oikos nell'ambito della città di Bergamo ha assunto un ruolo importante dentro la rete sociale che di è formata in opposizione al "pacchetto sicurezza". Dopo la approvazione del D.D.L 733 al Senato l'associazione si è fatta promotrice della convocazione di un incontro di tutte le realtà sociali che volessero esprimere la propria contrarietà a questi provvedimenti legislativi. La richiesta esplicita era quella che partecipassero realtà sociali e non politiche, con il fine di organizzare iniziative territoriali che non fossero aprioristicamente bollate come di matrice partitica dalla popolazione. Nacque così la Rete 28 Marzo, dal giorno della grande manifestazione tenutasi a Bergamo per protestare contro la approvazione del D.D.L 733. Di essa facevano parte singoli cittadini sia italiani che straniere, associazioni di volontariato, rappresentanti di comunità di immigrati, organizzazioni sindacali ed anche alcuni rappresentanti di forze politiche.

Come associazione abbiamo inizialmente puntato molto sulla contrarietà all'abolizione del "diviseto di segnalazione", sia perché era materia di cui avevamo interesse e competenza diretti, sia perché ci sembrava potesse rappresentare un argomento capace di far presa sull'opinione pubblica. In seguito però, anche in relazione alla introduzione del reato di ingresso e soggiorno irregolare, ci si è orientati verso una più generale critica al "pacchetto sicurezza" nel suo insieme. Ciò di fatto è in linea con una idea di salute che comprende le determinati sociali, economiche e politiche. Un provvedimento legislativo che precarizza le condizioni di vita di una fascia di popolazione, inevitabilmente la espone ad un peggioramento delle condizioni di salute. Come medici non abbiamo potuto tacere ciò, nascondendoci dietro il permanere sulla carta della possibilità di farsi curare.

La cancellazione nel passaggio alla camera della abolizione del “divieto di segnalazione” ha segnato certamente una vittoria del movimento a livello nazionale. Come Oikos abbiamo partecipato al “non segnaliamo day” organizzato dalle Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, organizzando il 17 Marzo 2009 un ambulatorio in piazza fuori dal Palazzo Comunale. In tutti i primi 6 mesi dell’anno abbiamo mantenuto una costante presenza sui media (giornali e televisioni) locali, spendendo la credibilità dell’associazione e dei volontari e ricevendo l’appoggio tra gli altri del presidente dell’Ordine dei Medici di Bergamo e del sindaco della città.

La presenza del reato di ingresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato dello straniero nella versione definitiva del “pacchetto sicurezza” (articolo 10-bis, introdotto nel Testo Unico sull’immigrazione dall’articolo 1, comma 16 del D.D.L. 733) purtroppo lascia un margine di incertezza sul versante sanitario. Va pertanto chiarito in che modo il personale sanitario nel suo complesso, ed in specie il personale amministrativo (quest’ultimo altresì non vincolato agli obblighi di riservatezza derivanti dall’art. 10 del Codice di deontologia medica) debba rispondere all’obbligo di denuncia di cui agli art. 361 e 362 c.p. di un reato perseguibile d’ufficio di cui è venuto a conoscenza nell’ambito delle proprie funzioni, obbligo che, come è noto, si applica a tutti coloro che rivestono la qualifica di pubblici ufficiali o di incaricato di pubblico servizio. La società Italiana di Medicina delle Migrazioni, supportata dal parere di autorevoli giuristi, sostiene, in una analisi giuridica redatta insieme ad Medici Senza Frontiere, Associazione Italiana Studi Giuridici sull’Immigrazione ed Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, che *“Nonostante la nuova legge introduca il reato di ingresso e soggiorno illegale degli stranieri in Italia, il personale sanitario (medico e paramedico, amministrativi e tecnici, operatori sociali), pur rivestendo le qualifiche di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, non soggiace all’obbligo di denuncia derivante dall’art. 331 c.p.p. proprio in ragione del divieto di segnalazione di cui all’art. 35, co. 5, D. Lvo. 286/98. Infatti risulta evidente come il Legislatore abbia inteso mantenere pienamente in vigore tale norma, negando così, allo stesso tempo, che essa possa considerarsi implicitamente abrogata dall’introduzione del reato”*.

In linea con questa interpretazioni molte regioni hanno già prodotto atti di indirizzo chiari dando una interpretazione vincolante del “divieto di segnalazione” al proprio personale sanitario. L’associazione Oikos è già attiva perché anche a livello locale e regionale sia intrapresa la medesima strada.

2.2 Attività

La associazione Oikos si avvale della attività dei soci e dei volontari. I soci, che sottoscrivono lo Statuto, oltre alle attività operative partecipano alla decisione delle linea d'azione dell'associazione nell'ambito della assemblea annuale e delle riunioni mensili del consiglio direttivo. I volontari partecipano alla vita dell'ambulatorio ed alle altre attività operative. Sia i soci che i volontari sono tenuti a rispettare il Contratto Sociale, documento che elenca principi e comportamenti vincolanti per chiunque collabori con l'associazione. Tornerò alla fine di questo capitolo sull' argomento delle regole formali ed informali vigenti all'interno del gruppo. Sono infatti convinto che la sostanza del lavoro che un associazione di persone realizza non possa prescindere, ma anzi sia in una relazione di reciproca influenza, con la struttura formale che quel gruppo si da.

Il gruppo di soci e di volontari è costituito da 10 medici, 1 ostetrica e 20 persone impegnate nel lavoro di "segreteria" che va dall'accoglienza, all'informazione sui diritti di cittadini stranieri senza permesso di soggiorno e sulle strutture sanitarie a cui gli utenti devono accedere per le visite e gli esami specialistici, alla raccolta ed elaborazione di dati.

Attività cliniche e scientifiche

Le attività che l'associazione OIKOS svolge sono molteplici. Quelle cliniche sono rivolte a cittadini immigrati non iscrivibili al Sistema sanitario Nazionale, cioè in larghissima parte cittadini extracomunitari senza permesso di soggiorno e cittadini comunitari non nelle condizioni di realizzare l'iscrizione anagrafica e quindi l'iscrizione al SSN, non in possesso della tessera sanitaria europea TEAM del paese di origine.

1. Assistenza medica ambulatoriale di primo livello. Si tratta di un normale ambulatorio di medicina e pediatria generale. Il personale è costituito da medici volontari sia ospedalieri che generalisti. L'apertura avviene in orari tardi pomeridiani il Martedì, Mercoledì, Giovedì ed il Sabato mattina. Ciò per venire incontro alle esigenze sia dei pazienti, che spesso lavorano di giorno, sia dei medici che pure svolgano la attività di volontariato in orari extra-lavorativi.
2. Invio a strutture di secondo livello (esami ematici, accertamenti strumentali, visite specialistiche, ricoveri) ed a servizi territoriali ad accesso diretto (consultori familiari, centri vaccinazioni, centri antitubercolari, servizi tossicodipendenze, servizi di salute

mentale). Per le strutture ad accesso diretto l'invio avviene senza che il personale medico compili alcuna richiesta formale dal momento che esse hanno proprio la caratteristica di non necessitare di impegnativa da parte del medico curante e di essere fruibili da tutti i cittadini italiani e stranieri, al di là della status giuridico, sempre in ottemperanza al già citato art. 35 del D.D.L. 286/98. Per l'accesso presso le strutture ospedaliere il medico Oikos compila una impegnativa su ricettario personale bianco che, in seguito alla prassi consolidata negli anni con al Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti di Bergamo" poi estesa alla altre Aziende Ospedaliere Pubbliche della provincia ed alla Cliniche accreditate, viene accettata dai Centri di Prenotazione che emettono il codice STP e fissano l'appuntamento.

3. "Spazio donna". In una prima fase si è trattato di consultazioni libere presso l'ambulatorio con una ostetrica volontaria per donne che volessero ampliare la conoscenza del proprio corpo, la consapevolezza della dimensione sessuale e riproduttiva, la familiarità con le metodiche contraccettive. Attualmente il progetto è stato modificato, dal momento che la richiesta di colloqui con l'ostetrica nell'ambito dell'ambulatorio risultava molto bassa; probabilmente perché in tale contesto le pazienti arrivano con domande molto precise e di pertinenza strettamente medica. E' stato quindi modificato il progetto mirando alla realizzazione di cicli di incontri presso gruppi e comunità già esistenti, laddove ci fosse una volontà affrontare in una dimensione di gruppo le tematiche di cui sopra. Il progetto, quindi, si propone di promuovere nelle donne una più approfondita conoscenza del proprio corpo nelle sue dimensioni anatomico-fisiologica ed emotiva al fine di consentire loro di vivere con maggiore consapevolezza e autonomia la propria dimensione sessuale e riproduttiva. E' rivolto a piccoli gruppi di donne migranti già organizzate sulla base di qualche comune interesse, attività ecc. Il progetto prevede tre incontri della durata di un'ora e mezza ciascuno. In particolare il terzo incontro può essere centrato sul tema dell'Interruzione Volontaria di Gravidanza anziché sulla menopausa, in relazione all'età delle donne presenti nel gruppo. E' possibile l'integrazione con uno o due incontri supplementari sui temi più specifici del rapporto uomo/donna (con la presenza anche di una psicologa) o sul tema delle malattie a trasmissione sessuale (con la presenza anche di un infettivologo) a seconda degli interessi e delle domande eventualmente emersi.

4. Screening per malattie sessualmente trasmesse (MTS) in donne vittime della tratta. Si tratta di un progetto di ricerca-azione promosso dall'associazione Oikos onlus in collaborazione con La Melarancia onlus, associazione di aiuto per donne vittime della

tratta, ed il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Bergamo. Ha tre ordini di obiettivi: sanitari, educativo-relazionali ed istituzionali. Gli obiettivi sanitari sono quelli di quantificare la presenza di malattie sessualmente trasmesse in una popolazione a rischio e di vaccinare contro il virus dell'epatite B (HBV) quelle donne che fossero risultate suscettibili. L'obiettivo educativo-relazionale è quello di creare un momento di contatto lontano dalla strada, dove poter dare spazio a richieste, esigenze, racconti da parte delle donne. L'obiettivo istituzionale è quello di consolidare un rapporto di collaborazione tra realtà del privato sociale ed istituzioni sanitarie che sia chiaramente orientato ad una sempre maggiore presa in carico dei bisogni socio-sanitari di una popolazione a rischio da parte delle istituzioni competenti, nell'ambito del quadro normativo vigente, il quale spesso vede dei significativi deficit applicativi da parte delle strutture istituzionalmente preposte.

5. Progetto Nabruka. Si tratta di un progetto di ricerca-azione per la promozione del PAP test in donne escluse dei programmi di screening e per lo studio della metodica dell'RNA molecolare del Papilloma virus. Il progetto è nato dalla collaborazione tra Istituto di Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Bergamo, l'associazione Oikos onlus e la Lega Italiana Lotta contro i Tumori (LILT). Prevede di sottoporre donne di età superiore a 20 anni che si presentano spontaneamente all'ambulatorio di OIKOS e che desiderano usufruire del progetto, al Pap-test e in caso di positività citologica al test HPV RNA, per individuare eventuali infezioni potenzialmente cancerogene. Nel mondo, il carcinoma della cervice uterina è la seconda causa di morte per cancro nella donna; circa mezzo milione di casi viene diagnosticato ogni anno. Poiché, a differenza dei paesi con efficienti sistemi di assistenza pubblica, programmi di screening e metodi di informazione e controllo, in molti paesi dell'Africa, dell'America Latina, dell'area Caraibica l'accesso all'assistenza sanitaria è molto più difficile, in queste aree il cancro della cervice è la più comune causa di cancro nella donna. Recenti studi dimostrano però che anche in alcuni paesi dell'Europa dell'Est questo tumore ha raggiunto una diffusione preoccupante. Si può affermare che il cancro cervicale sia tipico di questi paesi perché è in essi che si registra l'80% delle diagnosi : ben 400.000 dei 500.000 casi che si manifestano ogni anno. La mortalità segue la stessa distribuzione. Ciò è dovuto ad una maggiore presenza dei fattori di rischio e, soprattutto, alla mancanza di prevenzione. Il Pap-test rappresenta ancora, da solo o insieme con il test molecolare per HPV, l'insostituibile e prezioso metodo di screening e prevenzione secondaria. Purtroppo in Italia le donne migranti "irregolari", cioè senza permesso di soggiorno e non iscritte al

Servizio Sanitario Nazionale, sono escluse dai programmi attivi di prevenzione. Il progetto Nabruka offre alle donne temporaneamente residenti, anche se non in regola con il permesso di soggiorno e non iscritte al Servizio Sanitario Nazionale, la possibilità di ottenere un Pap-test gratuito e in completo anonimato. Poiché l' HPV (Human Papilloma Virus), un virus a trasmissione sessuale, è il responsabile della induzione della trasformazione tumorale e i cinque genotipi più frequenti sono responsabili di quasi il 90% dei tumori, tutti i Pap test che verranno considerati "non negativi" verranno valutati per l'espressione di RNA virale degli stessi cinque genotipi al fine di ottenere informazioni sul reale valore predittivo positivo del test. Se saranno diagnosticate lesioni squamose o ghiandolari lo staff medico di Oikos fornisce informazioni e sostegno per potere ottenere presso centri specializzati ulteriori controlli e terapie. Possono partecipare al progetto tutte le donne con più di venti anni che si recano all' ambulatorio OIKOS e dopo aver firmato il modulo di consenso informato. Al momento del prelievo i dati anagrafici della donna vengono trasformati in un codice personale che le garantirà il totale anonimato. Il referto citologico accompagnato o no da quello molecolare è disponibile dopo tre settimane. Ogni donna potrà accedere al pap-test nell'ambito del progetto Nabruka una sola volta. Una delle finalità è infatti quella di educazione sanitaria; il personale medico e non medico dell'ambulatorio inviterà tutte le donne coinvolte nel progetto ad eseguire in futuro un pap test ogni 2-3 anni come screening individuale.

6. Raccolta ed elaborazione dati demografici ed epidemiologici relativi all'utenza. Il personale di segreteria raccoglie i dati del paziente compilando la prima parte della cartella cartacea; essa contiene dati anagrafici e informazioni sulla scolarità, sulla conoscenza dell'italiano, sulla condizione giuridica, lavorativa, abitativa, sui precedenti contatti con il Servizio Sanitario Nazionale. Il medico al termine di ogni visita ne scrive in cartella una sintesi discorsiva e compila gli spazi riservati alla codifica diagnostica (secondo la classificazione ICD9-CM) e agli output riguardanti eventuali richieste di accertamenti e visite, l'invio a strutture territoriali (consultori, centri vaccinazioni, servizi tossicodipendenza, servizi di salute mentale), la prescrizione di terapia e la previsione o meno di una futura visita di controllo. Tutti questi dati vengono poi inseriti all'interno del database OSI dal personale di segreteria.

7. Raccolta e trasmissione di informazioni relative a legislazione e disposizioni vigenti in materia di assistenza sanitaria e sociale per cittadini immigrati. L'associazione si tiene costantemente informata sulla disposizioni normative nazionali e locali in materia di

immigrazione e salute. Tali informazioni sono utili sia per orientare i pazienti alla conoscenza dei diritti che li riguardano, sia per sollecitare costantemente le istituzioni sanitarie ad implementare servizi che rendano effettivi tali diritti. In questo senso il ruolo di advocacy dell'associazione riveste un'importanza centrale all'interno della mission che essa si da, cioè quelle di promuovere una cultura della salute come diritto di chiunque.

Attività sociali e politiche

Consci che la salute è una condizione che si realizza all'intersezione di una serie complessa di determinanti, non solo biologiche, ma anche sociali, culturali, giuridiche e politiche, lavoriamo in costante contatto con svariate realtà tra loro eterogenee:

1. Advocacy. In un sistema di gestione della salute di tipo istituzionale, come di fatto sono tutti quelli dei paesi industrializzati, chi si vuole occupare di diritto alla salute non può limitarsi all'attività clinica o di sanità pubblica intese in senso tecnico. E' fondamentale un costante ruolo di *advocacy*, cioè l'uso strategico di informazioni e altre risorse (economiche, politiche, ecc.) per modificare decisioni politiche ed istituzionali (Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, Assessorati Regionali, Ministero) e comportamenti collettivi ed individuali allo scopo di migliorare la salute di singoli o comunità. L'Advocacy consiste nello sforzo di modificare gli esiti di politiche pubbliche o di decisioni allocative che hanno un impatto diretto sulla vita delle persone.
2. Partecipazioni a rete tematiche che lavorano nel mondo dell'immigrazione. Al fine di non chiudersi in pratiche solitarie ed autoreferenziali ma di aprirsi all'esterno, l'associazione si è messa in rete con altre realtà del territoriali e sovraterritoriali. Con la rete AS-Soci-Azioni, costituita da comunità di immigrati presenti a Bergamo, organizza incontri e momenti di vario tipo all'insegna dell'integrazione e della conoscenza dell'altro, tra cui un interessante percorso formativo sulle cosiddette "seconde generazioni", cioè quella fascia di ragazzi ed adolescenti figli di cittadini immigrati, ma nati e/o cresciuti in Italia. Oikos fa parte inoltre del Tavolo di Lavoro delle associazioni dell'Agenzia per l'Integrazione del Comune di Bergamo. Partecipa alla "Rete salute riproduttiva donne immigrate" promossa dal Consiglio delle Donne del Comune di Bergamo e altre associazioni e soggetti che lavorano sul tema, in un'ottica di tavolo integrato e partecipato, per creare spazi di discussione sui temi dell'interculturalità e delle questioni sanitarie che riguardano gli immigrati, in particolare le donne, e per progettare strumenti

e strategie per una migliore fruizione dei servizi sanitari in merito alla salute riproduttiva delle donne migranti. Un'ulteriore rete tematica a cui l'associazione aderisce è il GRIS (Gruppo Regionale Immigrazione e Salute), un gruppo di spontanea adesione, non istituzionale, cui partecipano strutture di volontariato, di privato sociale, associazioni di immigrati e strutture pubbliche coinvolte nell'erogazione di servizi sanitari, di sostegno e di orientamento nei confronti di cittadini immigrati indipendentemente dal loro status giuridico. Le finalità di questo gruppo sono la reale e diffusa promozione della salute del cittadino immigrato. Il GRIS rappresenta un luogo di scambio di informazioni, un luogo per la messa in rete di competenze e risorse.

3. Collaborazione con società scientifiche. L'associazione partecipa con alcuni suoi membri alle attività della SIMM (Società Italiana Medicina delle Migrazioni). Essa è da un lato una società scientifica medica, la più autorevole in Italia ad occuparsi del settore *salute ed immigrazione*, dall'altro lato una rete di professionalità diverse, non solo strettamente sanitarie, impegnate da un lato nella riflessione ed elaborazione di un punto di vista originale e non riduttivista del tema socio-sanitario riferito alla popolazione straniera (con chiavi di lettura che incrociano competenze cliniche, epidemiologiche, sociologiche, antropologiche) e dall'altro lato nella pianificazione di strategie d'azione ed interventi concreti innovativi.
4. Iniziative politiche. Insieme al NAGA di Milano ed alla Caritas di Roma, è stata tra i promotori di un'iniziativa che ha portato alla presentazione al Parlamento Europeo di una proposta di direttiva relativa all'estensione dell'assistenza sanitaria ad ogni persona comunque presente sul territorio dell'Unione Europea, anche se straniera ed al di là dello status giuridico, per assicurare la piena realizzazione del diritto alla salute per ogni individuo e garantire la tutela della salute collettiva. La petizione chiedeva nello specifico che anche agli stranieri presenti sul territorio dei singoli Stati, pur se non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, siano assicurate – nei presidi pubblici o comunque parificati - le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali, episodiche o continuative, per malattia e infortunio. Che ai medesimi soggetti siano estesi i programmi di medicina preventiva, ivi compresi diagnosi e cura delle malattie infettive, a salvaguardia della salute collettiva ed individuale e siano altresì garantite la tutela della gravidanza responsabile e della maternità, nonché la tutela della salute del minore. Che l'accesso alle prestazioni e alle strutture sanitarie dello straniero presente sul territorio dei

singoli Stati, pur se non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, non possa comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di polizia, salvo i casi in cui ciò sia obbligatorio per i cittadini dello Stato. Che, ai medesimi soggetti, le prestazioni mediche siano erogate dietro il pagamento delle quote di partecipazione alla spesa, quando previste dalla legislazione dei singoli Stati membri, a parità di condizioni con i cittadini. Che, in nome del principio della continuità della cura, nessuna misura di allontanamento possa essere presa nei confronti di un cittadino di un paese terzo – pur se non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, che si trovi sul territorio dell'Unione - che sia colpito da una patologia grave, (né tale misura possa essere presa nei confronti dei suoi genitori o tutori se minore, o del coniuge) e che durante tutto il periodo del trattamento, gli siano inoltre garantite possibilità adeguate di lavoro ovvero di sostentamento. Che i livelli di assistenza, forniti ai cittadini dei paesi terzi, pur se non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, siano equivalenti a quelli previsti per i cittadini dello Stato membro, anche se forniti con differenti modalità.

Attività formative e culturali

L'associazione OIKOS è attiva anche su un piano di lavoro di ordine culturale e formativo, conscia del fatto che solo dentro un clima di conoscenza e competenza nei confronti dei fenomeni migratori possano maturare pratiche cliniche e sociali utili, scelte organizzative e politiche oculate e non demagogiche, evoluzioni normative coerenti ed efficaci.

1. Formazione interna. Internamente all'associazione vengono periodicamente organizzati dei corsi di aggiornamento per gli operatori sul quadro normativo e sulle pratiche organizzative dell'ambulatorio. E' infatti molto importante che tutti gli operatori siano costantemente aggiornati in modo da consigliare ai pazienti i migliori "percorsi di salute" possibili, evitando inutili peregrinazioni tra i servizi dovute ad incomprensioni organizzative e linguistiche. Da due anni, con cadenza annuale, viene inoltre organizzata una formazione interna su tematiche socio-antropologiche. Il primo anno il tema è stato quell'etnopsichiatria e del prendersi cura nella diversità culturale, il secondo anno ci si è concentrati sulla mediazione linguistico culturale dai punti di vista sia metodologico che pratico.
2. Formazione esterna. Alcuni membri dall'associazione hanno partecipato ad attività di formazione inerenti al tema "salute ed immigrazione" organizzate da varie realtà, principalmente istituzionali, rivolte al personale sanitario. In particolare da segnalare la

costante presenza presso il polo di Bergamo del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale con lezioni sugli aspetti normativi, clinici ed epidemiologici della medicina delle migrazioni.

3. Tirocini. L'associazione ha sottoscritto convenzioni con facoltà universitarie e scuole secondarie per accogliere studenti impegnati in percorsi di tirocinio, master e tesi di laurea. Nel corso di tale esperienza i tirocinanti da un lato maturano una conoscenza della dimensione associativa di una organizzazione, dall'altro - nello specifico - approfondiscono dal punto di vista sia pratico che teorico le tematiche connesse al mondo "immigrazione e salute".
4. Lezioni nelle scuole. L'associazione partecipa al progetto di Comune di Bergamo e del Provveditorato agli Studi per la celebrazione dei 60 anni della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani. Esso consiste nella disponibilità di tenere delle brevi lezioni di circa un'ora sul "diritto alla salute" nelle scuole primarie e secondarie della provincia che ne facciano richiesta nell'ambito della attività integrative.

2.3 Revisione della casistica

Dall'inizio dell'attività presso l'ambulatorio Oikos di Bergamo all'estate del 2009 sono state eseguite oltre 30.000 visite a poco meno di 14.000 pazienti. I dati inerenti ai pazienti sono stati raccolti su supporti sia cartaceo, per la parte clinica, che elettronico, per la parte demografica. Negli ultimi due anni al fine di rendere più sistematica la raccolta dei dati clinico-demografici e confrontabile con altre casistiche a livello nazionale, l'associazione ha iniziato ad utilizzare il software OSI.

Il software Osi

Nell'ambito dei Programmi Speciali art. 12 bis D.Lgs. 229/99 del Ministero della Salute, è stato finanziato nel 2002 un progetto di ricerca intitolato "*Progettazione e sperimentazione di un modello di osservatorio epidemiologico sull'immigrazione*" (*Progetto OSI*). Il progetto, che ha avuto inizio nel dicembre 2002 e si è concluso nel settembre 2005 (durata biennale, con proroga di 9 mesi). Obiettivo del progetto è stato quello di sperimentare un modello di

rete informativa in grado di connettere le diverse strutture ambulatoriali – pubbliche e del privato sociale – che erogano assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati irregolari. Tale rete informativa avrebbe lo scopo di raccogliere, secondo modalità omogenee e standardizzate (e pertanto confrontabili), informazioni su un ambito assistenziale attualmente non coperto da alcun sistema informativo sanitario corrente. L'implementazione della rete a livello regionale e/o nazionale rappresenta il presupposto per la creazione di un Osservatorio epidemiologico sulla salute degli immigrati, da realizzare attraverso l'integrazione del nuovo flusso informativo con i flussi esistenti e la costruzione di opportuni indicatori, in un'ottica di monitoraggio continuativo dei bisogni di salute degli immigrati e per l'individuazione di aree critiche su cui sviluppare programmi di intervento.

Anche se la prima fase del progetto si è conclusa, l'ambulatorio Oikos ha ritenuto opportuno implementare l'utilizzo del software OSI di raccolta dati al fine sia di avere un database confrontabile con altre casistiche nazionali, sia di rientrare tra quelle realtà che contribuiranno ad raccolta dati ampia e capillare una volta che il progetto sarà ripreso. Dati epidemiologici attendibili potranno infatti orientare la scelte di politica sanitaria razionali e, si spera, eque.

La scheda epidemiologica che è alla base del flusso informativo OSI rappresenta il supporto cartaceo per la raccolta dei dati socio-demografici e sanitari relativi ai pazienti immigrati afferenti alle strutture ambulatoriali (tavola 1 e 2). È stata concepita come set minimo di informazioni, nella cui definizione ha pesato l'esigenza di non gravare eccessivamente sugli operatori in fase di raccolta e archiviazione dei dati, così da aumentare la sostenibilità del sistema nella pratica. La scheda OSI non è una cartella clinica, ma uno strumento di rilevazione che ha finalità epidemiologiche. Presso l'ambulatorio Oikos si è deciso di integrare al scheda OSI nell'ambito di una più ampia cartella clinica cartacea, di modo che essa potesse allo stesso tempo servire da raccolta dati per il progetto OSI ed essere utilizzata come contenitore della storia clinica del paziente (diario delle singole viste, raccolta delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche). La scheda OSI si compone di tre parti distinte. Nella prima vengono riportate le principali informazioni socio-demografiche, che includono i dati anagrafici (cognome e nome, data di nascita, sesso, Paese di nascita, cittadinanza, livello di istruzione), la data di arrivo in Italia, lo status giuridico, la situazione lavorativa e abitativa. Viene anche riportato il giudizio dell'intervistatore in merito al grado di conoscenza della lingua italiana dimostrato dal paziente straniero. Segue poi una sezione dedicata ai percorsi assistenziali, con particolare riferimento ai motivi della mancata iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e a eventuali precedenti contatti con strutture sanitarie in Italia. La

rilevazione di quest'ultimo dato è stata prevista al fine di calcolare l'intervallo di benessere dell'immigrato, ossia il tempo che intercorre tra la data del suo arrivo in Italia e l'insorgenza di patologie che necessitano di accesso ai servizi sanitari. La terza sezione della scheda riporta i dati clinici salienti emersi nel corso della visita medica: data, motivo della visita, diagnosi principale, eventuali diagnosi secondarie, esito della visita ed eventuale invio ad altra struttura sanitaria. Un aspetto su cui vale la pena di soffermarsi riguarda la strutturazione logica che è stata pensata per la rilevazione dei dati sanitari e che la scheda ripropone nella successione degli items: una strutturazione "a grappolo". La scheda rileva informazioni relative ai singoli accessi: ciascun accesso corrisponde a un contatto con la struttura per motivi sanitari. I diversi accessi vengono via via organizzati in grappoli, ciascuno dei quali fa riferimento al medesimo problema/determinante clinico e include il primo contatto per quel problema e gli eventuali controlli successivi. Questo tipo di struttura permette di ricostruire in modo semplice e rapido la storia clinica dei pazienti e il loro percorso diagnostico-terapeutico all'interno della struttura ambulatoriale. La data del primo contatto, riportata per ciascuna visita di controllo, rappresenta l'informazione chiave che permette di ricostruire a posteriori l'intero arco assistenziale dei pazienti. Inoltre, la connotazione clinica dei diversi grappoli avviene sulla base della diagnosi definitiva riportata sull'ultimo controllo del ciclo di accessi o, in assenza di questa, sulla base del sospetto diagnostico formulato al momento del primo contatto. La cartella utilizzata presso l'ambulatorio Oikos contiene, come già accennato, anche una sezione che si configura come una vera e propria raccolta della storia clinica del paziente in modalità discorsiva: in essa il medico fa una sintesi di ogni visita eseguita (anamnesi, obiettività, eventuali prescrizioni diagnostiche e terapeutiche).

Il software per l'archiviazione dei dati raccolti attraverso la scheda epidemiologica è stato progettato con la duplice funzione di automatizzare il flusso informativo e permettere a ogni struttura di gestire e analizzare in proprio l'archivio informatizzato. Il software risponde anche all'esigenza di agevolare il lavoro di compilazione della scheda epidemiologica. A tal fine sono state implementate alcune funzioni per guidare i compilatori attraverso le diverse sezioni e facilitare così l'archiviazione dei dati: ad esempio, l'utilizzo dei menu a tendina dinamici come elemento di interfaccia rapido per le domande a risposta chiusa, l'interdizione automatica dei campi non applicabili, la possibilità di un "help on line". È stata inoltre prevista una guida rapida alla scelta dei codici ICD-9-CM (versione italiana 2002) per le diagnosi principali e secondarie. Per garantire l'omogeneità delle informazioni raccolte, il software dispone di procedure per il controllo della coerenza dei dati. Prevede inoltre la possibilità di esportare i file nel rispetto delle norme sulla privacy. È stato, infine, sviluppato un modulo per l'elaborazione di alcune semplici statistiche descrittive, in modo da permettere

a ciascun centro di analizzare i propri dati in itinere e produrre una reportistica con informazioni salienti sull'attività svolta.

Casistica: dati generali

La revisione della casistica qui presentata riguarda il periodo di due anni compreso tra Luglio 2007 ad Giugno 2009. In tale periodo presso l'ambulatorio Oikos di Bergamo per cittadini bob iscrivibili al Sistema Sanitario Nazionale sono state eseguite 5184 visite ad un totale di 2831 pazienti.

Genere

I dati raccolti evidenziano una chiara preponderanza tra i pazienti dell'ambulatorio del genere femminile. Le donne rappresentano il 62% della consultazioni, mentre gli uomini il 38%. Questo dato si discosta significativamente dalle distribuzioni che i generi hanno nella popolazione generale immigrata regolare in provincia di Bergamo. I dati Istat rilevano ad inizio 2008 una ripartizione che vede gli uomini al 55,3% e le donne al 44,7% (tavola D). Tale discrepanza può avere vari ordini di ragioni. In primo luogo bisogna ricordare che la popolazione dell'ambulatorio, che è costituita di immigrati privi di permesso di soggiorno, ha una distribuzione demografica differente dalla popolazione immigrata regolare a cui fanno riferimento i dati Istat. Inoltre circa metà dei pazienti dell'ambulatorio è di origine sudamericana ed per questa area di provenienza anche i dati Istat riferiti alla popolazione regolare riportano una preponderanza del genere femminile (donne 63,6% uomini 36,4%).

E' interessante notare come la preponderanza del genere femminile si sia mantenuta, ed anzi consolidata di alcuni punti percentuali tra il 2005 (59% contro 41%), anno in cui è stato deciso di interrompere la attività specialistica ginecologica, ed il 2009 (62% contro 38%). Questo dato può essere interpretato con una crescita della popolazione boliviana, in forte prevalenza femminile, ma può altresì essere letto come una tendenza alla stabilizzazione della presenza femminile (sia sul versante delle famiglie ricongiunte, sia su quello delle cosiddette "badanti") che, come è ben noto nell'ambito della medicina generale, è solitamente portatrice di una domanda di salute quantitativamente e qualitativamente maggiore rispetto a quella maschile.

Età

Le età più rappresentate sono quelle dell'attività lavorativa. Tra 0 e 17 anni si trovano il 9,7% degli utenti, tra 18 e 39 il 52%, tra 39 e 59 il 28%, mentre sopra i 60 anni solo l'11% (tabella 2). Questi dati confermano che la larghissima maggioranza dell'utenza dell'ambulatorio è concentrata nella fasce di età lavorative come la popolazione immigrata in generale. La

proporzione di minori (9,7%) è invece inferiore alla percentuale che questa categoria ha nella popolazione immigrata generale (circa 20%)¹⁴. Questo fenomeno potrebbe riflettere un discreto accesso dei minori, anche non regolari, alle cure pediatriche formalmente garantite dalla legge o, più probabilmente, una minore presenza di minori tra la sottopopolazione di immigrati irregolari. Come è noto infatti capita spesso la coppie di cittadini stranieri aspettino di raggiungere una certa stabilità giuridica e lavorativa prima di fare figli.

Paese di nascita e cittadinanza

Vale qui la pena richiamare la già citata differenziazione fatta dalle fonti ufficiali tra immigrato e straniero. Stranieri sono i cittadini che non possiedono la cittadinanza italiana. Immigrati sono invece i cittadini che al momento della nascita avvenuta all'estero non erano cittadini italiani. Sono pertanto considerati immigrati gli stranieri che hanno acquisito la cittadinanza italiana, pur risultando cittadini italiani, mentre non sono considerati immigrati, pur essendo stranieri, i bambini nati in Italia da genitori stranieri.

Questa sottolineatura ci aiuta ad interpretare il primo dato che colpisce analizzando i dati relativi al paese di nascita (grafico 3 e tabella 1) ed a quello di cui gli utenti dell'ambulatorio sono cittadini (grafico 5 e tabella 2): il 3% degli pazienti è nata in paese della vecchia Unione Europea a 15 membri (di fatto l'ex Europa Occidentale), ma nessuno ne possiede la cittadinanza. Questo dato è il chiaro risultato della permanenza nella giurisdizione italiana dello *jus sanguinis* in base al quale i figli di cittadini stranieri nati in Italia non acquisiscono la cittadinanza del paese di nascita, come prevederebbe invece lo *jus soli*.

Un'altra specifica necessaria riguarda la classificazione per aree geografiche in particolare rispetto all'Unione Europea. Essendo stato realizzato nel 2002 il software OSI risente del non ancora avvenuto allargamento dell'Unione Europea; per questo motivo l'area "unione europea dei 15" comprende Belgio, Francia, Italia, Lussemburgo, Germania, Paesi Bassi, Danimarca, Irlanda, Regno Unito, Grecia, Spagna, Portogallo, Austria, Finlandia, Svezia, mentre l'area "paesi allargamento unione europea" comprende i paesi entrati nel 2004 nella U.E.: Repubblica Ceca, Cipro, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Slovacchia, Slovenia. Sono infine ancora inserite nell'area "europa centro-orientale" la Bulgaria, Romania che sono entrate nell'Unione nel 2007.

L'analisi dell'area geografica di provenienza mostra al primo posto gli utenti di cittadinanza latino americana (52%), seguiti quelli di provenienza africana (12% dall'Africa settentrionale, 17% dall'Africa Occidentale ed 1% dall'Africa centro-meridionale, per un totale del 30%) e quindi dall'Europa centro-orientale (14%). Con percentuali molto basse seguono l'Asia

¹⁴ Caritas/Migrantes (a cura di), *Immigrazione, Dossier statistico 2008*, XVIII

centro-meridionale (3%) e l'Asia orientale (1%) (grafica 5 e tabella 2). In termini assoluti la nazionalità più rappresentate, tra i 2828 utenti, sono: Bolivia (1329), Marocco (293), Senegal (225), Nigeria (160), Ucraina (160), Albania (70), Romania (62), Pakistan (46), Ghana (44), Perù (41), India (39), Moldavia (33) (tabella 2). Questa distribuzione si discosta fortemente da quella della popolazione immigrata regolare che, secondo i dati Istat per il 2008, vede, in provincia di Bergamo, i cittadini del continente africano al 39,7%, quelli dell'Unione Europea e Europa centro-orientale al 37,6%, quelli di origine asiatica al 13,8% e quelli di origine dal continente americano all'8,9% (tabella B). Questa discrepanza potrebbe avere due principali ragioni. La prima, di ordine geografico, è connessa alla accessibilità all'ambulatorio che è favorevole a persone che vivono in città o nell'hinterland. I cittadini boliviani si concentrano quasi unicamente in città e quindi il loro accesso è molto agevole, al contrario di quanto accade per i cittadini originari del sud-est asiatico che risiedono principalmente nelle campagne della zona sud-est della provincia, impiegati in lavori agricoli; per essi raggiungere l'ambulatorio risulta essere molto difficoltoso. Una seconda ragione, di ordine giuridico, spiega la contenuta presenza tra gli utenti di cittadini dell'Europa dell'Est. Con l'entrata prima della Polonia e degli altri paesi dell'allargamento del 2004 nell'Unione Europea e poi con quella di Romania e Bulgaria nel 2007, è diventato più facile per i cittadini di questi paesi emergere da una situazione di irregolarità giuridica e quindi avere accesso alla iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale: se per i cittadini extracomunitari irregolari l'unico modo per avere un permesso di soggiorno è rientrare nelle esigue quote dei decreti flussi, per i cittadini comunitari – che possono soggiornare liberamente in Italia per un periodo di tre mesi – è sufficiente trovare un lavoro regolare, anche di poche ore, per avere i requisiti necessari per l'iscrizione anagrafica e quindi per il soggiorno in piena regolarità e con la possibilità di usufruire dei servizi. Questa interpretazione sembrerebbe essere confermata da un mio lavoro di alcuni anni fa¹⁵ che analizzava la casistica dell'ambulatorio anteriore al 2004, e quindi all'entrata dei paesi dell'Est Europa nella U.E. In esso risultava come l'utenza proveniente dall'Europa Orientale fosse in termini assoluti più alta di quanto non lo sia oggi, e come in termini relativi rappresentasse una percentuale delle utenze dell'ambulatorio più alta di quanto i cittadini di quelle nazionalità fossero rappresentati nella popolazione immigrata regolare. Infine vi potrebbe essere anche una terza ragione, di ordine culturale, è cioè la maggiore affinità ai nostri sistemi di cura istituzionali dei sistemi sanitari del continente sudamericano, rispetto a quelli dell'Africa, in particolare Sub-Sahariana, e dell'Asia Orientale, dove i sistemi di cura tradizionale mantengono una presenza parallela forte nei confronti della biomedicina

¹⁵ Andrea Pendezzini, *Il fenomeno migratorio a Bergamo. L'esperienza dell'ambulatorio Oikos dei Bergamo per cittadini immigrati*. Tesi del Corso di perfezionamento in Medicina Tropicale e Salute Internazionale dell'Università di Brescia. A.A. 2005/2006

occidentale.

Permesso di soggiorno e iscrizione al SSN

Tra gli utenti dell'ambulatorio 2633 erano senza permesso di soggiorno, 12 avevano un permesso di soggiorno per lavoro, 7 per ricongiungimenti familiare, 3 per motivi di studio, 13 per asilo politico, 1 per cure mediche, 1 per motivi religiosi, 25 avevano un visto turistico, 31 erano in attesa del rinnovo del permesso di soggiorno, 20 avevano un permesso di soggiorno scaduto e non rinnovato e 26 si trovavano in altre situazioni giuridiche (tabella 3).

Il fatto che il 95% dei nostri utenti sia privo di permesso di soggiorno è legato alla natura stessa dell'ambulatorio, che si dà per obiettivo proprio quello di fornire assistenza sanitaria di prima livello a persone non iscrivibili al Sistema Sanitario Nazionale, che di fatto, semplificando, sono i cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno. D'altra parte è interessante notare come, nonostante la chiarezza della mission dell'ambulatorio, esiste pur sempre un 5% degli utenti che vi accede anche se non rientra nella tipologia di persone non iscrivibili al Sistema Sanitario. Con tali persone il personale di segreteria svolge dei colloqui informativi sui diritti di cui sono titolari, è cioè l'iscrizione al SSN per i titolari di permesso di soggiorno lavoro, ricongiungimento familiare ed asilo politico e per chi si trova nelle more del rinnovo o del primo rilascio del permesso di soggiorno, l'iscrizione facoltativa al SSN per titolari di permesso di soggiorno per studio e per motivi religiosi; non hanno invece diritto all'iscrizione al SSN i titolari di permesso di soggiorni per cure mediche ed i titolari di visto turistico.

Del resto il fatto che solo un numero molto contenuto di cittadini stranieri aventi diritto alla iscrizione al Servizio Sanitari Nazionale si rivolga al nostro ambulatorio, se confrontato alcune casistiche locali, sembra indicare la buona riuscita del progetto svolta dalla Azienda Sanitaria Locale tra il 2002 ed il 2004 volto a stimolare l'iscrizione al SSR dei cittadini extracomuniari aventi diritto. I motivi per cui tale iscrizione non avveniva, ed in alcuni casi non avviene, sembrano essere di ordine informativo (non conoscenza di un diritto), culturale (diverse visioni ed aspettative rispetto ai sistemi sanitari) ed anche sociale (frequenti spostamenti di abitazione e lavorativi che rendono difficili i rapporti con gli uffici amministrativi).

Per quanto riguarda l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, gli utenti risultano per il 99,5% non iscritti e per lo 0,5% iscritti. Anche questo dato conferma che l'accesso all'ambulatorio è in larga maggioranza rappresentato da immigrati non aventi diritto all'iscrizione al SSN (tabella 4).

Istruzione, situazione abitativa, conoscenza della lingua ed occupazione

La scolarità dichiarata dagli utenti Oikos mostra un dato interessante: il 22% degli utenti sono laureati (studio per più di 14 anni), il 50% diplomati o comunque hanno studiato dagli 8 ai 14 anni, il 28% ha una istruzione da 0 a 8 anni (grafico 4). Questi dati sono spostati verso un livello di istruzione alto rispetto alla popolazione immigrata generale in provincia di Bergamo¹⁶ (12% laureati, 40% diplomati, 37 istruzione primaria, 10,1% nessun titolo) (tavola M). Questo dati potrebbero essere interpretati come un indicatore della maggiore accessibilità all'ambulatorio da parte di cittadini immigrati con un maggior bagaglio culturale; ma questa spiegazione non risulta essere del tutto soddisfacente.

I dati sulla situazione abitativa sono i seguenti: l'11% degli utenti vive solo, il 31% con altri connazionali, l'1% presso un centro di accoglienza, il 44% con la famiglia, il 13% con il datore di lavoro. Questo quadro se confrontato con la situazione in cui si trova la popolazione immigrata generale¹⁷, mostra una con una più accentuata presenza di persone che vivono con il datore di lavoro (13% contro il 5,1%) e che vivono con altri connazionali (31% contro il 15,7%). Ciò a conferma della precarietà più accentuata degli immigrati privi di permesso di soggiorno che si vedono costretti, per ragioni soprattutto economiche ma anche giuridiche, a vivere con altre persone, spesso in case affollate, o con il datore di lavoro, come assistenti domiciliari di persone anziane. In ogni caso il fatto che ben il 44% degli utenti dichiarati di vivere con la famiglia, dimostra che in un contesto ricco e con discreta offerta lavorativa, anche se "in nero", come è Bergamo, anche per chi è privo di permessi di soggiorno non è preclusa la strada per una certa stabilità familiare ed abitativa.

Per quanto riguarda la lingua il 55% degli utenti ha una buona conoscenza della lingua italiana, il 29% scarsa ed il 16% nulla (grafico 8). Rispetto ai dati dell'utenza dell'ambulatorio precedente al 2005¹⁸ risulta evidente come la presenza di utenti con una buona conoscenza dell'italiano sia aumentato. Tale fenomeno è senza dubbio legato al forte aumento tra l'utenza di cittadini boliviani, che ormai costituiscono la metà dei pazienti, i quali parlando la spagnolo sono molto facilitati nell'apprendimento dell'italiano.

Sul versante dell'occupazione, infine, la situazione si presenta molto frastagliata (grafico 6). L'1% degli utenti svolge una attività commerciale, un altro 1% l'attività di ambulante, il 19% lavora nell'assistenza degli anziani, l'1% rispettivamente nella ristorazione, nell'agricoltura e

¹⁶ Dati elaborati da Osservatorio Regionale sull'immigrazione e la multietnicità

¹⁷ Dati elaborati da Osservatorio Regionale sull'immigrazione e la multietnicità

¹⁸ Andrea Pendezzini, *Il fenomeno migratorio a Bergamo. L'esperienza dell'ambulatorio Oikos dei Bergamo per cittadini immigrati*. Tesi del Corso di perfezionamento in Medicina Tropicale e Salute Internazionale dell'Università di Brescia. A.A. 2005/2006

nell'artigianato, il 36% degli utenti dichiara di non avere alcuna occupazione, il 17% fa lavori domestici e il 2% è impiegato come baby-sitter; l'edilizia raccoglie i 6% dell'utenza, mentre l'industria e lo studio entrambe il 2%. L'1% dei pazienti si dichiara casalinga ed infine il 10% dichiara di fare altro. Nel complesso le professioni di cura e gestione della casa (assistenza anziani, lavori domestici e baby-sitter) si collocano al primo posto con il 38%. Una percentuale significativa (6%) è rivestita dall'attività edilizia, particolarmente fiorente in tutta la provincia. All'interno del 36% di utenti che si dichiara non occupato è verosimile pensare che vi siano non poche persone che in realtà svolgono lavori saltuari in nero, che hanno preferito non dichiarare nemmeno in un contesto protetto come è l'ambulatorio Oikos. E' in ogni caso evidente che la condizione di irregolarità giuridica blocca l'accesso a posizioni lavorative molto richieste a Bergamo e dintorni, come l'industria e il commercio, che rispettivamente occupano solo il 2% e l'1% dei pazienti dell'ambulatorio, mentre la fanno da padrone tra i cittadini immigrati regolari. Più probabilmente, in realtà, molti cittadini irregolari lavorano ugualmente in tali settori, ma in nero.

Intervallo di benessere

L'intervallo di benessere dell'immigrato è un indicatore che segnala il tempo che intercorre tra la data del suo arrivo in Italia e l'insorgenza di patologie che necessitano di accesso ai servizi sanitari. E' possibile calcolarlo perché la scheda di rilevazione del software OSI raccoglie dati sia sull'arrivo in Italia, sia su eventuali precedenti contatti con strutture sanitarie precedenti all'arrivo in ambulatorio. Il 14% dei pazienti contatta un servizio sanitario entro i 3 mesi dall'arrivo in Italia; il 23% tra i 4 ed i 12 mesi, il 20% tra 1 e 2 anni ed, infine, il 43% oltre i due anni (grafico 9). Il dato più significativo è certamente il fatto che quasi la metà degli utenti trascorre oltre due anni senza alcuna contatto con il sistema sanitario; questo è sicuramente connesso al ben noto "effetto migrante sano", che però come abbiamo già detto tende negli ultimi anni ad attenuarsi, per l'intensificarsi dei ricongiungimenti familiari di persona anche in età avanzata e per l'invecchiamento delle persone immigrate della prima ora in Italia. Esistono al contrario alcuni casi, seppur rari a Bergamo che presenta un numero scarso di rifugiati e richiedenti asilo, di persone che hanno immediatamente bisogno di assistenza medica dopo l'arrivo in Italia. In questi soggetti spesso sono evidenti i segni che il drammatico viaggio che hanno intrapreso, attraverso il deserto ed il mare, ha lasciato sui loro corpi.

Diagnosi

Le diagnosi codificate al termine di ogni visita, secondo i criteri ICD9-CM sono le seguenti;

malattie infettive e parassitarie (6%), tumori (1%), malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari (3%), malattie del sangue e degli organi emopoietici (2%), disturbi psichici (2%), malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (7%), malattie del sistema circolatorio (4%), malattie del sistema respiratorio (9%), malattie del sistema digerente (12%), malattie dell'apparato genitourinario (10%), complicazione della gravidanza, del parto, del puerperio (1%), malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (5%), malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo (11%), sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (9%), traumatismi ed avvelenamenti (3%), classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso alle strutture sanitarie (15%) (grafico 12). In definitiva la casistica dell'ambulatorio Oikos risulta largamente sovrapponibile a quella raccolta, con lo stesso software OSI, nell'ambito di una sperimentazione multicentrica avvenuta il 2004 ed il 2005 in 17 strutture ambulatoriali (3 in Lombardia, 4 in Veneto, 6 nelle Marche, 1 nel Lazio e 3 in Sicilia)¹⁹.

Una analisi ragionata delle diagnosi raccolte in base alla classificazione ICD9-CM presso l'ambulatorio Oikos necessita di alcune specificazioni. In primo luogo all'interno della categoria "classificazione supplementare dei fattori che influenzano la salute ed il ricorso alle strutture sanitarie" sono comprese tutte le misure preventive (mammografie, pap test, screening per malattie sessualmente trasmesse), le gravidanze (e quindi i casi di Interruzione Volontaria di Gravidanza, che non vengono classificati direttamente, dal momento che una donna che manifesta la volontà di avvalersi della legge 194/98 viene da noi inviata alle strutture consultoriali), i controlli generali di salute; nella codifica "malattie dell'apparato genitourinario" sono poi presenti la maggior parte delle patologie che in senso lato intendiamo di tipo ginecologico (gravidanze, prescrizione di misure contraccettive). In considerazione di queste osservazioni ed estrapolando i dati dal database del software OSI le problematiche riconducibili alla sfera ginecologica sono il 12%.

In secondo luogo nelle codifiche "malattie dell'apparato gastroenterico", "malattie dell'apparato nervoso", "malattie dell'apparato osteomuscolare" sono classificate molte problematiche dell'adattamento ad un nuovo contesto di vita, patologie funzionali, somatizzazioni. Proprio su quest'ultima problematica un interessante studio realizzato presso il poliambulatorio della Caritas di Roma ha dimostrato come la prevalenza di somatizzazioni sia molto elevata tra gli immigrati afferenti alla struttura (38,87%). Come fattori di rischio venivano indicati il sesso femminile, la condizione coniugale, la crisi del progetto migratorio *"Queste evidenze dovrebbero spingere ad una attenta valutazione degli aspetti psicologici e*

¹⁹ Il Progetto OSI, Sperimentazione di un sistema informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati. ASP Lazio Monografia, 2006

sociali già durante l'attività di medicina generale. Infatti l'alta percentuale di somatizzazione riscontrata apre il problema della corretta diagnosi e gestione clinica dei soggetti con questi disturbi. E' infatti noto come la cronicizzazione e la iatrogenia siano conseguenze di terapie inappropriate in sindromi da somatizzazione non riconosciute, mentre un corretto inquadramento può aprire la strada alla collaborazione tra medico di medicina generale ed operatori della salute mentale. Ciò sia per la possibilità di terapie farmacologiche diverse, sia per l'importanza che va attribuita al rapporto medico paziente, da usare come strumento per approfondire le problematiche del soggetto e gradualmente spostare la sua attenzione dalle preoccupazioni per il corpo ai problemi di adattamento alle situazioni vitali che li sottendono, sia infine per l'inserimento di casi selezionati in un progetto psicoterapeutico”²⁰.

Infine nella codifica "malattie dell'apparato osteomuscolare" vi sono molte problematiche ortopediche e traumatologiche che hanno a che vedere con la dimensione lavorativa degli utenti. Questo dato non può non richiamare l'attenzione del clinico a porre attenzione nella sua attività quotidiana non solo per ipotesi eziopatologiche di ordine biologico, ma anche alle cosiddette determinanti distali di malattia, cioè cause indirette di ordine economico, sociale e politico.

Da tutte queste osservazioni possiamo dedurre due considerazioni di fondo. La prima riguarda il profilo epidemiologico dei pazienti che risulta per ampi tratti sovrapponibile a quello di un normale ambulatorio di medicina generale; gli immigrati si ammalano in Italia di comuni malattie che riguardano la popolazione generale. In secondo luogo è obiettivamente da sottolineare che esistono alcune aree cliniche maggiormente interessate nella popolazione immigrata, come abbiamo visto per ragioni demografiche, socio-economiche e culturali: l'area materno-infantile e della salute riproduttiva, l'area dei problemi dell'adattamento ad un nuovo contesto di vita e del disagio psico-sociale, l'area delle malattie legate alla dimensione del lavoro, l'area delle malattie infettive (limitata numericamente, ma pur presente). Queste aree costituiscono i punti critici sui quali quei servizi che vogliono farsi carico della sfida della salute in una società multiculturale e pluralista, dovranno sperimentare pensiero critico e pratiche concrete.

Esito della visita

Su 5184 visite effettuate, 178 si sono concluse con un invio ad una struttura territoriale, e tra di esse la fanno da padrone i consultori con il 73% (grafico 11), 1281 con una prevista visita di controllo, 19 con invio diretto al pronto soccorso, 31 con richieste di ricovero, 939 con richiesta di visita specialistica, 692 con richiesta di esami strumentali ed, infine, 955 con la

²⁰Tarsitani et al., *Un disagio nascosto: le somatizzazioni negli immigrati*. Studi Emigrazione/Migration Studies, XLII, n.157, 2005

richiesta di esami di laboratorio (grafico 10). Questi dati evidenziano come la richieste di indagini di secondo livello (esami ematici, strumentale e visite specialistiche) siano, in un contesto di medicina generale, discretamente contenute. Certo i singoli dati si possono cumulare e quindi sarebbe scorretto dire che solo 1 utente su 5 è inviato per accertamenti di vario tipo in ospedale, come si potrebbe evincere da una non corretta lettura dei dati. Possiamo però affermare con un ragionevole margine di certezza che oltre la metà degli utenti dell'ambulatorio hanno un problema risolvibile in un contesto di medicina generale.

2.4 Alcuni progetti: screening malattie sessualmente trasmesse e Pap-test

Screening MST in donna vittime della tratta

Questo lavoro nasce all'interno di un progetto di ricerca-azione promosso dall'ambulatorio Oikos onlus in collaborazione con La Melarancia onlus, associazione di aiuto per donne vittime della tratta, ed il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Bergamo. Ha tre ordini di obiettivi: sanitari, educativo-relazionali ed istituzionali.

Gli obiettivi sanitari sono quelli di quantificare la presenza di MTS in una popolazione a rischio e di vaccinare contro l'HBV quelle donne che fossero risultate suscettibili. L'obiettivo educativo-relazionale è quello di creare un momento di contatto lontano dalla strada, dove poter dare spazio a richieste, esigenze, racconti da parte delle donne. L'obiettivo istituzionale è quello di consolidare un rapporto di collaborazione tra realtà del privato sociale ed istituzioni sanitarie che sia chiaramente orientato ad una sempre maggiore presa in carico dei bisogni socio-sanitari di una popolazione a rischio da parte delle istituzioni competenti, nell'ambito del quadro normativo vigente, il quale spesso vede dei significativi deficit applicativi da parte delle strutture istituzionalmente preposte.

Dal punto di vista della metodologia alle donne contattate in strada nell'ambito dell'attività de La Melarancia è stato regolarmente proposto di sottoporsi a screening MTS per HIV, HBV (HBsAg e ABsAb), HCV e sifilide (TPPA, VDRL). Gli esami venivano eseguiti presso il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL ed in seguito supervisionati da un medico dell'ambulatorio Oikos. Nei casi di positività per le patologie in questione la paziente veniva riferita verso strutture specialistiche, in caso di negatività si invitava la donna a ripetere il test dopo 6 mesi. Nel caso specifico di pazienti HbsAg- ed HBsAb-, esse venivano inviate presso

il Dipartimento di Prevenzione per l'esecuzione della vaccinazione per HBV che in base alla normativa vigente spetta di diritto e gratuitamente ad alcune categorie di popolazione a rischio, tra le quali quella in oggetto al progetto.

I risultati dei primi due anni sono i seguenti. Sono state sottoposte allo screening 157 donne. Le difficili condizioni di vita di tali persone hanno condizionato il numero di esecuzioni dei test: a differenza del suggerimento di eseguire il test ogni 6 mesi, nel corso dei due anni hanno eseguito il test 1 volta 108 donne, 2 volte 32 donne, 3 volte 10 donne, 4 volte 4 donne, 5 volte 3 donne. Mediamente ogni donna ha eseguito 1,48 volte i test previsti. Abbiamo riscontrato 2 casi di HIV (1,27%), 4 di HBsAg+ (2,55%), 2 di AntiHCV+ (1,27%) e 3 casi di sifilide latente (1,91%). Le uniche due nazionalità con numeri di soggetti rappresentativi erano quella nigeriana (119 persone) e quella rumena (32 persone). Nella donne nigeriane abbiamo registrato 2 casi di HIV (1,68%), 2 di HBsAg+ (1,68%), 2 di AntiHCV+ (1,68%) e 1 caso di sifilide (0,84%). Nella donne rumene abbiamo registrato 1 caso di HBsAg+ (3,12%) e 2 casi di sifilide (6,25%). Un altro dato significativo da riportare è la percentuale di HBsAb+: tra il Marzo ed il Dicembre 2007 tra le 88 donne trovate HBsAg-, 21 erano anche HBsAb+, mentre 67 erano HBsAb-. Alle fine dei 2 anni su 157 donne contattate 49 donne avevano eseguito il vaccino per l'epatite B, 19 per intero mentre le altre lo dovranno terminare nei prossimi mesi (tabella 5 e 6).

Da questi dati possiamo ricavare alcune considerazioni. Il quadro epidemiologico riguardante HIV ed MTS in donne prostitute della provincia di Bergamo non allarmante. Per quanto riguarda l'HIV i numeri riscontrati si avvicinano a quelle tra le casistiche italiane che stimano una prevalenza più bassa. Per quanto riguarda la sifilide, pur con tutti i limiti legati alla limitatezza del campione, sembra confermarsi una presenza importante tra le donne provenienti dall'est Europa. I colloqui (tra donna, medico e educatrice professionale) svoltisi in corrispondenza della supervisione dello screening MST hanno rappresentato da un lato un interessante esperimento clinico di medicina narrativa e dall'altro un momento nel quale dare spazio a dubbi, richieste, propositi per il futuro da parte della donna. La collaborazione tra due realtà del privato sociale ed una istituzione sanitaria come la Azienda Sanitaria Locale ha permesso di consolidare una pratica nella quale pubblico e privato si integrano in una prospettiva di sussidiarietà: il privato sociale svolge il suo ruolo peculiare di "operatività a bassa soglia" senza però chiudersi in pratiche autoreferenziali, ma al contrario si concepisce in un rapporto dialettico con l'istituzione e la spinge sempre più a farsi carico di quei campi che le spettano per mandato normativo.

Progetto Nabruka per la promozione del Pap Test e lo studio dell'mRNA HPV

Si tratta di un progetto di ricerca-azione per la promozione del Pap test in donne escluse dei programmi di screening e per lo studio della metodica dell'RNA molecolare del Papilloma virus. Il progetto è nato dalla collaborazione tra Istituto di Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Bergamo, l'associazione Oikos e la Lega Italiana Lotta contro i Tumori (LILT).

Background e razionale. Il carcinoma della cervice è il tumore maligno ginecologico più frequente al mondo e la seconda forma tumorale maligna nella donna; la sua incidenza stimata è di circa 500.000 casi all'anno. Esistono differenze drammatiche tra paesi in cui esiste un'attenta assistenza sanitaria e programmi di screening con Pap test e alcuni paesi dell'America latina, della zona Caraibica e dell'Africa dove il carcinoma della cervice è la più comune causa di morte per cancro nella donna. E' ampiamente condivisa l'ipotesi che l'incidenza del carcinoma cervicale sia correlata all'attività sessuale e in particolare all'età dei primi rapporti, a partners multipli, a storie di infezioni veneree. Negli Stati Uniti, donne a basso livello socio-economico Ispaniche o afroamericane hanno maggiore incidenza di malattia: i tassi di incidenza sono stimati in 8,1/100.000 nuovi casi all'anno per le donne bianche, 11/100.000 nelle afroamericane e 14,4/100.000 nelle ispaniche. In Italia i dati dei registri tumori dal 1998 al 2002 dimostrano che ogni anno sono stati diagnosticati 3500 nuovi casi di carcinoma della cervice; l'incidenza è di 10 casi per 100.000; più di 1000 donne muoiono ogni anno in Italia per questa patologia. Nel corso della vita il rischio di avere una diagnosi di carcinoma della cervice è del 6,2 per 1000 (1 caso ogni 163 donne) mentre il rischio di morire è di 0,8 per 1000. Sia l'incidenza che la mortalità tendono a diminuire nel tempo. Considerati i tempi lunghi per la progressione verso il carcinoma, acquistano grande importanza i programmi di screening che consentono di identificare lesioni precancerose e di intervenire prima che evolvano in carcinoma. Nel corso degli ultimi anni i flussi migratori hanno determinato una maggiore presenza di donne migranti nel nostro paese, per motivi lavorativi e per ricongiungimento familiare. La presenza di migranti irregolari rende difficile impostare programmi sanitari adeguati. Meritevoli istituzioni pubbliche e private cercano di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute degli stranieri temporaneamente residenti. Particolare attenzione deve essere posta alla prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie sessualmente trasmesse e alla diagnosi delle patologie HPV correlate. Attualmente i programmi di screening sono fondati sul Pap test associato o meno al test molecolare per la rivelazione di HPV e del suo genotipo. L'adozione di metodiche di screening dotate di un elevato valore predittivo positivo può rappresentare un elemento importante per identificare rapidamente le pazienti con patologia evolutiva e sottoporle all'esame colposcopico e alla terapia. Recenti meta-analisi hanno dimostrato che l'accuratezza del Pap test varia

notevolmente con valori di sensibilità tra il 30 e l'87%²¹. Vista l'elevata incidenza di Pap test falsi-negativi e il suo impatto sulla salute pubblica, si sono attivati importanti studi che hanno dimostrato che il test molecolare per HPV DNA ha maggiore sensibilità del Pap Test nel rilevare la neoplasia cervicale intraepiteliale²². Questa lesione si sviluppa con la necessaria presenza di genotipi ad alto rischio di HPV (HR-HPV), ma l'espressione degli oncogeni E6-E7 di HPV è necessaria per il mantenimento del genoma virale, la proliferazione cellulare e la progressione tumorale della malattia²³. Pertanto determinare la presenza di E6/E7 mRNA di HR-HPV potrebbe servire a identificare le pazienti effettivamente a rischio di sviluppare il tumore.

Obiettivi. Negli ultimi anni i flussi migratori hanno determinato l'aumento di donne che per motivi di lavoro o ricongiungimento familiare hanno raggiunto il nostro paese. L'elevata incidenza di migranti "irregolari" rende problematico impostare programmi assistenziali e di screening adeguati. L'attuale progetto di studio si prefigge lo scopo di offrire un programma di screening per patologie HPV-correlate a donne escluse dai programmi tradizionali temporaneamente residenti nella provincia di Bergamo e valutare l'eventuale maggiore valore predittivo positivo per queste patologie del test E6/E7 HPVmRNA rispetto al Pap test e al test HPV DNA.

Metodi. L'analisi molecolare consta di due test: HPV DNA mediante Hybrid Capture assay e HPVmRNA mediante NucliSENSE assay. Alla luce dei risultati ottenuti le donne potranno essere invitate a ripetere l'esame dopo tre anni, dopo un anno oppure essere sottoposte ad indagine colposcopica e eventuale terapia. In particolare si valuterà l'impatto del test HPVmRNA sul percorso diagnostico, al fine di stabilire se tale test potrà, in futuro, essere inserito da solo o affiancato a HPV DNA nella pratica clinica.

Risultati clinici. Se saranno diagnosticate lesioni squamose o ghiandolari lo staff medico di OIKOS fornirà informazioni e sostegno per potere ottenere presso centri specializzati ulteriori controlli e terapie. Possono partecipare al progetto tutte le donne con più di venti anni che si recano all'ambulatorio OIKOS e dopo aver firmato il modulo di consenso informato. Al momento del prelievo i dati anagrafici della donna vengono trasformati in un codice personale che le garantirà il totale anonimato. Il referto citologico accompagnato o no da quello molecolare è disponibile dopo tre settimane. Ogni donna potrà accedere al pap-test nell'ambito del progetto Nabruka una sola volta. Una delle finalità è infatti quella di

²¹ Naucler P, Ryd W, Tornberg S et al. *Human Papillomavirus and Papanicolaou tests to screen cervical cancer.* N Engl J Med 2007; 357: 1579-1588;

²² Mayrand MH, Duarte Franco E, Rodrigues I et al. *Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou screening test for cervical cancer.* N Engl J Med 2007; 357: 1579-1588

²³ Bosch FX, Lorinc A, Munoz N et al. *The casual relation between human papilloma virus and cervical cancer.* J Clin Pathol 2002; 55:244-265

educazione sanitaria; il personale medico e non medico dell'ambulatorio inviterà tutte le donne coinvolte nel progetto ad eseguire in futuro un Pap test ogni 3 anni come screening individuale.

2.4 Sospesi tra pubblico e privato sociale

Dall'assistenza all'advocacy

Ad un osservatore esterno, la natura dell'associazione Oikos onlus potrebbe sembrare alquanto strana. Infatti gli obiettivi e le pratiche che essa si è data nel tempo spingono nella direzione di una auspicata chiusura della sua attività principale, cioè l'ambulatorio. Ciò potrebbe apparire un paradosso, ma è al contrario coerente con il principio statutario che impegna a *“promuovere una cultura che riconosce nella salute un diritto primario di chiunque.”*

Quando nacque l'ambulatorio, nel 1994, non esisteva una legge organica che regolasse l'accesso alle cure mediche per i cittadini stranieri. Risultava quindi naturale creare una struttura medica a bassa soglia che provasse, con tutti i suoi limiti, a dare alcune risposte ai bisogni sanitari di persone che non sapevano dove rivolgersi.

Con la chiara definizione del diritto alla salute per gli immigrati sia regolari che irregolari avvenuta nel con il Decreto Legislativo 286 del 1998, le cose sono cambiate. Le istituzioni pubbliche hanno ricevuto il mandato normativo di farsi carico della cura di queste persone, con modalità che le includessero nei percorsi di salute del Servizio Sanitario Nazionale. Anche per i cittadini stranieri non iscrivibili al SSN, perché non in possesso dei requisiti, erano – e sono – previste cure non solo urgenti ma anche essenziali e continuative presso strutture ambulatoriali ed ospedaliere pubbliche e private convenzionate. In seguito a questa evoluzione normativa anche la mission dell'associazione Oikos non poteva che ridefinirsi: non più farsi carico in toto dei bisogni sanitari degli utenti, ma orientarli verso i più corretti percorsi di salute, informandoli sui propri diritti, sull'organizzazione dei servizi pubblici, delle modalità di accesso. Dall'altro lato divenne fondamentale stimolare le istituzioni ed i servizi perché applicassero fino in fondo la nuova legislazione, favorendo l'accesso alle cure anche di chi non poteva usufruire del canale ottimale dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale. Tutto questo è in parte avvenuto ed oggi, oltre che per i cittadini immigrati regolari iscritti al SSN, anche per coloro che sono privi di permesso di soggiorno esiste una assistenza

sanitaria di buon livello. Ciò risponde al dettato costituzionale per cui la salute è sia un diritto di ogni individuo (e non solo cittadino italiano dunque), sia un interesse della collettività in termini di sanità pubblica.

Esistevano ed esistono però ancora molti punti problematici sui quali l'associazione Oikos ha operato e continua ad operare. Infatti, sebbene il diritto di accedere ad alle cure sia sancito dalla legge, molto spesso le pratiche amministrative ed organizzative ne danno attuazione solo in parte. Di frequente la scarsa conoscenza della normativa e delle procedure di implementazione della stessa, da parte del personale sanitario ed amministrativo, rendono difficili i percorsi di salute dei cittadini stranieri non iscritti al Sistema Sanitario Nazionale; a volte, purtroppo, li vanificano. Ad oggi sebbene per queste persone sia garantito l'accesso alle strutture di primo livello come consultori, centri vaccinali, servizi di salute mentale e per le tossico-dipendenze e di secondo livello come i pronti soccorsi e, tramite questi ultimi, le cure specialistiche, capita spesso che immotivate resistenze da parte del personale amministrativo (sovente dovute solo ad una scarsa conoscenza delle normative), falle nell'implementazione di alcune pratiche burocratiche (come la possibilità di usufruire dell'esenzione per patologia), barriere linguistico-culturale tra il paziente ed il personale clinico, l'assenza di un riferimento clinico per i complessi percorsi di salute come è quello del medico di medicina generale, rischiano di vanificare la possibilità ad avere cure dignitose per chi ne ha bisogno.

E' proprio dentro questa divaricazione tra il diritto formale, sancito dalla legge, e la sua concreta applicazione che si colloca il lavoro odierno dell'associazione Oikos. In questo nuovo contesto con la presenza di una legge chiara ed includente, riveste un ruolo centrale l'attività di advocacy, cioè l'uso strategico di informazioni e altre risorse per orientare decisioni politiche ed istituzionali e comportamenti collettivi ed individuali allo scopo di migliorare la salute di una fetta di popolazione.

L'ambulatorio che vuole chiudere

Questo ruolo di stimolo nei confronti delle istituzioni e dei singoli operatori dei servizi sanitari trova la sua base operativa negli interstizi lasciati sguarniti dal sistema pubblico di cura. Oikos continua a mantenere operativo l'ambulatorio medico, limitato però alla sola medicina generale, che, come abbiamo detto, risulta essere l'unico servizio non direttamente erogato dal sistema sanitario. Se in altre regioni sono stati infatti attivati ambulatori di primo livello, chiamati ambulatori STP (straniero temporaneamente presente), all'interno di strutture territoriali ed ospedaliere pubbliche, oppure sono stati convenzionati ambulatori del privato sociale presenti sul territorio, in Lombardia solo recentemente sono state date indicazioni in questo senso, nella nota della Direzione Generale Sanità della Regione del 3 Febbraio 2009,

che però non trovano ancora una diretta a applicazione.

L'ambulatorio di medicina generale promosso dall'associazione svolge da una lato la funzione di venire incontro ad un bisogno reale dei pazienti ed dall'altro lato di essere una realtà visibile e riconosciuta, sia dai singoli operatori sanitari operanti nel pubblico, sia dai vertici delle istituzioni sanitarie locali, che costantemente cerca di interfacciarsi con i servizi per rendere più agevole l'accesso dei cittadini non iscritti al sistema sanitario e per rivendicare una sempre maggiore presa in carico da parte delle strutture pubbliche dei bisogni sanitari degli stranieri "temporaneamente presenti". Tra questi anche quello della medicina generale, che nella realtà territoriale lombarda non è assunto dal sistema pubblico; risulta chiaro che nell'eventualità di una reale presa in carico istituzionale, verrebbero a mancare le ragioni per la apertura dell'ambulatorio di primo livello e l'associazione Oikos potrebbe concentrarsi più proficuamente su altri fronti.

Parallelamente a tutto questo, alcuni membri dell'associazione partecipano a numerosi reti territoriali composte da realtà del terzo settore che lavorano nell'ambito dell'immigrazione, cercando di promuovere una visione articolata delle politiche dell'integrazione, che tenta di creare un circolo virtuoso tra istanze di tipo solidaristico ed visioni più prettamente politiche orientate alla rivendicazione dei diritti.

Proprio qui sta la peculiarità e l'originalità della azione che l'associazione ha sviluppato in questi anni e cioè il praticare una serie variegata di attività, con un filo conduttore comune nel tentativo di far coesistere istanze di tipo solidaristico, tipiche del mondo del privato sociale, con istanze di ordine universalistico, di matrice più strettamente politica. Cercando costantemente di evitare le chiusure autoreferenziali di cui spesso sono vittima queste due visioni se praticate con accenti unilaterali ed, al contrario, favorendo la maturazione della consapevolezza di come ogni approccio riduzionista al problema della cura nella società multietnica e pluralista sia destinato al fallimento.

In particolare questa consapevolezza di trovarsi sospesi nel mezzo tra la dimensione dell'aiuto e quella della rivendicazione, tra il pubblico ed il privato, tra il diritto e la solidarietà, ha fatto crescere in alcuni volontari dell'associazione la coscienza della complessità del ruolo che ricoprono, spingendoli ad analizzare in profondità, sia a livello individuale che di gruppo, le ragioni e le aspettative del proprio impegno nell'associazione.

Sussidiarietà

La associazione Oikos ed i suoi operatori cercano di valorizzare le caratteristiche di una realtà del privato sociale, e cioè la prossimità con i luoghi in cui si manifestano i bisogni, la velocità e la libertà di azione, l'inserimento in una rete territoriale di soggetti sociali che, nella costante

interazione reciproca, sono capaci di trovare soluzioni a problemi anche molto complessi. Tutto questo però con la consapevolezza che per quanto riguarda alcuni servizi, come per esempio quelli sanitari in senso stretto, è necessaria la presenza di strutture pubbliche di natura universalistica che abbiano la capacità, per dimensioni e risorse, di garantire l'erogazione delle prestazioni con una distribuzione spaziale e temporale, estesa e soprattutto continua nel tempo. Per quanto riguarda l'assistenza a cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno, le realtà del privato sociale possono giocare un ruolo importante in termini informativi, di orientamento, di promozione di pratiche cliniche che tengano conto della dimensione trans-culturale, eventualmente di intervento clinico in situazioni di emergenza, ma soprattutto di advocacy nei confronti di un Sistema Sanitario Nazionale che, solo, ha le professionalità e le dimensioni per una presa in carico complessiva dei bisogni sanitari di una persona.

Potremmo dire che questo posizionamento dell'attività dell'associazione si ispira al principio della sussidiarietà. Esso è, prima ancora che un principio organizzativo del potere, un principio antropologico che esprime una concezione globale dell'uomo e della società, in virtù del quale fulcro dell'ordinamento giuridico è la persona umana, intesa sia come individuo che come legame relazionale. Tale principio emerge inizialmente, seppur indirettamente, nel pensiero di Aristotele (rapporto tra governo e libertà), di Tommaso d'Aquino e di Johannes Althusius, ma viene espressamente enunciato solo nel corso del XIX secolo. Una prima definizione compiuta deriva infatti dalla dottrina sociale della chiesa, della quale costituisce uno dei fondamenti: di esso si trova un primo abbozzo già nell'enciclica *Rerum Novarum* (1891) di Papa Leone XIII, ma la formulazione più esplicita di questo principio si trova nell'enciclica *Quadragesimo Anno* (1931) di Pio XI: *“Come è illecito togliere agli individui ciò che essi possono compiere con le loro forze e l'industria propria per affidarlo alla comunità, così è ingiusto rimettere ad una maggiore e più alta società quello che dalle minori ed inferiori comunità si può fare [...] perché l'oggetto naturale di qualsiasi intervento nella società stessa è quello di aiutare in maniera suppletiva (subsidium) le membra del corpo sociale, non già di distruggerle e assorbirle”*. E quindi: *“È necessario che l'autorità suprema dello Stato rimetta ad assemblee minori ed inferiori il disbrigo degli affari e delle cure di minore importanza in modo che esso possa eseguire con più libertà, con più forza ed efficacia le parti che a lei sola spettano [...] di direzione, di vigilanza, di incitamento, di repressione, a seconda dei casi e delle necessità”*. Anche successivamente la chiesa cattolica promuoverà questo principio, sottolineando soprattutto il ruolo della famiglia e dei corpi intermedi in tutti i settori della società. Nel frattempo il principio si afferma progressivamente anche all'interno della scienza giuridica, all'interno della quale l'espressione "principio di sussidiarietà"

possiede un valore polisemantico a seconda del ramo in cui viene utilizzato.

Nel diritto viene indicato come quel principio sociale e giuridico che stabilisce che l'intervento degli organi dello Stato (lo Stato stesso, Regioni, Province e Comuni), sia nei confronti dei cittadini sia degli enti e suddivisioni amministrative ad esso sottostanti, debba essere attuato esclusivamente come sussidio (aiuto) nel caso in cui il cittadino o l'entità sottostante sia impossibilitata ad agire per conto proprio. Detto in altri termini il principio di sussidiarietà stabilisce che i servizi dovrebbero essere erogati dall'entità territoriale amministrativa più vicina ai cittadini, e che può essere delegata ai livelli amministrativi territoriali superiori solo se questi possono rendere il servizio in maniera più efficace ed efficiente. Precipuo dei livelli più sintetici, in particolare dello stato, risulta essere il ruolo di definizione dei principi generali e di organizzazione delle condizioni per la loro attuazione. Si parla di sussidiarietà verticale quando i bisogni dei cittadini sono soddisfatti dall'azione degli enti amministrativi pubblici, e di sussidiarietà orizzontale quando tali bisogni sono soddisfatti dai cittadini stessi, magari in forma associata e volontaristica. Il principio di sussidiarietà è stato recepito nell'ordinamento italiano con le modifiche in senso federalista apportate nel 2001 al Titolo V della Carta Costituzionale, che prevedono tra l'altro lo spostamento di alcune competenze dallo stato centrale alle amministrazioni regionali, come per esempio quella della salute.

Ecco quindi che una struttura del privato sociale, come l'associazione Oikos, che ha sviluppato una visione matura del proprio ruolo, si posiziona in una relazione dialettica con le istituzioni: sa cosa è in grado di fare con competenza, passione e professionalità e sa quando è necessario che intervenga un livello dell'organizzazione sociale e politica di ordine superiore. Non tutto il mondo del terzo settore, purtroppo, ha raggiunto questo grado di maturità e sovente si chiude in pratiche autoreferenziali che rischiano di rendere il sistema meno razionale ed, in ultima analisi, danneggiano l'utente, cioè la persona che esprime un bisogno.

2.5 Gli orizzonti del prendersi cura tra mediazione, conflitto e consenso

Fino ad ora abbiamo visto quali sono le attività dell'ambulatorio Oikos, quali obiettivi di fondo si pone nella sua attività clinica, progettuale e nelle relazioni con l'esterno, che siano con enti del privato sociale o istituzioni pubbliche. In questo paragrafo vedremo con quali

modalità vengono gestite le relazioni sia interne all'ambulatorio tra operatori, sia all'esterno con i mezzi di comunicazione, le associazioni del terzo settore e le istituzioni.

All'interno dell'associazione: metodo del consenso, regole consuetudinarie, regole scritte

L'associazione Oikos è una onlus regolarmente registrata presso il registro regionale del volontariato; ha uno statuto che definisce gli obiettivi, le modalità di adesione e gli organi decisionali ed esecutivi. Gli organismi dell'associazione sono la assemblea degli aderenti, che riveste un ruolo politico di indirizzo, il consiglio direttivo, con funzione esecutiva, ed il presidente, che ha un ruolo di rappresentanza, esecutivo e legale.

A fronte di questa articolazione formale, operativamente la gestione delle decisioni è fatta nell'ambito della mensile riunione del consiglio direttivo, allargata a tutti i soci ed i volontari non soci. In questa sede si discute liberamente delle attività in corso e future, decidendo come procedere operativamente e quali priorità darsi. Il tutto restando dentro il solco tracciato della linee programmatiche generali che annualmente vengono decise dall'assemblea dei soci. In entrambi questi luoghi decisionali il metodo adottato è molto simile a quello cosiddetto “*del consenso*”. Il metodo del consenso o processo decisionale consensuale, è un processo decisionale di gruppo, che ha come obiettivo quello di pervenire ad una decisione consensuale, cioè che non sia solo l'espressione dell'accordo tra la maggioranza dei partecipanti, ma che integri nella decisione anche le obiezioni della minoranza. Il consenso è di solito definito sia come l'accordo generalizzato su una decisione che il processo per arrivare a tale accordo. Il metodo del consenso è il processo per pervenire al consenso. Sebbene non sia di uso comune rispetto ad altri processi decisionali, come ad esempio quello basato sulla [maggioranza](#) in uso nelle assemblee legislative parlamentari, il metodo del consenso è utilizzato da una grande varietà di gruppi nel mondo. Usano o hanno usato il metodo del consenso, confessioni religiose come i [Quaccheri](#), organismi economici come i [Polder](#) olandesi, entità storiche come la [Lega Anseatica](#), organizzazioni [anarchiche](#) come [Food Not Bombs](#) e vari [Infoshops](#), molte [organizzazioni non governative](#) e persino intere nazioni come la [Nazione Irochese](#) dei nativi americani.

Anche se è indubbio che nell'ambito della discussione in assemblea sovente possono prevalere le posizioni di chi ha una personalità più assertiva ed un maggiore carisma, è pur vero che la scelta di una modalità decisionale piuttosto che un'altra gioca il suo peso, e laddove – come nell'associazione Oikos - è esplicitamente adottato il metodo del consenso, peraltro praticato in assemblee aperte non solo ai soci dell'associazione ma a tutti i volontari, i

processi decisionali risultano essere tendenzialmente partecipati, condivisi e sostenuti. D'altro canto sarebbe difficile fare diversamente in una associazione di puro volontariato che si trova però a confrontarsi ogni giorno con una attività non facile, a contatto con la sofferenza degli utenti e con i limiti del sistema istituzionale, dove gli operatori sono costantemente sotto pressione e che quindi per andare avanti hanno necessità di una forte identificazione con l'associazione, i suoi obiettivi, il suo stile.

Negli ultimi tre anni solo in due casi non si è riusciti ad utilizzare fruttuosamente il metodo del consenso. In un caso perché un medico, non percependo come importante la dimensione associativa, agiva individualmente sia all'interno dell'ambulatorio, non rispettando le regole consuetudinarie sedimentate nel tempo e le prassi operative codificate per iscritto ed in uso nell'attività clinica quotidiana, sia all'esterno presentandosi ad enti terzi come rappresentate dell'associazione, quando non lo era, esprimendo valutazioni e proposte anche differenti da quelle maturate dentro l'associazione. Per regolare situazioni come questa si è arrivati ad elaborare un Contratto Sociale dell'Associazione che racchiudesse principi identitari e regole di comportamento che tutte le persone che frequentano l'associazione (e non solo i soci che già condividono lo statuto) devono sottoscrivere. Tale documento contiene peraltro alcuni passaggi significativi, tra i quali quello in cui si chiarisce che *“l'impegno di Oikos non si colloca nell'ambito delle “buone azioni”, ma in quello del “lavorare per la giustizia”, per rendere effettivamente riconosciuto e garantito un diritto”*; e quello in cui si afferma che il volontario o il socio *“riconosce e rispetta le diverse motivazioni, le diverse competenze e i diversi livelli di impegno che portano ciascun membro a collaborare con l'associazione; riconosce l'importanza, la parità e l'integrazione dei ruoli all'interno del servizio”*.

Il secondo caso problematico è stato quello in cui più chiaramente non si è riusciti ad utilizzare il metodo del consenso, ma al contrario, si è votato a maggioranza. Si è trattato di un momento in cui è stata messa in discussione la scelta condivisa di non fare attività specialistica presso l'ambulatorio. Questa scelta, come abbiamo detto, è legata ad un rapporto dialettico con la controparte istituzionale, che si vuole spingere ad assumere le proprie responsabilità. Quando si presentò la possibilità di avere un specialista ginecologo presso l'ambulatorio, alcuni operatori insistettero perché potesse svolgere la sua attività in deroga alla regola che era stata stabilita di non eseguire attività specialistica. La maggioranza del gruppo sostenne che fosse giusto mantenere la posizione di principio stabilità e che solo così si era potuta avere la coerenza e la chiarezza che avevano portato, per esempio, nell'interlocuzione con la Azienda Sanitaria Locale, all'aumento delle ore di ginecologia presso i consultori familiari pubblici. Dall'altro lato si sosteneva che nonostante gli apprezzabili sforzi ed i piccoli risultati ottenuti dalla mediazione che le strutture sanitarie,

restava il fatto che per gli utenti si verificavano comunque lunghe attese per ottenere anche solo una visita e che quindi avere un ginecologo in ambulatorio avrebbe contribuito a risolvere concretamente un problema. Pur nella comunanza degli ideali di fondo, in quell'episodio emergeva una differenziazione, nelle ragioni dell'attività di volontariato presso ambulatorio, tra una impostazione di tipo strettamente solidaristica ed una più di tipo politico, legata al lavoro per l'esigibilità dei diritti degli stranieri privi di permesso di soggiorno. Purtroppo, nonostante lunghe discussioni non si riuscì ad arrivare ad una decisione condivisa, ed in conseguenza di ciò alcuni operatori decisero di abbandonare l'attività di ambulatorio o di non partecipare più ai momenti decisionali dell'associazione; mentre altri ancora pur non condividendo le scelte della maggioranza, relativizzarono il loro dissenso al punto da non valutarlo così importante da pregiudicare l'attività presso l'associazione e l'ambulatorio.

Questa vicenda ha segnato sicuramente un passaggio critico perché ha mostrato da un lato che il metodo del consenso possa essere messo in crisi se prevale la volontà di affermare senza possibilità di mediazione un punto di vista; dall'altro lato è servita a evidenziare ancora una volta come la situazione in cui operano i volontari dell'associazione sia molto stressante, perché costantemente esposta a situazioni nelle quali non si riesce a dare una risposta soddisfacente alle domande, anche drammatiche, poste dagli utenti.

Anche per queste ragioni è stato progettato per il prossimo autunno, in collaborazione con una psicoterapeuta esperta, un corso di formazione eterocentrato, cioè non un gruppo di terapia ma un gruppo che lavora insieme partendo dall'analisi delle problematiche che si presentano all'ambulatorio; ciascun membro del gruppo porterà a turno un caso, che per lui ha costituito motivo di preoccupazione, di ansia o di incertezza), sul quale tutto il gruppo è chiamato a discutere. L'intervento di formazione si prefigge di ridurre l'ansia che gli interventi su problematiche così complesse sollevano; si potrà alleviare la sensazione d'essere soli davanti ad un problema e aiutare nell'accettare la frustrazione di un lavoro che è per sua natura parziale e a volte lascia insoddisfatto sia l'operatore che l'utente; ridurre lo stress di operatori che temono di svolgere un lavoro non sufficientemente utile o di essere schiacciati dall'emergenza o dover proporre invii lasciando per certi versi l'utente allo sbaraglio; incrementare il senso di gratificazione del proprio lavoro perché confrontandosi con gli altri si può vedere la propria funzione come utile se non indispensabile perché contribuisce alla buona riuscita dell'intervento complessivo e cercare un equilibrio tra vicinanza e distanza dall'utente. Il metodo è quello del lavoro di gruppo. Il gruppo è la risorsa fondamentale che consente di cogliere nel problema, posto correttamente, una possibile via d'uscita; di vedere di una situazione più sfaccettature che possono rendere il problema più affrontabile; di

individuare insieme strumenti o modalità condivise per accogliere le richieste o meglio indirizzarle. L'intervento dello psicologo è teso a favorire la comunicazione nel gruppo, allenando le persone all'ascolto reciproco e alla comprensione del punto di vista dell'altro e valorizzare le proprie emozioni, individuando nel proprio disagio una fonte di informazione e una possibilità di chiarire, attraverso la recezione empatica, quali sono i bisogni dell'altro distinguendoli dai propri.

All'esterno dell'associazione: conoscenza, dialogo, rivendicazione

Per quanto riguarda le relazioni verso l'esterno vengono normalmente utilizzati i metodi del dialogo e del confronto, riservando le pratiche conflittuali ad estrema ratio.

Con la stampa l'associazione Oikos ha sempre avuto un buon rapporto comparando regolarmente sulle testate locali per informare sulle attività svolte, segnalare risultati e problematicità. Per un certo periodo l'associazione ha curato una parte di rubrica contenuta nell'insero "Bergamondo" del maggiore quotidiano della città; essa era strutturata con spazio informativo sui servizi presenti sul territorio per cittadini immigrati ed anche come luogo dove rispondere a domande, anche le più svariate, poste dai lettori, inerenti al mondo dell'immigrazione.

Nei confronti delle istituzioni pubbliche il comportamento oscilla tra le ragioni del dialogo e quelle della rivendicazione. Naturalmente il dialogo e la conoscenza reciproca sono alla base, non solo utilitaristica ma anche umana, per favorire il buon funzionamento di una rete di servizi alla persona complessi di cui fanno parte strutture pubbliche, del privato sociale, di volontariato. Con grande fatica l'associazione ha cercato negli anni di far conoscere la propria esistenza, i propri obiettivi, le proprie possibilità ed i propri limiti a tutti quei servizi con i quali inevitabilmente si deve avere un contatto nel seguire i percorsi di salute degli utenti. È stato quindi diffuso materiale informativo, si è partecipato a riunioni, corsi di formazione insieme ad operatori di servizi pubblici. Dall'altro lato è stato sempre cercato un contatto con i vertici della Aziende Sanitarie ed Ospedaliere per andare a porre in termini più generali il problema della presa in carico della medicina generale per pazienti non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale. Questa dialettica è stata gestita nella consapevolezza dell'inevitabile processualità della sua natura, non pretendendo risultati impossibili nell'immediato, ma cercando di creare alleanze, di sedimentare consensi tra gli operatori dei servizi pubblici, mostrando ai vertici aziendali come in altri contesti locali l'erogazione della medicina generale tramite ambulatori STP territoriali ed ospedalieri o attraverso il convenzionamento

del privato sociale, abbia portato risultati positivi sia in termini di salute individuale, che di salute pubblica, che di razionalizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici, con un conseguente contenimento dei costi. In un congresso organizzato dell'associazione del Dicembre del 2006 dove vennero presentati i modelli organizzativi adottati a Reggio Emilia, a Bolzano e nella vicina Brescia per l'erogazione della medicina generale per pazienti non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale. In quel contesto la presidente dell'associazione si spinse fino a minacciare di chiudere l'ambulatorio, dal momento che perdurava da tempo la difficoltà a visitare tutte le persone che si presentavano nei giorni di apertura e che, aggiungendo a ciò tutti i limiti strutturali di una gruppo di volontariato, risultava chiaro come fosse urgente una disponibilità da parte dell'ente pubblico, peraltro in un contesto legislativo ampiamente garantista sul versante sanitario, anche verso i cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno. La provocazione venne raccolta dal direttore sanitario dell'epoca ed iniziò un percorso di dialogo che portò, come abbiamo visto nel Capitolo 1, ad alcuni importanti risultati, purtroppo in parte messi in discussione in seguito al cambio dei vertici dell'Azienda Sanitaria. Quest'ultima vicenda mostra come l'utilizzo del conflitto possa in alcuni casi essere utile a smuovere una situazione che risulta da tempo bloccata e, d'altro canto, come in assenza di un costante e paziente lavoro di dialogo e mediazione non potranno mai verificarsi né le condizioni per la richiesta di cambiamento, né la possibilità di consolidare i risultati che si ottengono.

Capitolo 3

Oltre la clinica

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come “*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*”. Essa è dunque una condizione che presenta determinanti non solo biologiche, ma anche sociali, culturali, psichiche, esistenziali, giuridiche e politiche e per questa ragione non può essere ridotta al semplice prodotto di un atto medico. L'approccio deterministico e riduttivista della scienza moderna ha certamente portato grandi progressi nella cura di molte patologie, prevalentemente acute, ma a causa della sua natura totalizzante, strettamente legata all'affermarsi del dominio della tecnica, ha distolto lo sguardo dalla complessità delle condizioni di benessere e di sofferenza, riconducendole in un modo o nell'altro ad una chiave esplicativa di ordine biologico. Queste condizioni al contrario si manifestano all'intersezione di una rete di forze che vanno ben al di là del dato scientificamente misurabile e clinicamente classificabile.

Il lavoro a favore di cittadini immigrati si rivela essere, davanti a questa complessità, un luogo di osservazione privilegiato. Spesso i pazienti, che vengono a trovarsi in situazioni di precarietà economica, sociale, psicologica, trovano nella malattia oltre che una disgrazia non voluta, anche una condizione attraverso la quale dare voce alla sofferenza che si portano dentro. E d'altro canto è proprio nelle situazione di marginalità socio-economica, di sofferenza psichica, di esclusione politica che sovente maturano le condizioni che portano una persona ad ammalarsi. Esattamente come avviene, del resto, e questa è un'altra cosa estremamente interessante, per gli italiani. Ecco quindi che la pratica clinica con pazienti stranieri diventa una lente di ingrandimento su dinamiche che riguardano tutti, ma sulle quali si omette di riflettere.

In questo capitolo affronterò alcuni nodi teorici connessi ad una visione non riduzionista della salute, nella profonda convinzione che – così come teoria e prassi sono costitutivamente interconnesse – le mie riflessioni possano essere da stimolo per pratiche quotidiane più consapevoli, se non altro della strutturale ambivalenza che caratterizza noi stessi e le strutture sociali che ogni giorno attraversiamo.

3.1 Lo sguardo filosofico: il sistema istituzionale di cura come possibilità e come pericolo

In Italia, così come in tutti i paesi industrializzati, esistono dei sistemi di cura istituzionali, fortemente consolidati e capillarmente presenti sul territorio. L'accesso dipende dalla tipologia del sistema, che è in relazione con il quadro legislativo e dunque con le caratteristiche sociali e politiche dello stato. L'Italia è dotata di un sistema sanitario pubblico ed universalistico, cioè finanziato con la fiscalità generale, e quindi in base alle possibilità di ognuno, che garantisce l'accesso alle prestazioni sanitarie ad ogni cittadino. Coerentemente con questa impostazione a metà degli anni '90 l'accesso è stato esteso ai cittadini stranieri al di là dello status giuridico. Proprio il carattere universalistico del nostro Sistema Sanitario Nazionale è ciò che lo ha reso agli occhi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità il secondo migliore al mondo, in una classifica stilata nel 2000²⁴. Questo sistema garantisce l'accesso a cure di buona qualità per tutta la popolazione, in base al contributo di ciascuno, in una prospettiva solidaristica intra ed intergenerazionale. Tutto ciò risulta essere coerente con la Carta Costituzionale che all'articolo 32 recita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti [...]”*. Ecco quindi che i padri costituenti collocarono la tutela della salute come diritto non solo del *cittadino italiano*, ma di ogni *individuo* presente sul territorio nazionale. Credo che il miglior commento a questo articolo lo si possa trovare all'interno di un discorso alla Costituente tenuto da Piero Calamandrei il 31 gennaio 1947: *“...è un errore formulare gli articoli della Costituzione con lo sguardo fisso agli eventi vicini, agli eventi appassionanti, alle amarezze, agli urti, alle preoccupazioni elettorali dell'immediato avvenire [...]. La Costituzione deve essere presbite, deve vedere lontano, non essere miope.”* Un sistema sanitario pubblico ed universalistico risulta oggi essere una garanzia fondamentale per dare sostanza a quell'eguaglianza giuridica tra le persone, che troppo spesso nella realtà resta solo sulla carta.

Parallelamente a queste valutazioni sul nostro sistema sanitario se ne possono fare anche altre, influenzate dal pensiero critico di molti autori, tra cui Micheal Foucault ed Ivan Illich, che, nella loro radicalità, arrivano a mettere in discussione non tanto il bisogno di cure in sé, quanto la cornice istituzionale dentro la quale, nella società moderna occidentale, tale bisogno sembra dover necessariamente trovare risposta.

Gli antichi greci possedevano un unico vocabolo, “pharmakon”, per indicare il medicamento

²⁴ World Health Organization (WHO), *World Health Report 2000*

che guarisce, così come il veleno che uccide. Nella loro mai più eguagliata saggezza, essi ci avvertivano della strutturale ambivalenza di ogni atto medico: nel momento stesso in cui cura, la medicina può uccidere. Non solo e non tanto materialmente, quanto simbolicamente: essa può espropriare l'uomo della potestà sul proprio corpo, della capacità di decidere cosa significhi star bene e cosa significhi star male. E' questo il prezzo da pagare per una vita lunga e libera dalla malattia? Michel Foucault osserverà che, con la nascita delle istituzioni nello stato moderno, si realizza un passaggio dalla pratica della sovranità del "lasciar vivere e far morire" a quella biopolitica del "far vivere e lasciar morire"²⁵. Le istituzioni sanitarie giocheranno un ruolo centrale in quel "far vivere": sarà sempre meno il singolo soggetto e sempre più l'istituzione medica a decidere chi è sano e che è malato, chi normale e chi anormale, chi deve sottoporsi a terapie e chi no. Nel nome della nuda vita, il soggetto sofferente sarà lentamente espropriato della titolarità sulla conoscenza del proprio male. Essa passerà irrimediabilmente al sapere scientifico ed alla pratica clinica presenti nelle istituzioni della cura. Parallelamente allo sviluppo della scienza moderna, ed alla centralità che in essa verrà ad assumere la tecnica, la pratica della medicina andrà sempre più mutuando i metodi dell'analisi quantitativa, dando peso e rilevanza solo a ciò che è misurabile ed, appunto, quantificabile. Questa visione riduzionista e determinista del malessere dell'uomo ha portato ad indubbi risultati: la medicina moderna è oggi capace di curare patologie acute per la quali un tempo si moriva. Ma come gli antichi greci ci ammonivano, ogni medaglia contiene il suo rovescio: vedere solo la dimensione biologica della sofferenza espone a grandi rischi, perché ne maschera le complesse cause che si annidano nelle disuguaglianze socio-economiche, nella discriminazione politica, nei misteriosi labirinti della mente dell'uomo. Questo processo però non può e non deve essere letto come un effetto collaterale della pratica medica: esso fa strutturalmente parte della natura stessa del sistema di cura istituzionale, per come si è andato a formare negli ultimi tre secoli. Ivan Illich scriveva nel 1975: *"...parlerò di iatrogenesi sociale, intendendo con questo termine tutte le menomazioni della salute dovute a quei cambiamenti socio-economici che sono stati resi desiderabili, possibili o necessari dalla forme istituzionale assunta dalla cura della salute"*. Ed ancora: *"la iatrogenesi sociale non è ancora accettata come norma eziologia di stato morboso. Se si ammettesse che la diagnosi spesso serve come mezzo per convertire le lagnanze politiche contro lo stress della crescita in richieste di maggiori terapie che significano solo maggiori quantità dei suoi costosi e stressanti prodotti, il sistema industriale perderebbe una delle sue principali difese. Nello stesso tempo, la consapevolezza della misura in cui la cattiva salute iatrogena è trasmessa politicamente, scuoterebbe le basi del potere medico molto più di qualunque catalogo delle*

²⁵ Michel Foucault, *Nascita della biopolitica*

insufficienze tecniche della medicina”²⁶. Ecco quindi che la dimensione istituzionale della cura deve essere problematizzata. Dal punto di vista del pensiero critico essa appare essere non la soluzione, bensì il problema. E certamente analizzando, per esempio, i sistemi di cura manicomiali, non possiamo non vedere, come ha dimostrato in Italia il superamento di tale istituzione, che i malati che venivano concentrati in quei luoghi erano a tutti gli effetti il prodotto di tale istituzione e delle privazioni a cui essa sottoponeva i suoi utenti, e non il risultato di una malattia che richiedeva necessariamente l'internamento. Ma anche restando nel dominio della clinica medica è interessante analizzare, per esempio, l'approccio delle biomedicina al tumore della prostata. Casistiche autoptiche mostrano l'adenocarcinoma prostatico è presente nel 10% delle indagini autoptiche dei soggetti con età superiore ai 50 anni e nell' 80% delle indagini autoptiche dei soggetti con età superiore agli 80 anni. Queste ultime persone sopra gli 80 anni muoiono nella stragrande maggioranza dei casi per altri motivi. A fronte di questo, l'approccio terapeutico risulta spesso essere molto aggressivo con interventi chirurgici spesso radicali, che possono comportare importanti effetti collaterali in una percentuale di casi molto alta. Ecco che quindi la diagnosi, il chiamare “malattia” una condizione che per alcuni aspetti potrebbe essere sovrapposta con l'invecchiamento, conduce a quella che sempre Ivan Illich chiama iatrogenesi clinica, cioè quelle condizioni cliniche i cui agenti patogeni sono i farmaci, i medici o gli ospedali.

L'ultimo e più grave pericolo che Illich ascrive alla medicina istituzionale è di ordine culturale, e cioè il prosciugare la *”capacità potenziale dell'individuo di far fronte in modo personale ed autonomo alla propria personale debolezza, vulnerabilità e unicità. Questa iatrogenesi culturale non è che l'estremo contraccolpo del progresso sanitario e consiste nella paralisi di ogni sana capacità di reazione alla sofferenza, all'invalidità, alla morte. Essa avviene quando si accetta una gestione della salute ricalcata sul modello ingegneristico, quando ci si sforza di produrre, come se fosse una merce, una certa cosa chiamata salute migliore”*. Come non ritrovarsi in queste parole quando si lavora in prima linea in servizi clinici nei quali ogni giorno si è a contatto con persone che accedono ad una visita con il fine di parlare di situazioni che poco hanno a che fare con una patologia organica, ma che più spesso riguardano le responsabilità, i dubbi, le lacerazioni che da sempre caratterizzano il ruolo di padre, di madre o semplicemente di persona con degli affetti, dei dubbi, delle incertezze. Medicalizzare queste condizioni potrebbe essere considerato semplicemente una ingenuità paternalistica, ma al contrario risulta essere un meccanismo subdolo attraverso cui il sistema biomedico istituzionale lentamente prosciuga la capacità di prendere delle decisioni

davanti alla naturale tragicità della vicende quotidiane. Nel nome di una vita più lunga e senza dolore, all'uomo viene sottratta parte la sua stessa umanità: la coscienza del limite, della propria finitezza, la consapevolezza della propria ambivalenza, la cognizione del dolore, la conoscenza della morte.

3.2 Lo sguardo antropologico: dall'incontro con l'altro rimettere in discussione i presupposti epistemologici della pratica medica

In Italia sono presenti cittadini stranieri di oltre 150 nazionalità differenti, portatori di lingue e di culture anche molto lontane dalla nostra. Le rappresentazioni di che cos'è la salute e di che cos'è la malattia all'interno di orizzonti di riferimento così lontani, è un elemento da tenere in grande considerazione sia nella pratica clinica, che nella progettazione sanitaria. Esse infatti possono discostarsi molto dalla nostra.

Il processo fondamentale di ogni presa in carico della sofferenza, sia fisica che psichica, da parte dei nostri servizi è l'atto della diagnosi, il processo alla fine del quale si arriva a dare un nome al male che ha colpito una paziente. Ma siamo sicuri che applicando le nostre categorie nosografiche ed interpretative a persone che hanno incorporato universi culturali così differenti dal nostro, saremo in grado di arrivare ad una corretta comprensione dei sintomi e delle richieste di aiuto che ci vengono poste? E' facile per tutti noi vedere come momenti importanti della vita abbiano rappresentazioni anche molto differenti a seconda del contesto di origine del paziente: basti pensare alla gravidanza, alla vecchiaia ed infine alla morte, ed a come esse assumano pesi e significati differenti a seconda della cultura di origine delle persona che le vive, alla sua storia. Al contrario risulta più complicato accettare la vera sfida che ci troviamo ad affrontare nella nostra attività clinica, laddove ci confrontiamo con una sofferenza che parla una lingua e fa riferimento ad orizzonti culturali a volte radicalmente altri dal nostro. Le nostre categorie diagnostiche sono universali ed universalmente applicabili in quanto scientifiche? O sono esse stesse una costruzione culturale, nata in seno ad un contesto specifico, il mondo occidentale, il quale struttura la propria visione del mondo da un lato su un riduzionismo determinista e dall'altro su un razionalismo di tipo cartesiano. La scienza moderna si è sviluppata a partire dal '600 proprio basandosi su questi presupposti. Da un lato una visione deterministica che tende ad interpretare gli eventi attraverso una logica causalistica, ad una causa consegue un effetto, utile da spendere dentro un sistema

sperimentale, ma che strutturalmente semplifica rapporti tra gli oggetti, a maggior ragione se questi oggetti sono parti di un soggetto, l'uomo. Dall'altro lato un razionalismo cartesiano che separa la mente dal corpo, rendendoli due entità distinte, incommensurabili. Certamente ciò è servito agli scienziati per avere la possibilità di studiare sperimentalmente il corpo dell'uomo, cosa che, fino a quando esso rimase sacro non fu possibile, ma contemporaneamente ha precluso la possibilità di comprendere l'uomo nella sua irriducibile unitarietà e complessità. Infine il metodo sperimentale che consentì di comprendere con chiarezza la natura di molti fenomeni fisici e biologici, ma al prezzo di restringere il campo di studio ai soli eventi quantificabili e misurabili. Tutto questo naturalmente non è in sé un male, lo diventa nella misura in cui, con l'affermarsi dell'era della tecnica e delle potenzialità che essa darà alla ricerca empirica, lo sguardo della scienza si impose come l'unico possibile.

La medicina non è esente dalla fascinazione che le potenzialità della scienza e della tecnica hanno creato. Essa troppo spesso si è rinchiusa nel ruolo di disciplina a cui viene affidato un ruolo tecnico ed alla quale non spetta alcuna parola sulle complesse determinanti della salute e della malattia che non siano di ordine biologico e quantificabile. Ma questo ruolo che è stato affidato alla sistema medico e nel quale, del resto, esso stesso ha voluto rinchiudersi, contiene un errore epistemologico tanto semplice quanto tragico nella sue conseguenze: l'uomo sofferente di cui si occupa la pratica clinica non è una macchina, smontabile e rimontabile a piacimento; al contrario esso è un soggetto con la sua storia, le sue relazioni, i suoi posizionamenti dentro il contesto sociale, economico e politico. Il benessere ed il malessere che esso vive sono il risultato di una rete di forze che va ben al di là delle ordinarie eziologie biomediche. Rinchiudersi in una pratica che riconduce qualsiasi tipo di disagio ad una chiave esplicativa unicamente biologica è un rischio molto grave, perchè contribuisce a nascondere le determinanti sociali, economiche e politiche della malattia.

La pratica clinica con pazienti stranieri può suggerire, all'occhio sensibile, l'esistenza di questa complessità; proprio perché in persone con orizzonti simbolici e condizioni di vita materiali differenti dalle nostre, questa complessità può risultare maggiormente evidente. Di fronte a pazienti che narrano la propria sofferenza riferendo di "avere il fuoco dentro" o di "sentire dei vermi rossi dentro l'utero", visitando persone impiegate in lavori pesanti, spesso in nero ed in condizioni di sfruttamento, che presentano problematiche croniche all'apparato osteo-articolare, abbiamo ogni giorno la possibilità di verificare l'impotenza dell'approccio bio-medico che, dopo aver dispiegato il proprio arsenale tecnologico, arriva a concludere che il paziente "non ha niente di grave". Spetta a noi fare un passo in avanti e riscoprire la pratica clinica non solo nella sua dimensione tecnica, ma anche e soprattutto in quella sociale e politica; ed, in fin dei conti, umana.

3.3 Lo sguardo politico: ripensare la cura tra violenza strutturale e medicalizzazione della vita

Una ampia mole di letteratura nell'ambito della sanità pubblica mostra come vi sia una significativa associazione tra condizioni socio-economiche e lavorative disagiate ed il rischio di sviluppare malattia. In particolare su patologie di tipo cardio-vascolare la correlazione assume livelli di significatività incontrovertibili. Gli studi sociologici e sovente, purtroppo, anche la cronaca nera, ci segnalano come le condizioni di vita e di lavoro di molti cittadini stranieri, specialmente nella prima fase di irregolarità che caratterizza nella maggior parte dei casi il percorso di inserimento nella nostra società, siano drammatiche. Lavoratori in nero costretti a lavorare ore ed ore ogni giorno in condizioni durissime, come nell'edilizia e nell'agricoltura, spesso per paghe da fame. Badanti che vivono per anni in una casa che non è la propria per ventiquattr'ore al giorno, lontano dagli affetti e dalle relazioni più care. Donne vittime della tratta e costrette a prostituirsi, che non trovano soluzione migliore alla necessità di convivere con la propria sofferenza che quella di innamorarsi del proprio sfruttatore. L'antropologia medica a tutto ciò attribuisce la definizione di *violenza strutturale*. Cioè quella violenza che per manifestarsi non ha bisogno dell'utilizzo della forza e della repressione, ma che è inscritta nelle dinamiche sociali e politiche che configurano una società dentro la quale il cittadino immigrato non può che vivere in una condizione di subalternità, appunto, strutturale.

Prendersi cura della sofferenza che i pazienti portano dentro i nostri servizi non può non fare i conti con il domandarsi quanta parte di essa abbia le sue radici profonde dentro l'organizzazione sociale ed i processi di sfruttamento nei quali queste persone sono quotidianamente immerse. E' necessario focalizzare l'attenzione sul rischio che ogni processo di medicalizzazione comporta: quello di reificare in "malattia" un disagio che al contrario nasce e si dispiega all'interno della rete di relazioni sociali, economiche e politiche che una società si dà. Il ruolo del medico è certamente quello di prendersi cura, laddove è presente un problema. Ma può risolversi semplicemente nella diagnosi e nella cura, farmacologia o psicoterapica che sia? La deontologia medica tanto quanto il senso civico che ci deriva dall'essere cittadini, ci impongano una pratica della medicina capace allo stesso tempo di curare da un lato e dall'altro di denunciare quelle determinanti culturali, sociali e politiche che contribuiscono a plasmare la malattia per come la percepiamo; rifiutando quindi il ruolo di disciplina che naturalizza in patologia una sofferenza che ha determinanti eterogenee e spesso sfuggenti.

Ogni processo di medicalizzazione, così come potenzialmente può aiutare a risolvere un problema, può degenerare in una eccessiva delega all'istituzione sanitaria della potestà sul proprio corpo, sulla propria vita. E non solo nei momenti tragici in cui ci si trova davanti alla morte o alla sofferenza estrema e si è chiamati a compiere delle scelte. E' nella pratica clinica quotidiana che la medicina rischia di orientare la rappresentazione che le persone hanno di sé e del proprio corpo; di cosa è salute e cosa malattia.

Un ulteriore elemento critico riguarda i cittadini immigrati. Nei paesi industrializzati è la cittadinanza che rappresenta il fondamento per la rivendicazione dei diritti. Conseguentemente, in quanto non cittadini, gli immigrati, ed in particolare quelli irregolari, non esistono come detentori di diritti, salvo nel caso in cui venga messa a rischio la loro esistenza organica. E' in quanto nuda vita, mera esistenza biologica da salvare, che essi possono ricevere il diritto di farsi curare, in alcuni casi di restare sul territorio dello stato ospite. Questi immigrati non hanno diritto in quanto persone, con una loro biografia, una loro famiglia, una storia da raccontare, ma solo in quanto vite da salvare. Quelle stesse "nude vite" che poi saranno utilizzate come braccia da lavoro, senza tanto preoccuparsi dei diritti e del rispetto che spetta ad ogni persona, ad ogni essere umano. Ciò non vuol dire che sia sbagliato curare i cittadini immigrati irregolari, ma che farlo senza porsi in una prospettiva politica in senso alto, che promuova una idea di salute avanzata, necessariamente legata non solo ai sistemi di cura, ma anche a condizioni sociali e politiche di vita, questo sì che sarebbe un tragico errore.

Conclusioni

Il lavoro presso l'associazione Oikos di Bergamo e del suo ambulatorio mi ha consentito di sperimentare una pratica della medicina capace di cogliere le molte sfumature che si nascondono nelle pieghe della sofferenza che le persone portano ad un servizio sanitario. Di fianco al rigore professionale necessario nell'ambito di ogni attività clinica, ho potuto maturare la consapevolezza delle determinanti economiche, sociali e politiche che influenzano la salute dei pazienti. Da questa consapevolezza sono conseguite come naturali una serie di attività di informazione verso gli utenti, di advocacy nei confronti delle istituzioni e della comunità locale, di studio individuale che mi hanno portato fino ad un personale percorso di riflessione critico sulla pratica medica in generale. Problematizzare la dimensione istituzionale della cura, le manifestazioni culturali della sofferenza, la medicalizzazione della vita, l'ingenuità epistemologica di una pratica clinica schiacciata sulla sola chiave di lettura scientifica, mi è servito per avere un sguardo più profondo sul mondo della cura, con le grandi potenzialità di cui è portatore, con i terribili pericoli che può nascondere. Due facce della stessa medaglia, tragicamente non separabili.

In definitiva questo percorso nella medicina delle migrazioni è stato un viaggio dentro le contraddizioni che, come l'uomo e le cose del mondo, riguardano anche la pratica clinica. Vederle può servire ad agire con maggior avvedutezza, consci dei limiti che ci contraddistinguono, che in fondo sono ciò che di più umano vi è nell'uomo.

Tabelle e grafici

Il fenomeno migratorio

Disegno 1 – Stranieri e immigrati

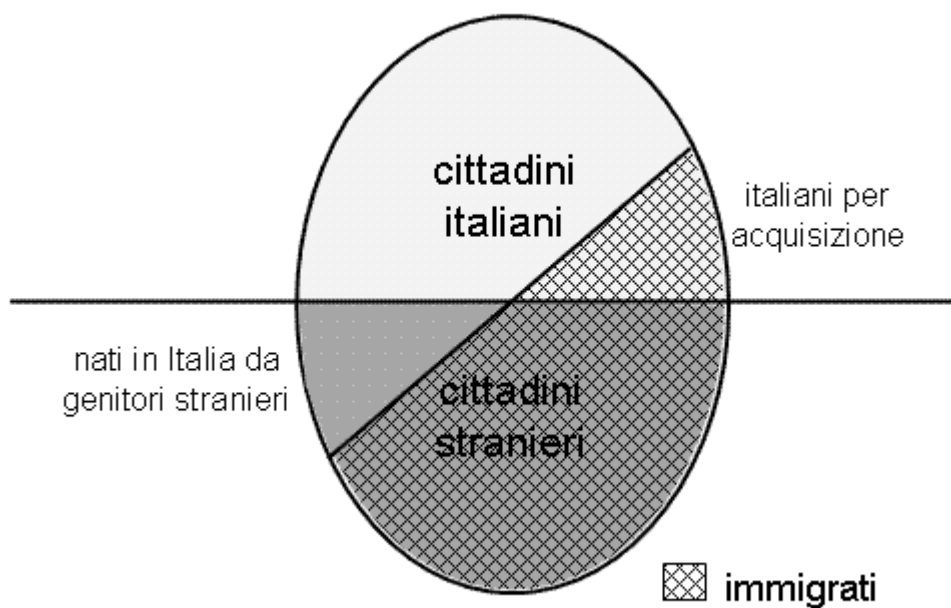


Tabella 0 - Confronto tra spesa sanitaria e finanziamenti per spesa per stranieri (2003)

		SPESA*			FINANZIAMENTO*	SALDO*
		<i>ricoveri</i>	<i>altro</i>	<i>totale</i>		
Iscritti SSN	2200000	780	760	1320	2873**	1354
Irregolari	500000	253	76	329	75***	-254
Totale	2700000	1013	836	1849	2945	1100

* = in milioni i Euro; ** = quota capitarla (da fiscalità generale); *** = fondo Viminale + fondo F.S.N nel 2003

Da comunicazione orale prof. Mapelli (Università di Milano)

Tabella A – Cittadini stranieri residenti nella provincia della Lombardia

Stime dossier Statistico Immigrazione 2008 - Caritas/Migrantes

	residenti		v.a.		% su popolazione		Aum. % 2005/07
	2007	2005	2007	2005	2007	2005	
Bergamo	1.059.593	1.033.848	101.722	71.732	9,6%	6,9%	41,8
Brescia	1.211.617	1.182.337	156.887	120.996	12,9%	10,2%	29,7
Como	578.175	566.853	42.508	30.638	7,4%	5,4%	38,7
Cremona	355.947	348.370	33.028	22.738	9,3%	6,5%	45,3
Lecco	331.607	325.039	23.608	16.039	7,1%	4,9%	47,2
Lodi	219.670	211.986	20.919	13.312	9,5%	6,3%	57,1
Mantova	403.665	393.723	45.847	31.573	11,4%	8,0%	45,2
Milano	3.906.726	3.869.037	414.836	334.681	10,6%	8,7%	23,9
Pavia	530.969	515.636	41.274	24.183	7,8%	4,7%	70,7
Sondrio	181.338	179.767	7.247	5.126	4,0%	2,9%	41,4
Varese	863.099	848.606	65.765	40.041	7,6%	4,7%	64,2
Lombardia	9.642.406	9.475.202	953.641	711.059	9,9%	7,5%	34,1

I dati Dossier stimano in 105.000 gli stranieri che sono stati regolarizzati nel corso del successivo anno (ritardo nella gestione flussi, ricongiungimenti familiari, minori stranieri nati in Italia. A Bergamo sono stati stimati 11.389 stranieri)

Tabella B - Cittadini stranieri residenti per area di provenienza

Dati Istat al 01 gennaio 2008

	2007	%	
Africa Settentrionale	21.254	23,7%	39,7%
Africa Occidentale	13.378	14,9%	
Africa Orientale	785	0,9%	
Africa Centro - Meridionale	146	0,2%	
Europa Est	19.070	21,3%	37,6%
Unione Europea	14.363	16,0%	
Altri paesi Europei	206	0,2%	
America Nord	115	0,1%	8,9%
America Centro - Sud	7.872	8,8%	
Asia	12.307	13,7%	13,8
Oceania	20	0,0%	
Apolidi	6	0,0%	
TOTALE	89.522		

Tabella C - Cittadini stranieri residenti per area di provenienza, variazione 2005 -2007

Dati Istat al 01 gennaio 2008

	2007	2006	2004	
Africa Settentrionale	39,7%	42,8%	47,8%	Diversi Stati, come la Romania e la Bulgaria fanno parte dell'Unione Europea
Africa Occidentale				
Africa Orientale				
Africa Centro - Meridionale				
Europa Est	37,6%	34,6%	30,3%	
Unione Europea				
Altri paesi Europei				
America Nord	8,9%	8,7%	9,1%	
America Centro - Sud				
Asia	13,8%	13,8%	12,7%	
Oceania	0,0%	0,0%	0%	
Apolidi	0,0%	0,0%	0%	

Tabella D - Cittadini stranieri residenti per genere ed area di provenienza

Dati Istat al 01 gennaio 2008

	maschi	femmine	TOTALE	maschi	femmine
Africa Settentrionale	12.933	8.321	21.254	60,8%	39,2%
Africa Occidentale	9.097	4.281	13.378	68,0%	32,0%
Africa Orientale	371	414	785	47,3%	52,7%
Africa Centro - Meridionale	70	76	146	47,9%	52,1%
Europa Est	9.497	9.573	19.070	49,8%	50,2%
Unione Europea	7.129	7.234	14.363	49,6%	50,4%
Altri paesi Europei	93	113	206	45,1%	54,9%
America Nord	44	71	115	38,3%	61,7%
America Centro - Sud	2.869	5.003	7.872	36,4%	63,6%
Asia	7.395	4.912	12.307	60,1%	39,9%
Oceania	10	10	20	50,0%	50,0%
Apolidi	5	1	6	83,3%	16,7%
TOTALE	49.513	40.009	89.522	55,3%	44,7%

In Lombardia le donne sono il 47,8% del totale.

Tabella E - Cittadini stranieri residenti per paese di provenienza

Dati Istat al 01 gennaio 2008

	2007	2006	2004	variazione 2004 - 2007
Marocco	17.163	16.069	13.817	24,2
Albania	10.649	9.684	7.894	34,9
Romania	10.620	6.133	4.465	137,8
Senegal	7.922	7.571	6.901	14,8
India	5.566	4.709	3.189	74,5
Bolivia	3.206	2.339	1.923	66,7
Ucraina	2.497	2.161	1.169	113,6
Pakistan	2.164	1.966	1.269	70,5
Cina	2.160	1.959	1.523	41,8
Egitto	1.923	1.764	1.458	31,9
Tunisia	1.885	1.796	1.560	20,8
Macedonia	1.842	1.311	399	361,7
Ghana	1.592	1.505	1.305	22,0
Serbia-Montenegro	1.407	1.550	2.206	-36,2
Costa d'Avorio	1.396	1.242	1.016	37,4
Ecuador	1.383	1.283	960	44,1
Bosnia-Erzegovina	1.083	1.141	855	26,7
TOTALE	89.522	78.165	60.640	

Tabella F - Cittadini stranieri studenti

Dati Ufficio Scolastico Provinciale

a.s.	studenti totale	studenti immigrati	%
2000/2001	141.467	3.570	2,5%
2003/2004	137.639	8.405	6,1%
2005/2006	155.782	11.845	7,6%
2007/2008	124.692	14.089	11,3%

Proiezione 2008/2009: oltre 16.000 studenti (il 16% in più)

B) PERCORSI ASSISTENZIALI

Iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale si / no

Se No, perché?

- In corso di iscrizione
 Non avente diritto
 Difficoltà amministrativo-burocratiche
 Difficoltà linguistico-culturali
 Mancanza di informazioni
 Altro

Ha avuto precedenti contatti con strutture sanitarie per motivi di salute dopo l'arrivo in Italia? si / no

Se Sì, a quando risale il primo contatto? _____ mm / aaaa

C) DATI SANITARI

Numero cartella clinica _____

Data della visita _____ gg / mm / aaaa

Problema/determinante clinico

- Primo contatto per specifico problema clinico
 Controllo
 Rilascio/rinnovo STP

(per "primo contatto" si intende la prima visita per uno specifico problema clinico e non in assoluto il primo contatto con la struttura; per "controllo" si intende ogni visita successiva a un primo contatto riconducibile al medesimo problema clinico o comunque ad un unico ciclo di cura)

Data del primo contatto (riportare in caso di controllo) _____ gg / mm / aaaa

Diagnosi o sospetto diagnostico principale _____
(descrizione della diagnosi o, in mancanza di essa, del sintomo che ha determinato la visita)

Diagnosi secondarie _____
(descrizione della diagnosi o, in mancanza di essa, del sintomo che ha determinato la visita)

Diagnosi definitiva _____

Esito della visita (è possibile più di una risposta)

- Richiesta di esami laboratorio
 Richiesta di indagini strumentali
 Richiesta di visita specialistica
 Proposta di ricovero
 Invio al pronto soccorso
 Si prevede visita di controllo
 Invio a struttura sanitaria territoriale
 Terapia/prescrizione farmaceutica
 Rilascio certificazione
 Invio a struttura per rilascio STP
 Altro
 Non si prevedono sviluppi

In caso di invio a struttura sanitaria territoriale, indicare quale:

- Consultorio
 Servizio Tossicodipendenti
 Centro Salute Mentale
 Centro di riabilitazione
 Strutture residenziali
 Poliambulatorio specialistico
 Altro

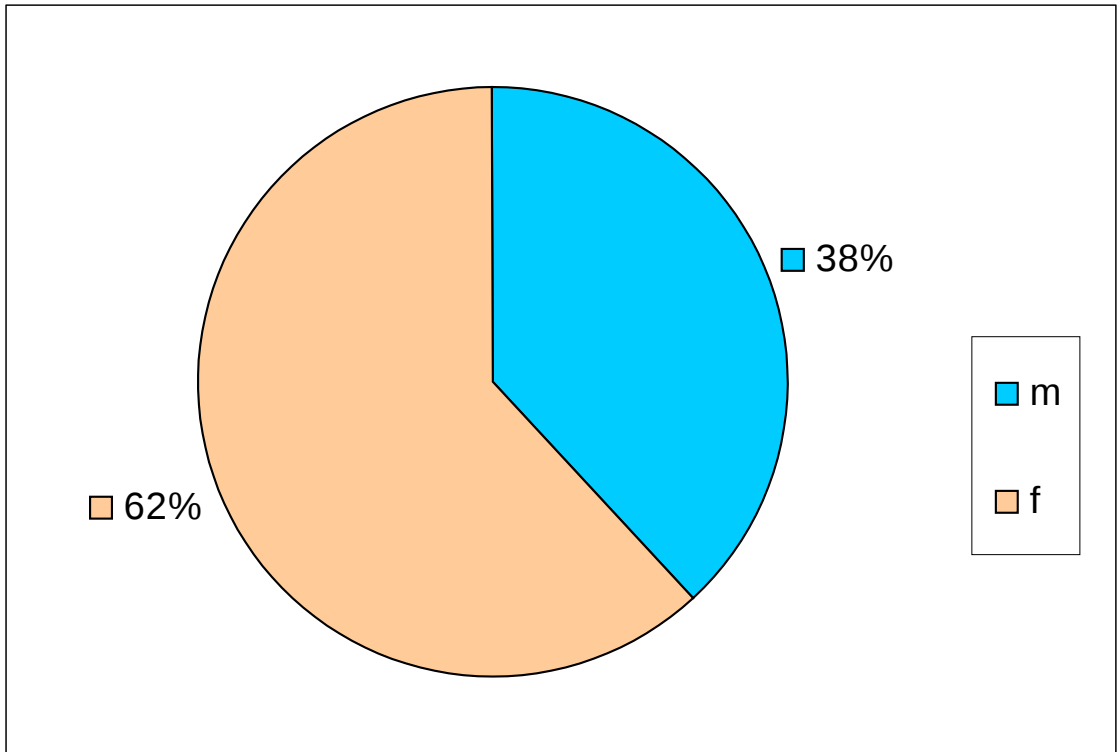


Grafico 2 – Età anagrafica al primo contatto

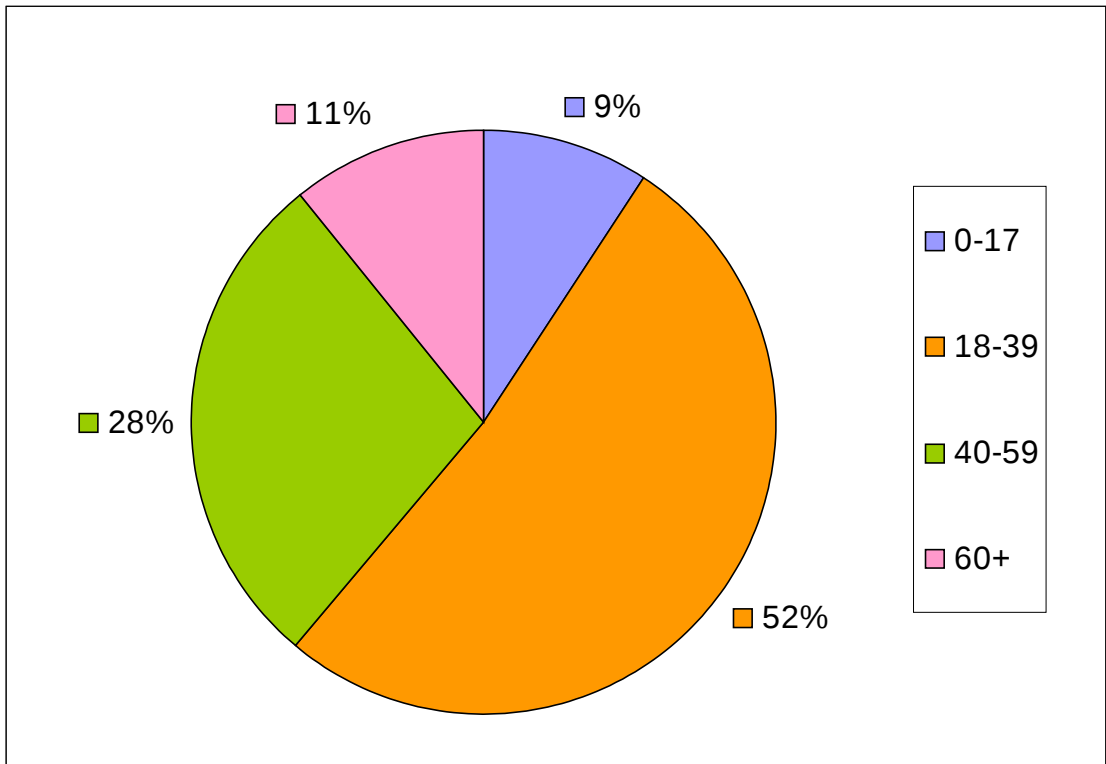


Grafico 3 – Paese di nascita (per area geografica)

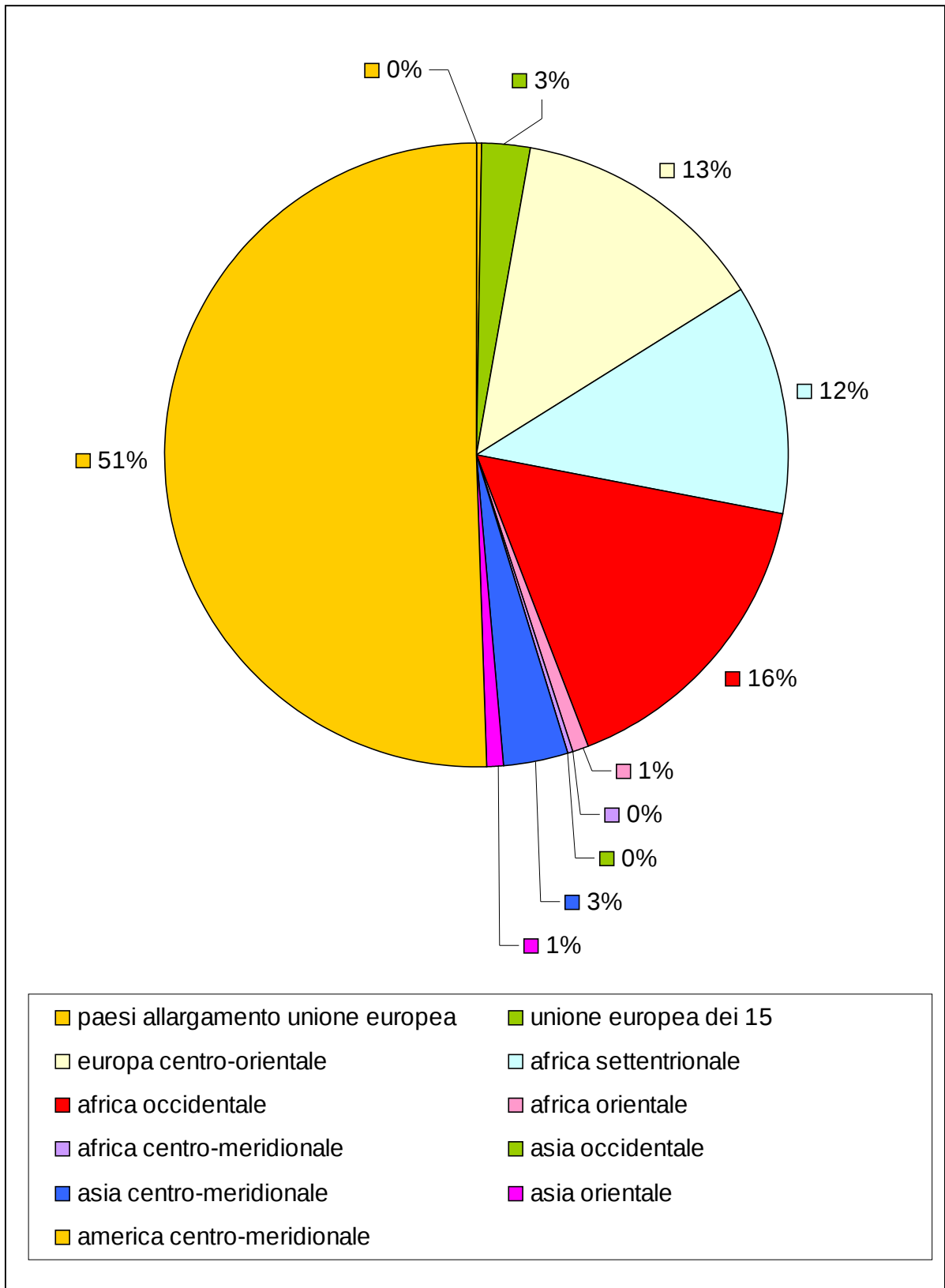


Tabella1 - Paese di nascita (per stato)

TOTALE	2829
italia	3
albania	70
bulgaria	2
jugoslavia, repubblica federale	8
polonia	2
romania	62
spagna	3
ucraina	160
rusa, federazione	17
croazia	3
bosnia-erzegovina	6
macedonia, ex rep. jugoslava	2
moldova	33
slovacchia	1
bielorussia	19
ceca, repubblica	1
afghanistan	1
bangladesh	6
myanmar (birmania)	2
sri lanka (ceylon)	2
cinese, rep. popolare	16
filippine	6
india	39
iraq	1
libano	1
pakistan	46
turchia	1
azerbaigian	1
algeria	4
angola	1
costa d'avorio	24
botswana	1
burkina faso (alto volta)	4
camerun	4
egitto	12
etiopia	5

gambia	1
ghana	44
guinea	3
kenia	2
liberia	2
libia	1
mali	3
marocco	293
mauritania	1
maurizio	1
niger	1
nigeria	160
senegal	225
sierra leone	2
somalia	5
sudan	1
tunisia	26
uganda	2
eritrea	10
costa rica	1
cuba	3
dominica	1
dominicana, repubblica	3
el salvador	5
guatemala	1
argentina	24
bolivia	1329
brasile	33
cile	5
colombia	2
ecuador	24
paraguay	1
perù	41
venezuela	4

Grafico 4 – Istruzione

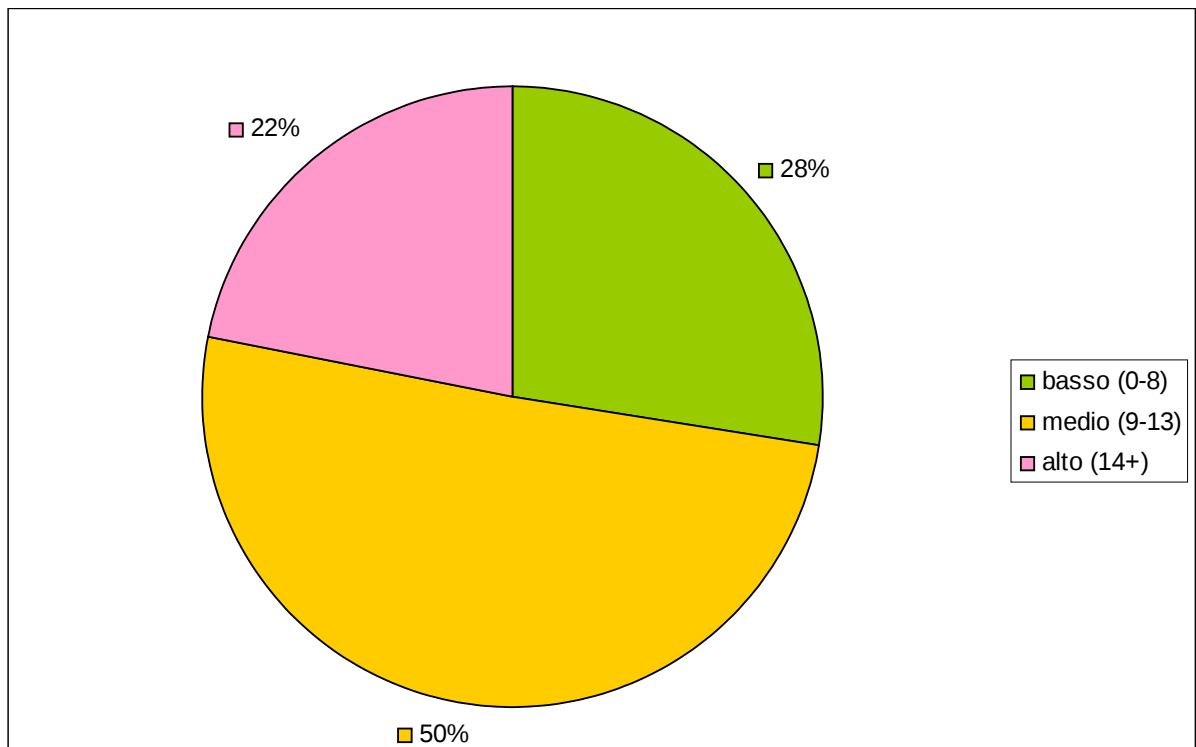


Grafico 5 – Cittadinanza (per area geografica)

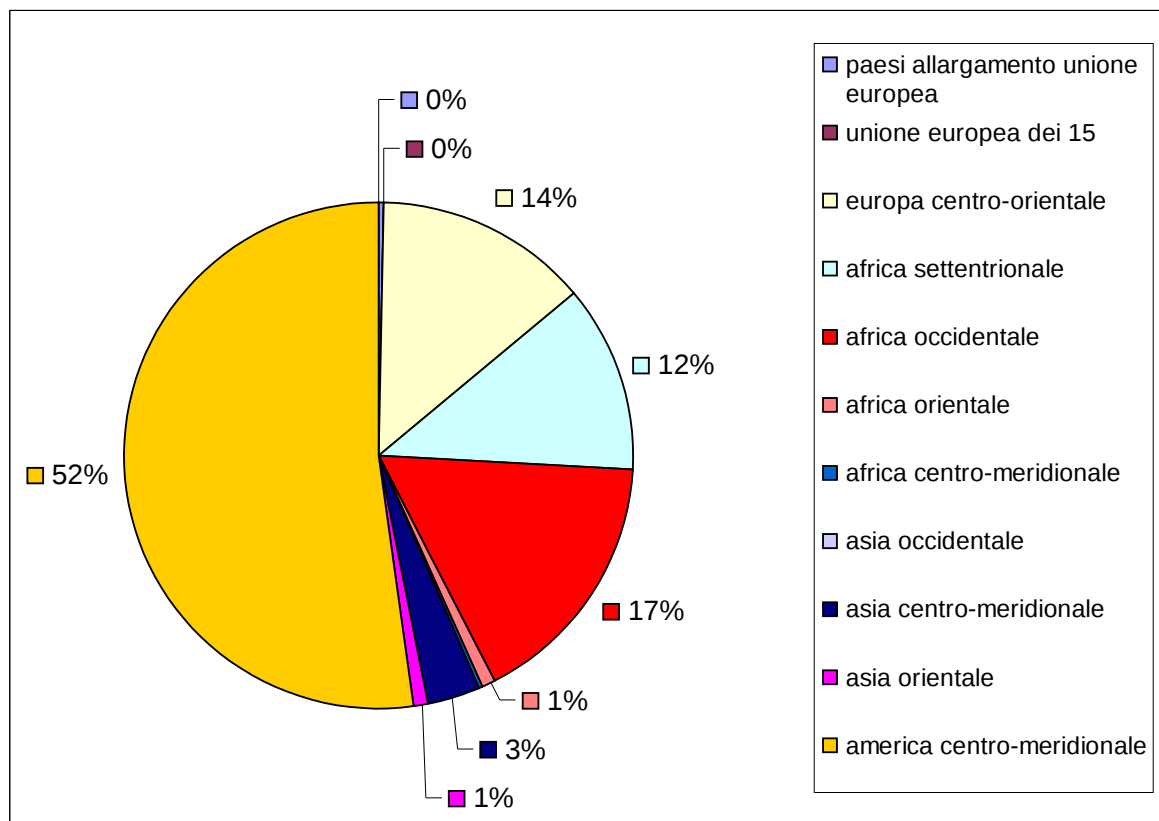


Tabella 2 – Cittadinanza (per stato)

TOTALE	2829	gambia	1
italia	3	ghana	44
albania	70	guinea	3
bulgaria	2	kenia	2
jugoslavia, repubblica federale	8	liberia	2
polonia	2	libia	1
romania	62	mali	3
spagna	3	marocco	293
ucraina	160	mauritania	1
russea, federazione	17	maurizio	1
croazia	3	niger	1
bosnia-erzegovina	6	nigeria	160
macedonia, ex rep. jugoslava	2	senegal	225
moldova	33	sierra leone	2
slovacchia	1	somalia	5
bielorussia	19	sudan	1
ceca, repubblica	1	tunisia	26
afghanistan	1	uganda	2
bangladesh	6	eritrea	10
myanmar (birmania)	2	costa rica	1
sri lanka (ceylon)	2	cuba	3
cinese, rep. popolare	16	dominica	1
filippine	6	dominicana, repubblica	3
india	39	el salvador	5
iraq	1	guatemala	1
libano	1	argentina	24
pakistan	46	bolivia	1329
turchia	1	brasile	33
azerbaigian	1	cile	5
algeria	4	colombia	2
angola	1	ecuador	24
costa d'avorio	24	paraguay	1
botswana	1	perù	41
burkina faso (alto volta)	4	venezuela	4
camerun	4		
egitto	12		
etiopia	5		

Tabella 3 – Permesso di soggiorno

lavoro	12
ricongiungimento familiare	7
studio	3
asilo politico (richiedente o rifugiato)	13
cure mediche	1
motivi religiosi	1
turismo	25
in attesa di rinnovo	31
scaduto e non rinnovato	20
altro	26
nessuno	2633

Grafico 6 – Occupazione

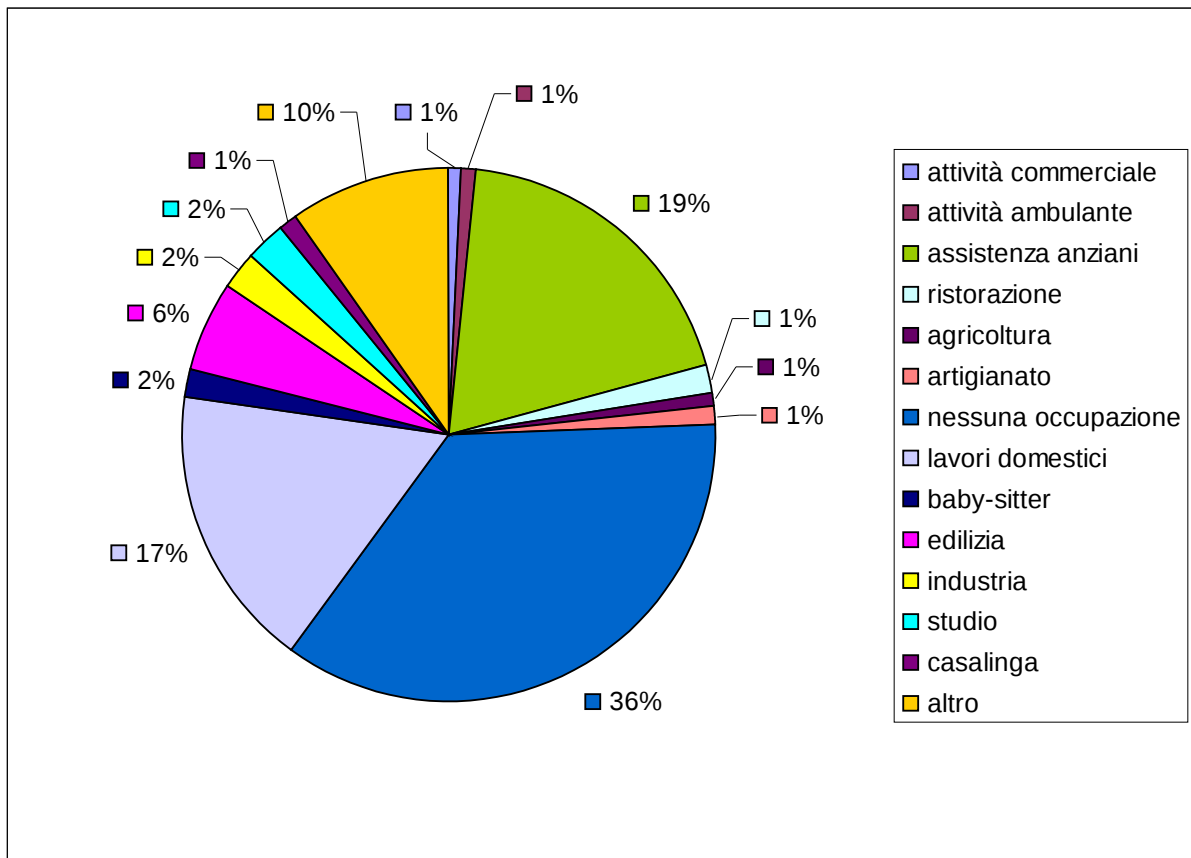


Grafico 7 – Abitazione

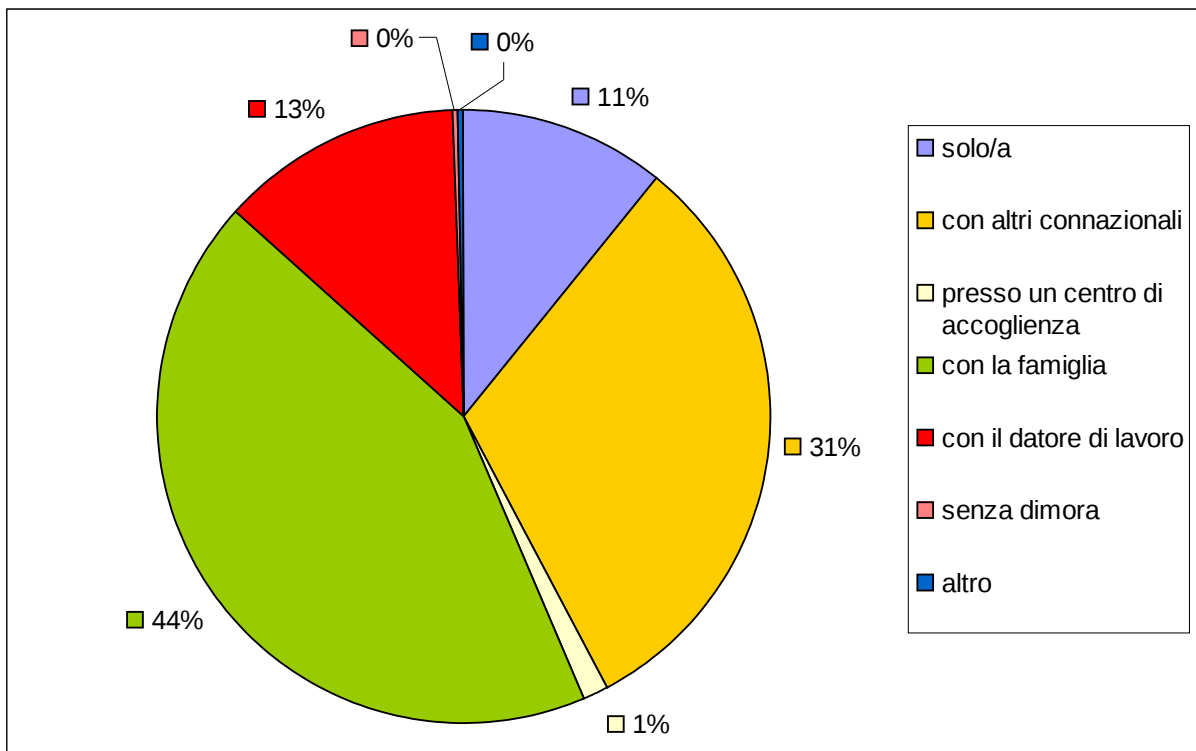


Grafico 8 – Conoscenza lingua italiana

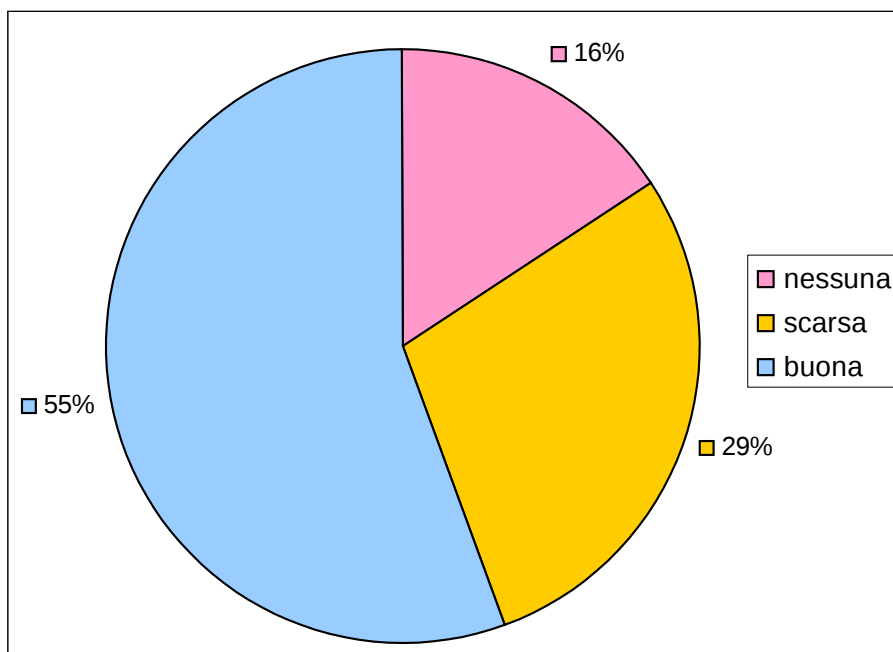


Tabella 4 – Iscrizione a SSN e motivi della non iscrizione

Totale	2803
Iscritti	12
Non iscritti	2791

NON ISCRITTI	2691
in corso di iscrizione	16
non avente diritto	2649
difficoltà amministrativo-burocratiche	12
difficoltà linguistico-culturali	1
manca di informazioni	8
altro	5

Grafico 9 – Intervallo di benessere

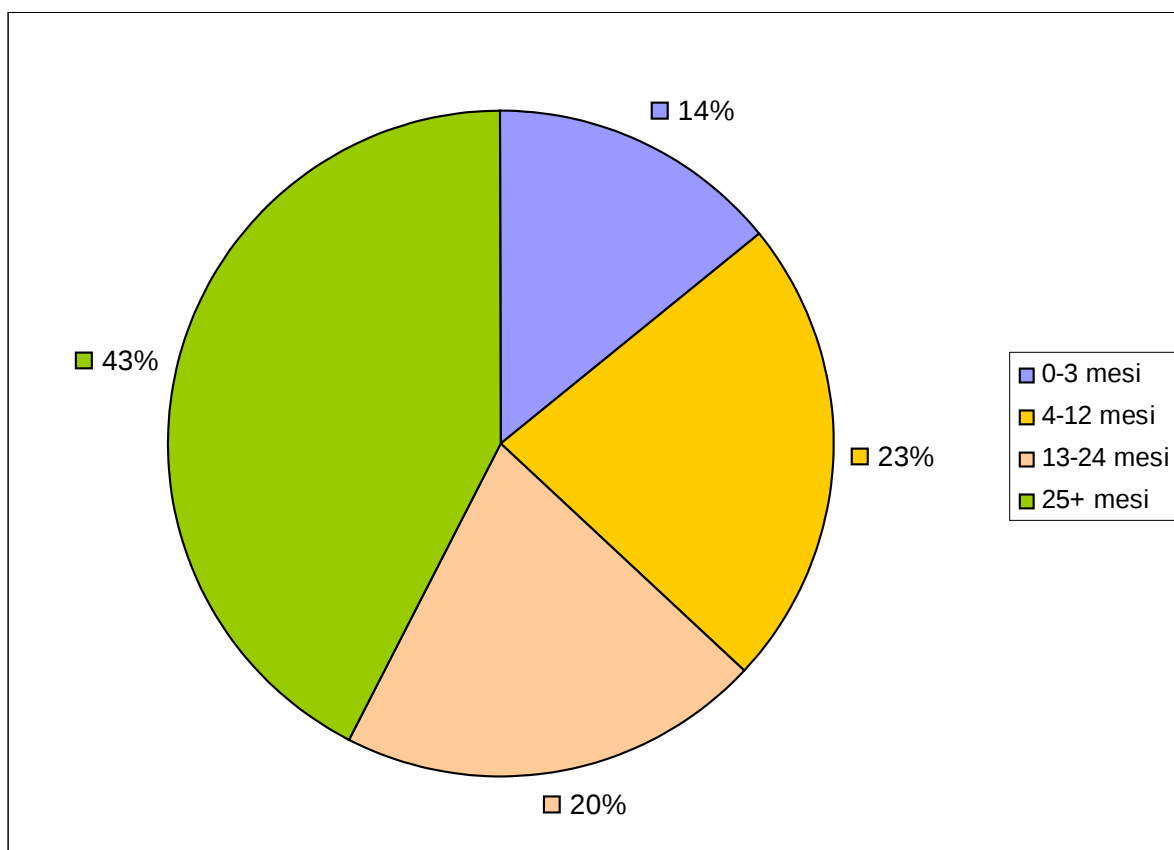


Grafico 10 – Esito della visita

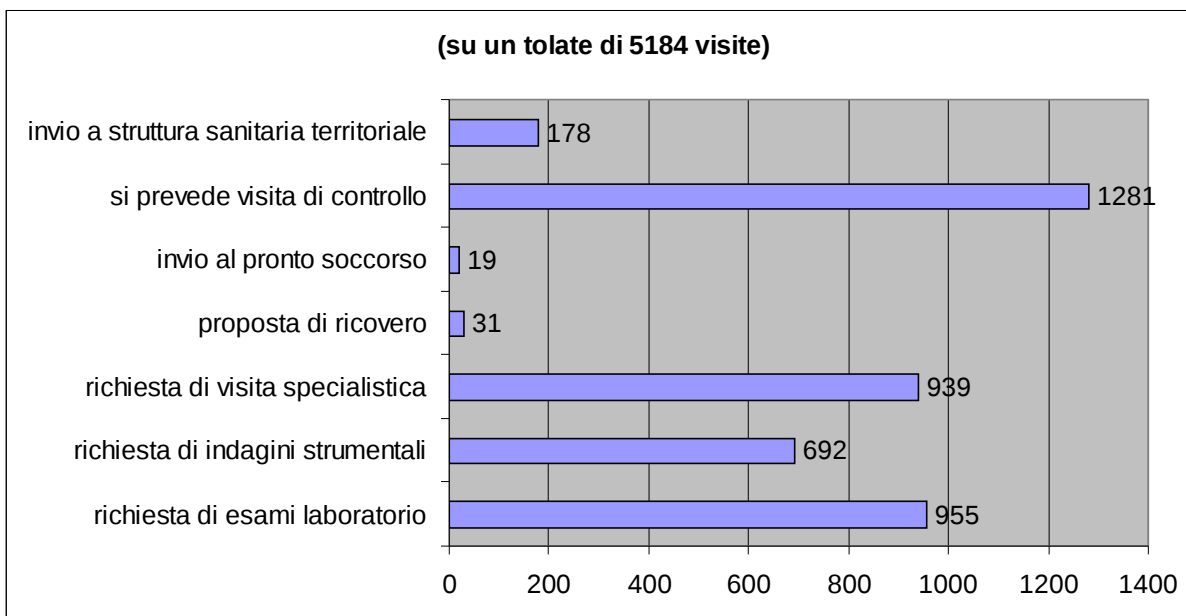


Grafico 11 – Invio a struttura territoriale

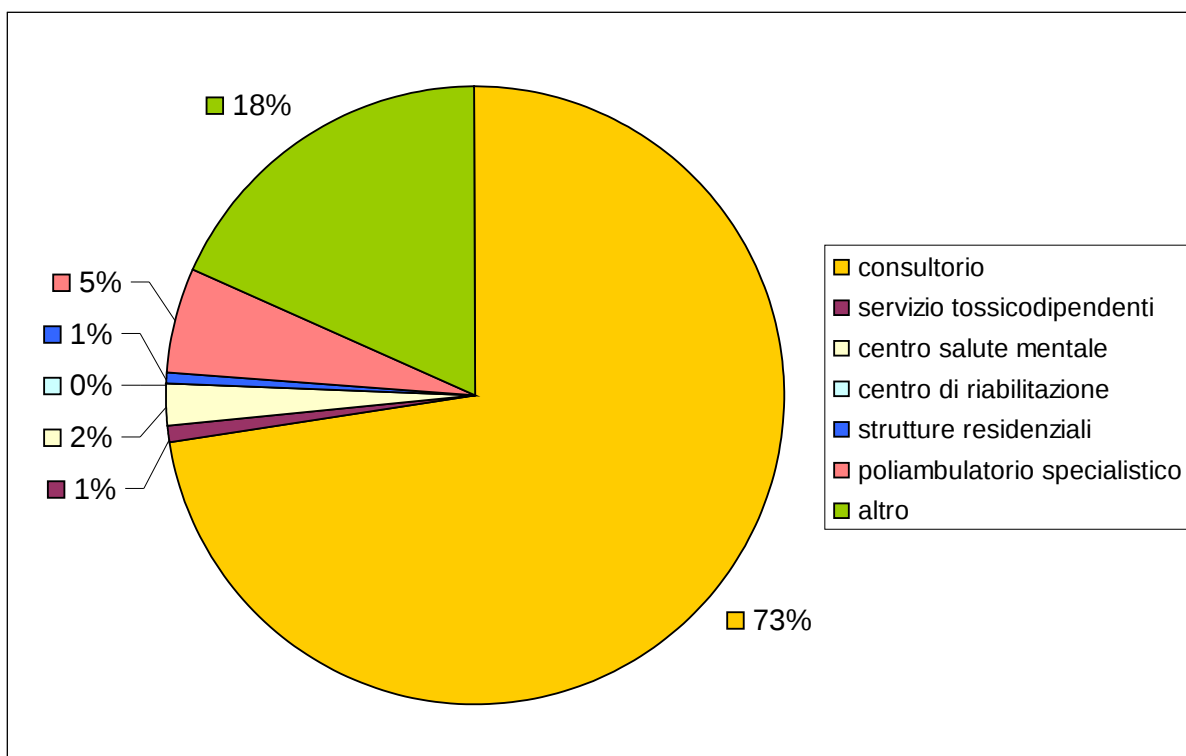
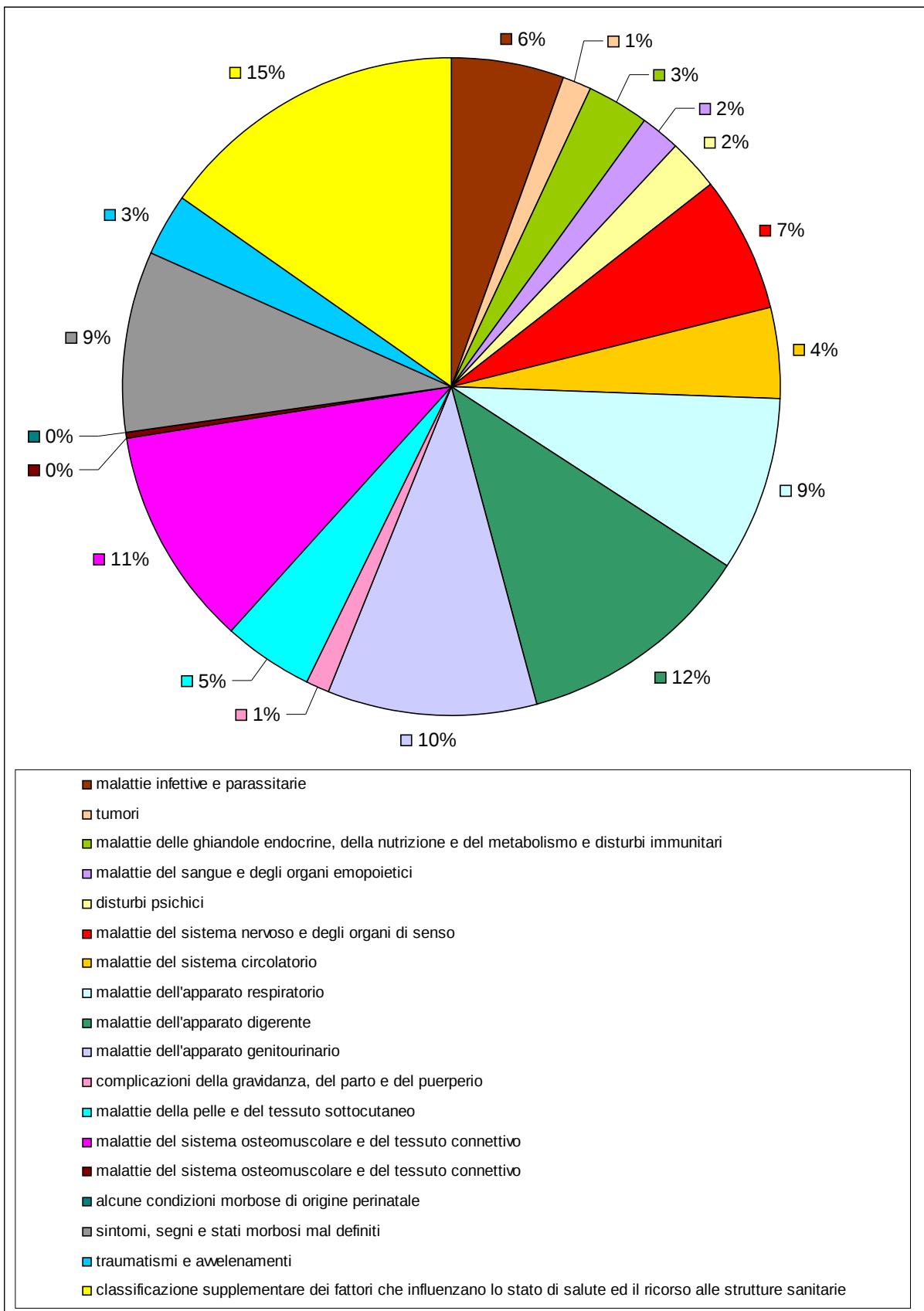


Grafico 12 – Diagnosi (secondo classificazione ICD9-CM)



Screening MST per donne vittime della tratta. Dati 2007-2009

Tabella 5 – Test eseguiti in due anni per ciascuna donna (stratificato per nazionalità)

TEST in 2 anni	1	2	3	4	5	TOT
albania	1	0	0	0	0	1
brasile	1	0	1	0	0	2
bulgaria	0	1	0	0	0	1
nigeria	81	26	7	3	2	119
romania	24	4	2	1	1	32
ucraina	1	1	0	0	0	2
TOT	108	32	10	4	3	157

Tabella 6 – MST riscontrate numeri assoluti e percentuali (stratificato per nazionalità)

PATOLOGIA	NUMERI ASSOLUTI					%			
	donne	HIV	HBV	HCV	Lue	HIV	HBV	HCV	Lue
Tutte	157	2	4	2	3	1,274	2,548	1,274	1,91
Albania	1	0	0	0	0	\	\	\	\
Brasile	2	0	0	0	0	\	\	\	\
Bulgaria	1	0	0	0	0	\	\	\	\
Nigeria	119	2	2	2	1	1,68	1,68	1,68	0,84
Romania	32	0	1	0	2	\	3,125	\	6,25
Ucraina	2	0	1	0	0	\	50*	\	\

Bibliografia

- Rapporto annuale UNHCR 2009
- Caritas/Migrantes (a cura di), *Immigrazione, Dossier statistico 2008*, XVIII Rapporto, Roma
- **S. Mezzadra**, *Diritto di fuga. Migrazioni, cittadinanza, globalizzazione, Ombre Corte, Verona 2001*
- A. Sayad, *La doppia assenza*. Cortina, Milano 2002
- D.Rota e E.Torrese, “*Las golondrinas nunca migran de Cochabamba, los cochabambinos sí*”, Agenzia per l’Integrazione, gennaio 2005.
- “*Contributo per la proposta di documento programmatico relativo alla politica dell’immigrazione*. A cura della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Consensus Conference sull’immigrazione 2002
- Colasanti R. e Geraci S., *Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale*. In *Affari sociali internazionali*, n. 3, 1990 - pp. 83-89
- Decreto Direzione Generale Sanità n. 3184 del 02/03/2005 “*Raccomandazione per un ospedale interculturale*” nell’ambito delle attività della Rete Lombarda degli Ospedali per la promozione della salute ai sensi della DGR N. VII/13234/2003
- Andrea Pendezzini, *Il fenomeno migratorio a Bergamo. L’esperienza dell’ambulatorio Oikos dei Bergamo per cittadini immigrati*. Tesi del Corso di perfezionamento in Medicina Tropicale e Salute Internazionale dell’Università di Brescia. A.A. 2005/2006
- *Il Progetto OSI, Sperimentazione di un sistema informativo sanitario sull’assistenza di primo livello agli immigrati*. ASP Lazio Monografia, 2006
- Tarsitani et al., *Un disagio nascosto: le somatizzazioni negli immigrati*. Studi Emigrazione/Migration Studies, XLII, n.157, 2005
- Naucler P, Ryd W, Tornberg S et al. *Human Papillomavirus and Papanicolaou tests to screen cervical cancer*. N Engl J Med 2007; 357: 1579-1588;
- Mayrand MH, Duarte Franco E, Rodrigues I et al. *Human Papillomavirus DNA versus Papanicolaou screening test for cervical cancer*. N Engl J Med 2007; 357: 1579-1588

- Bosch FX, Lorinc A, Munoz N et al. *The casual relation between human papilloma virus and cervical cancer* . J Clin Pathol 2002; 55:244-265
- World Health Organization (WHO), *World Health Report 2000*
- Michel Foucault, *Nascita della biopolitica*, Feltrinelli Editore 2005
- Ivan Illich, *Nemesi Medica*, Bruno Mondatori Editore 2004