

Un modello di assistenza sanitaria per gli immigrati privi di permesso di soggiorno in Italia: l'esperienza di Medici Senza Frontiere

RAFFAELLA RAVINETTO, ROLANDO MAGNANO, CLAUDIA LODESANI

Medici Senza Frontiere, Roma

Riassunto - La legislazione italiana prevede l'accesso gratuito alle cure essenziali per i migranti privi di documenti, ma l'implementazione di questa norma ha incontrato grosse difficoltà. Fra il 2003 e il 2009, Medici Senza Frontiere (MSF) ha operato in diverse regioni italiane per costruire un modello di assistenza ambulatoriale, realizzato nell'ambito del sistema sanitario pubblico di assistenza primaria e collegato al sistema di secondo livello. Sono state realizzate più di 40,000 visite in 37 ambulatori. Le patologie osservate erano spesso correlate a situazioni lavorative ed abitative difficili, allo stress dovuto all'esclusione sociale, all'alimentazione insufficiente/non equilibrata ed a problemi ginecologici. Gli elementi che determinano l'efficacia dei progetti sono:

- L'integrazione nel sistema pubblico, accompagnata dalla formazione del personale su specifiche tematiche legali, socio-culturali e mediche;
- L'"outreach", ovvero il portare proattivamente nei luoghi di residenza e/o lavoro l'informazione sulla disponibilità di assistenza gratuita (e che non determina il rischio di denuncia);
- La "mediazione culturale", cioè il ricorso a mediatori ed assistenti sociali qualificati, appartenenti alle stesse aree di provenienza culturale e linguistica dei pazienti;
- La possibilità di fornire ai migranti assistenza legale;
- Un'advocacy ad ampio raggio per un'efficace implementazione della legislazione a livello regionale e nazionale.

Parole chiave: accesso alle cure, immigrazione, integrazione, mediazione culturale, outreach.

Introduzione

L'immigrazione verso l'Italia è un fenomeno relativamente recente: agli inizi degli anni '70, i cittadini stranieri residenti erano meno di 100.000, mentre alla fine del 2008 quelli presenti e regolarmente registrati erano più di 4,3 milioni, secondo le stime del Dossier Statistico 2009 della Caritas/Migrantes. L'accesso alle cure per gli stranieri presenti sul territorio italiano è disciplinato dal decreto legislativo 268/1998 (legge "Turco-Napolitano"), prima normativa organica sull'immigrazione in Italia, non modificato dalla legge 189/2002 (legge "Bossi-Fini"), e completato da ulteriori disposizioni emanate con la circolare del Ministero della Salute n. 5/2000. Nell'attuale quadro normativo, gli stranieri regolarmente presenti hanno l'obbligo di iscriversi al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), a parità di trattamento e con piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini italiani; tale norma riguarda anche chi ha chiesto il rinnovo del permesso di soggiorno ed i migranti detenuti. Agli stranieri privi di permesso di soggiorno, invece, la legge assicura il diritto alle "cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti ed essenziali, ancorché continuative per malattia o infortunio, previo ottenimento di un codice identificativo STP (straniero temporaneamente presente), anonimo su richiesta dello straniero, rilasciato dalle ASL e riconosciuto su tutto il territorio nazionale. Sono inoltre garantiti la tutela della gravidanza e della maternità, la salute del minore, le vaccinazioni e gli interventi di profilassi internazionale, la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, nonché la prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze (SERT) e malattie psichiatriche (Dipartimenti di salute mentale - DSM), ed in generale gli interventi preventivi, curativi e riabilitativi. Tale normativa risponde alla previsione dell'articolo 32 della Costituzione italiana che, tutelando la salute come "diritto dell'individuo e interesse della collettività", non opera distinzioni in merito allo status giuridico delle persone, proteggendo contemporaneamente la salute della comunità.

Nonostante la normativa sia indubbiamente avanzata, la sua applicazione è talvolta frammentaria, lacunosa o arbitraria, in parte a causa dell'insufficiente conoscenza da parte degli operatori sanitari della regolamentazione vigente e, a volte, a causa di una certa ambiguità del testo. Inoltre, l'assenza di servizi di mediazione linguistico-culturale può alimentare le condizioni di marginalità sperimentate da molti migranti, soprattutto se privi di permesso di soggiorno. Tali premesse hanno indotto Medici Senza Frontiere (MSF) ad aprire una missione in Italia alla fine degli anni '90, per prestare soccorso medico ai migranti ed agevolarne l'accesso al SSN, mettendo a disposizione un'esperienza trentennale sulle problematiche sanitarie nei paesi di provenienza, nonché una certa

conoscenza diretta delle motivazioni all'origine dei flussi migratori. L'obiettivo di "Missione Italia" era, coerentemente coi principi dell'assistenza alle popolazioni vulnerabili e dell'accesso universale alle cure, di soccorrere i migranti più marginalizzati, mettendo a disposizione competenze e strumenti che aiutassero a rispondere efficacemente ai bisogni medici di questa popolazione. Tutti gli interventi sono stati realizzati in collaborazione con il SSN, nella convinzione che sia necessario coinvolgere il servizio pubblico nell'attuazione corretta della normativa, affidando poi progressivamente all'istituzione pubblica la gestione delle attività.

Metodi e risultati

Il perno del modello è l'ambulatorio STP di medicina generale, vera e propria porta di accesso al Servizio Sanitario Nazionale per gli stranieri temporaneamente presenti (privi del permesso di soggiorno), per i quali svolge una funzione paragonabile a quella del medico di base. Attivato all'interno delle strutture poli-ambulatoriali distrettuali della ASL e degli ospedali, consente agli operatori di agire sinergicamente con i servizi anagrafici ed epidemiologici e con i servizi specialistici di secondo livello. Grazie ai protocolli d'intesa fra MSF e le ASL, vari ambulatori STP sono stati attivati congiuntamente e resi funzionali in varie regioni d'Italia, soprattutto al Sud (Tab. 1).

Tabella 1 - Ambulatori STP attivati e/o gestiti da MSF in regioni d'Italia tra il 2003 e il 2009.

Regione	ASL	Ambulatorio STP (attivazione e gestione)	Ambulatorio STP (supporto)
Puglia Foggia	Foggia 2	Stornarella, Borgo Libertà, Cerignola	
Calabria Reggio Calabria	Palmi 10	Palmi Rosarno, Taurianova, Oppido Mamertina, Gioia Tauro	
Campania Napoli e Caserta	Caserta 2, Napoli 2	Villarica, Marano, Melito, Pozzuoli, Villa Literno, Castel Volturno, San Cipriano, Anversa	
Sicilia Ragusa, Trapani, Agrigento e Siracusa	Ragusa 7, Agrigento 1, Trapani 9, Siracusa 8 (AUSL)	Vittoria, Sta Croce di Camerina, Ispica, Scicli, Acate, Alcamo, Castelvetro, Campobello, Pachino, Rosolini, Avola, Siracusa	Agrigento, Licata, Palma, Canicatti, Sciacca
Lazio Roma (provincia)	RM E		XX Mun. Tor di Quinto, XIX Mun. Sta Maria della Pietà, XVIII Mun. Montespaccato
Lombardia Brescia	Distretto 4 Valtrompia, Distretto 12 Valsabbia	Gavardo, Sarezzo	

L'ambulatorio STP è chiamato ad adeguare il servizio alle caratteristiche di una popolazione in continuo mutamento, e per questo si munisce di un'attività di *outreach*, ovvero un'opera proattiva di informazione ai beneficiari sulle modalità di funzionamento dei servizi e sul diritto ad accedere gratuitamente alle cure, anche in assenza di permesso di soggiorno. L'*outreach* comprende la mappatura delle comunità straniere, l'analisi delle condizioni abitative e di lavoro, l'attivazione di contatti con i leader delle comunità, l'individuazione dei canali di comunicazione più efficaci, la distribuzione di volantini informativi sulle modalità di accesso alle cure, e l'educazione alla salute (con campagne di educazione e prevenzione sanitaria che raggiungono i beneficiari nei luoghi dove vivono e lavorano).

L'ambulatorio STP non può prescindere dal contributo dei mediatori culturali, che dovrebbero appartenere alle medesime aree linguistico-culturali dei beneficiari, avere una buona conoscenza della cultura di origine e di quella italiana, ed un'ottima capacità relazionale. Il mediatore culturale, lungi dall'essere un semplice interprete, rappresenta un ponte fra due mondi: è colui/colei che rende comprensibili e visibili, in modo bilaterale le rappresentazioni culturali, i valori e le norme dei due mondi. Ha il compito di rivelare, spiegare e mettere in relazione, favorendo il superamento degli ostacoli nella comunicazione e nella comprensione.

Sempre con l'obiettivo di migliorare la conoscenza reciproca fra servizio e fruitori del servizio, MSF ha poi messo a disposizione delle ASL degli interventi formativi, articolati in sessioni didattiche su tematiche rispettivamente giuridiche, sociali/interculturali e sanitarie, ed arricchiti dal ricorso a *case studies* e simulazioni.

Fra il 2003 e il 2008, sono state realizzate più di 40,000 visite in 37 ambulatori. Anche se un'analisi globale non è ancora stata finalizzata, i dati preliminari mostrano che le patologie sono spesso correlate a situazioni lavorati-

ve ed abitative difficili (traumi osteo-articolari), allo stress dovuto all'esclusione sociale ed all'alimentazione insufficiente/non equilibrata (ulcera duodenale e gastrite), e, per le donne, a problemi ginecologici e legati alla salute sessuale e riproduttiva (Ravinetto *et al.*, 2009)). Nel caso di persone arrivate recentemente in Italia, soprattutto se via mare, si osservano frequentemente le conseguenze delle dure condizioni del viaggio: traumi osteo-articolari, disidratazione ed ustioni.

Questo profilo è confermato dai dati raccolti durante due inchieste condotte rispettivamente nel 2004 e nel 2007, su un campione di migranti attivi come lavoratori stagionali agricoli nel Sud Italia. Nel 2004, il 40% delle 770 persone visitate dall'équipe di MSF era affetta da patologie contratte durante i primi sei mesi del soggiorno in Italia, ed il 93% da patologie contratte in Italia nel corso di un soggiorno di almeno 19 mesi. I problemi più comunemente riscontrati riguardavano infezioni, problemi dermatologici, parassitosi intestinali e patologie infettive del cavo orale e del sistema respiratorio (MSF, 2009). Nel 2007 (MSF, 2009a), la maggior parte dei migranti (76%) visitati da MSF era giunta in Italia in buone condizioni di salute, ma il 72% risultava al momento della visita affetto da un qualche tipo di patologia, che nel 73% dei casi era di natura cronica.

In alcuni ambulatori STP è stato possibile, grazie alla disponibilità delle ASL, sperimentare modi per migliorare l'integrazione tra primo e secondo livello ed affiancare il paziente per tutto il percorso di cura. Ad esempio, a Pozzuoli, si è lavorato col Dipartimento di salute materno-infantile della ASL Napoli 2 sulla presa in carico della gravidanza: la paziente viene inviata dall'ambulatorio STP al consultorio per l'accertamento della gravidanza e i controlli di routine, fino a quando la competenza passa all'ospedale per gli ultimi controlli e la programmazione del parto. Alle dimissioni, paziente e neonato sono orientati a ginecologo e pediatra vaccinale del consultorio di provenienza. La gestione congiunta del percorso-nascita è perfezionata dalla realizzazione di corsi di preparazione al parto curati da operatori socio-sanitari di ambulatorio, consultorio e ospedale. Un altro esempio è costituito dall'accordo sulla salute mentale per pazienti STP siglato nel 2006 tra MSF, Coordinamento socio-sanitario e Dipartimento salute mentale della ASL Napoli 2, che stabilisce un contatto diretto tra i medici STP e gli psichiatri dei Centri di salute mentale territoriali, finalizzato a supportare i primi nella gestione di pazienti con patologie non gravi, e all'invio dei pazienti più gravi ai DSM. Medici di base e psichiatri si incontrano periodicamente per affinare il modello di intervento e per l'analisi congiunta dei casi problematici. Un ulteriore esempio è rappresentato dalle azioni integrate tra l'ambulatorio STP e quello di ginecologia nel poli-ambulatorio di Castel Volturno (ASL Caserta 2): i due servizi sono aperti negli stessi orari, consentendo sia l'invio immediato della paziente al secondo livello e la collaborazione tra medico STP e ginecologo, che la condivisione delle mediatrici culturali fra le due strutture.

Discussione

L'attività condotta in diversi contesti territoriali ha consentito a MSF di delineare un modello di ambulatorio STP, volto a garantire standard appropriati di assistenza sanitaria ai migranti privi di permesso di soggiorno (Virgilio *et al.*, 2007)). Il modello è frutto dell'esperienza e si è affinato valorizzando le buone pratiche adottate dagli attori locali, istituzionali e non (Regioni, ASL e organizzazioni del terzo settore).

L'integrazione nelle strutture del SSN è risultata un elemento chiave per il successo degli ambulatori, in quanto garantisce l'integrazione tra primo e secondo livello e la sostenibilità del servizio nel tempo. Inoltre, rende possibile la collaborazione con i servizi anagrafici ed epidemiologici territoriali, permettendo la raccolta e l'analisi costante dei dati anagrafici, sociali ed epidemiologici dell'utenza, per adeguare il servizio ai mutamenti della popolazione. Una prevalenza di migranti di madre lingua araba, ad esempio, autorizzerà il distacco di un mediatore culturale di quell'area linguistica, mentre un'elevata presenza di donne di età superiore a quarant'anni porterà a investire sull'integrazione con il consultorio e su attività di prevenzione di patologie quali il tumore all'utero e al seno.

Nella fase di attivazione di un ambulatorio STP, è poi indispensabile considerare che un migrante privo di documenti può incontrare grosse difficoltà nella fruizione del servizio, legate in primo luogo alla scarsa disponibilità di ferie e permessi ed ad orari di lavoro inconciliabili con quelli degli ambulatori, ma anche a timori legati al proprio status di irregolare, e alla mancanza di consapevolezza della gratuità del sistema sanitario (in moltissimi dei paesi di origine, infatti, l'accesso alle cure sanitarie non è gratuito). L'*outreach* ed il ricorso ai mediatori culturali sono dunque indispensabili per rendere un ambulatorio STP efficace, raggiungendone tutti i potenziali beneficiari. Purtroppo non esiste in Italia una definizione univocamente accettata dell'attività di mediazione linguistica-culturale, così come manca un percorso di formazione formalizzato. Al di là delle necessarie competenze linguistiche e culturali, la capacità d'ascolto e l'empatia sono comunque assolutamente fondamentali per rendere fluida la relazione tra la struttura, il medico e "l'altro", che è essere umano caratterizzato da una storia personale e collettiva complessa, portatore di timori e di bisogni articolati, espressi in una lingua che non è la propria e secondo altri codici culturali. La formazione rivolta al personale delle ASL su tematiche giuridiche, sociali/interculturali e sanitarie si è infine rilevata decisiva, perché molti problemi nell'applicazione della normativa sono dovuti a una insufficiente conoscenza della stessa da parte degli operatori, oltre che da una insufficiente conoscenza e comprensione da parte dei beneficiari: problemi di comprensione che si traducono in mancanza di accesso alle cure ed in aumento della sofferenza.

Conclusioni

Gli elementi che determinano l'efficacia e la sostenibilità nel tempo degli ambulatori STP, incrementando l'accesso alle cure e riducendo la morbosità e la mortalità nel gruppo - estremamente vulnerabile - dei migranti privi di permesso di soggiorno, sembrano essere:

- L'integrazione nelle strutture del sistema sanitario pubblico, accompagnata dalla formazione del personale su specifiche tematiche di tipo legale, socio-culturale e medico;
- L'"outreach", ovvero il portare in maniera proattiva ai migranti privi di documenti, nei luoghi di residenza e/o lavoro, l'informazione relativa alla disponibilità di assistenza medica gratuita;
- La "mediazione linguistico-culturale", cioè il ricorso a mediatori ed assistenti sociali qualificati, che appartengano alla stessa area di provenienza, culturale e linguistica, dei pazienti.

L'efficacia del sistema viene migliorata dalla possibilità di fornire ai migranti consigli e assistenza di tipo legale, perché possano avvalersi del diritto di accedere alle cure sanitarie; e da una più ampia attività di advocacy, per un'effettiva ed efficace implementazione della legislazione a livello regionale e nazionale. La sofferenza di queste persone è spesso ignorata da una politica sempre più tesa a regolamentare i flussi migratori ed incapace di guardare in faccia la realtà *umana* del fenomeno immigrazione: ed in questo senso, in linea con la "Dichiarazione di Verona" (SIMET, 2009), l'advocacy del personale sanitario può contribuire al riconoscimento da parte di tutti della centralità dei diritti fondamentali all'accoglienza e alla salute.

Bibliografia

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (2009). The fruits of hypocrisy: history of who makes the agriculture. hidden. Survey on life and health conditions of foreign workers employed in the Italian agriculture. <http://www.aerzte-ohnegrenzen.at/img/db/msfmedia-2598.pdf> (accessed June 3, 2009). undocumented migrants in Italy. *Lancet*, **373**: 2111-2112.

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (2009). A season in hell: MSF report on the conditions of migrants employed in the agricultural sector in southern Italy. http://www.medicisenzafrontiere.it/Immagini/files/MSF_A_Season_In_Hell.pdf (accessed June 3, 2009).

RAVINETTO R, LODESANI C, D'ALESSANDRO U, DE FILIPPI L, PONTIROLI A. (2009). Access to health care for undocumented migrants in Italy. *Lancet*, **373**: 2111-2112.

SIMET (2009). Dichiarazione di Verona. 6th European Congress on Tropical Medicine and International Health. Verona 6-10 September 2009.

VIRGILIO A, DE FILIPPI L, MOSCHOCHORITIS K, RAVINETTO R. (2007). Right to health for vulnerable migrants. *Lancet*, **370**: 827-28.