

CAMERA DEI DEPUTATI - SENATO DELLA REPUBBLICA
XVI LEGISLATURA

Resoconto stenografico della Comitato parlamentare di controllo sull'attuazione dell'Accordo di Schengen, di vigilanza sull'attività di Europol, di controllo e vigilanza in materia di immigrazione

Seduta del 26/11/2008

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARGHERITA BONIVER

La seduta comincia alle 14.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.
(*Così rimane stabilito*).

...

Audizione del sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali, Ferruccio Fazio.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulle nuove politiche europee in materia di immigrazione, l'audizione del sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali, professor Ferruccio Fazio, che ringrazio, a nome del Comitato, per aver accettato il nostro invito. Ricordo che è presente anche il professor Aldo Morrone, direttore generale.

Avverto che, per concomitanti impegni istituzionali del professor Fazio presso il Senato della Repubblica, dovremo concludere i nostri lavori entro le 14,30 circa. Oggi pertanto avrà luogo solo lo svolgimento della relazione da parte del sottosegretario; l'audizione, con gli interventi dei commissari e la replica del professor Fazio, proseguirà mercoledì 3 dicembre 2008, dalle 14 alle 15. L'audizione odierna è ritenuta di grande rilievo per il Comitato, in quanto si pone l'obiettivo di approfondire la conoscenza delle problematiche sanitarie connesse al fenomeno migratorio. In particolare, anche alla luce delle recenti visite che il Comitato ha potuto svolgere nei Centri per gli immigrati di Lampedusa e di Gradisca d'Isonzo, saremmo in primo luogo interessati a conoscere la valutazione del Governo circa l'efficacia degli attuali criteri di monitoraggio delle condizioni sanitarie degli ospiti di tali centri. Tale tematica si interseca con quella della prevenzione: occorre infatti comprendere l'eventuale incidenza di alcune particolari patologie nella popolazione immigrata, in relazione alle attività di sorveglianza sanitaria che il Ministero della salute è in grado di porre in essere.

Si tratta quindi di capire, da una parte, quale sia il livello di accesso della popolazione immigrata regolare alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale e, dall'altra, se sussistano particolari problematiche sanitarie connesse all'immigrazione clandestina.

Da ultimo, le chiedo un cenno ad eventuali, diversi protocolli sanitari in uso presso altri Paesi dell'Unione europea nei riguardi dei cittadini immigrati. In particolare, esistono, o sono ipotizzabili, modalità di scambio di informazioni di carattere sanitario tra i Paesi che rientrano nell'area Schengen, tanto per i comunitari quanto per gli extracomunitari?

Nel ringraziarla ancora per avere accettato il nostro invito, le do la parola.

FERRUCCIO FAZIO, *Sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali*. La ringrazio, presidente. Il profilo di salute degli immigrati evidenzia come arrivino nel nostro paese

persone fondamentalmente sane; questo fenomeno è noto come «effetto migrante sano» ed è dovuto a una sorta di selezione che viene fatta prima di lasciare il paese di origine, infatti intuitivamente solo coloro che sono sani e giovani hanno maggiori possibilità di emigrare in cerca di condizioni di vita migliori, su cui la famiglia o la comunità investe. Contrariamente a questo effetto, esistono evidenze che diversi fattori di rischio espongono successivamente gli immigrati ad una difficoltà notevole con conseguente disabilità, portando alla perdita del patrimonio originario. Lo stato di salute dei migranti all'arrivo, infatti, può andare incontro ad un deterioramento veloce dovuto ai cambiamenti dello stile di vita o all'esposizione prolungata a fattori di rischio, quali i problemi psicologici, alla mancanza di reddito dovuto alla disoccupazione, alle difficoltà di alloggio, all'assenza della famiglia, al cambiamento del clima e così via. La debolezza sociale degli immigrati sembra essere l'innescò di alcuni stati critici di salute. A livello nazionale, numerosi studi dimostrano tale legame. L'analisi delle dimissioni ospedaliere di pazienti immigrati ha permesso una prima analisi nell'identificazione dei bisogni di salute degli immigrati. I dati sui ricoveri ospedalieri degli immigrati provenienti da paesi meno sviluppati (nel 2003, 324.491 ricoveri ospedalieri di pazienti stranieri) hanno mostrato tassi più bassi di ospedalizzazione per gli immigrati di sesso maschile adulti rispetto ai residenti (134,7 contro 165,2 per mille per cure acute; 39,0 contro 63,8 per cure giornaliere). La causa principale dell'ospedalizzazione acuta negli uomini immigrati si riferisce a ferite (26 per cento), seguita da malattie dell'apparato digerente (14 per cento), malattie dell'apparato respiratorio e circolatorio (9 per cento). Non è stato possibile calcolare la frazione di lesioni che avvengono nell'ambiente lavorativo; tuttavia, gli immigrati spesso sono esposti a lavori pericolosi, risentono di un addestramento insufficiente ed avvertono maggiormente uno sforzo di adattamento agli ambienti differenti di lavoro. I dati relativi alle ammissioni a servizi sanitari senza ospedalizzazione mostrano, fra gli uomini, che il 13 per cento delle ammissioni è dovuta a fattori che influenzano lo stato di salute, il 12 per cento a malattie gastrointestinali, l'11 per cento a malattie infettive, principalmente l'HIV/AIDS e le epatiti virali. Per quanto riguarda le donne immigrate, si evidenzia un tasso di accesso ai servizi sanitari simile a quelli delle donne residenti (179,7 contro 163,6 per cure acute; 69,0 contro 70,2 per cure giornaliere). Le gravidanze e le eventuali conseguenze, infatti, rappresentano il 55 per cento di tutte le ospedalizzazioni fra le donne straniere, seguite da malattie del tratto urogenitale (8 per cento) e dell'apparato digerente (7 per cento). Inoltre, è sicuramente un dato allarmante che il 60 per cento delle richieste delle donne immigrate al servizio sanitario è dovuto a patologie riguardanti la salute riproduttiva, in particolare conseguenti ad aborti indotti. Oltre il 40 per cento delle interruzioni volontarie di gravidanza praticate in Italia è rivolto alle donne immigrate. In conclusione, gli immigrati adulti hanno tassi più bassi di ospedalizzazione rispetto ai residenti. Tuttavia, i tassi di ospedalizzazione per alcune cause specifiche (lesioni, specialmente per gli uomini, malattie infettive, parti ed aborti indotti, circostanze mal definite) sono sicuramente più elevati rispetto alla popolazione residente.

Oggi l'immigrazione è divenuta ormai un fenomeno strutturale della nostra società; quindi l'attenzione verso tale fenomeno e l'esperienza accumulata ci permettono di comprendere meglio le condizioni di salute di persone che provengono da culture altre e che, specie nel primo periodo di permanenza, non sono sempre in grado di esprimere in maniera iso-culturale i propri bisogni di salute.

Nel Paese ospite avviene un'ulteriore selezione a rovescio, per cui molti stranieri, avendo contratto durante la loro permanenza malattie croniche invalidanti, ritornano nel Paese d'origine. Ciò vale relativamente per i rifugiati, per i quali l'emigrazione non è stata una scelta e sul cui corpo si leggono i segni delle condizioni in cui si sono consumati l'esilio e le forme di repressione e di violenza subite.

Il dovere di tutelare la salute di ciascun individuo, nell'interesse di tutta la collettività, sta impegnando il nostro Sistema sanitario a garantire l'assistenza e la promozione della salute degli immigrati presenti sul territorio nazionale. Si tratta di un obbligo non facile, che l'Italia ha saputo rispettare anche nelle situazioni di emergenza. Il quadro migratorio, inoltre, è complesso, per

origine e caratteristiche. Nel tempo, i flussi migratori diretti verso il nostro Paese sono cambiati nel volume e nella composizione interna. Al processo di strutturazione delle presenze nel territorio italiano, favorito dai percorsi regolari di integrazione e dai ricongiungimenti familiari, si accompagnano flussi dinamici, contingenti, che sommano alle esigenze sanitarie di sistema (più prossime a quelle dei cittadini italiani) una domanda contingente o emergenziale (si pensi alla crescita della comunità romena come comunità intra Unione europea iniziata dal 2007, o all'arrivo nel 2008, sulle coste siciliane, di un numero inedito, oltre 30 mila, di richiedenti asilo). La comprensione di questo scenario, in parte prevedibile, in parte ancora molto mobile, per quei connotati che riguardano la salute delle persone, è divenuta indispensabile e propedeutica alla programmazione dell'offerta e della sostenibilità economica della spesa.

Per quanto riguarda la valutazione del Governo circa l'efficacia degli attuali criteri di monitoraggio delle condizioni sanitarie degli ospiti di tali centri, occorre rendere omogenei i criteri di raccolta dei dati e di monitoraggio delle condizioni di salute degli immigrati giunti e/o entrati illegalmente sul territorio dello Stato.

Come noto, questi ultimi, in ragione delle condizioni soggettive, sono accolti in quattro tipologie di centri di accoglienza: centri di primo soccorso ed assistenza (CSPA); centri di accoglienza (CDA); centri di accoglienza per richiedenti asilo (CARA); centri di identificazione ed espulsione (CIE).

Qualora si tratti di minori stranieri non accompagnati, l'accoglienza è effettuata in appositi centri realizzati e gestiti dagli enti locali che ne assumono la tutela.

Attualmente, le strutture esistenti sul territorio sono concentrate prevalentemente nelle regioni del centro-sud. Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 luglio 2008 ha riconosciuto esistere una emergenza su tutto il territorio nazionale e questo ha consentito l'apertura di nuovi centri al fine di decongestionare quelli già attivi.

Con riferimento alle condizioni di salute degli immigrati ospitati nei centri, si possono rilevare due necessità. La prima è quella di realizzare nei centri di accoglienza degli immigrati un servizio di assistenza sanitaria adeguato al contesto multietnico e multiculturale, necessario per tutelare la salute di persone con storie cliniche diverse e con vissuti anche drammatici (richiedenti asilo, vittime di tortura, di tratta, minori stranieri non accompagnati), nel rispetto dei loro diritti e delle norme vigenti. L'Italia, che negli ultimi anni è divenuta terra di sbarchi, è anche una porta di ingresso per l'Europa, per chi, attraverso il nostro territorio, compie un percorso che lo porterà a ricongiungersi alla propria comunità o alla propria famiglia in un altro Paese europeo (è accaduto con gli afgani o gli iracheni che arrivavano da noi per proseguire verso la Svezia). Nella sua specificità, il nostro Paese può anche giungere ad ostentare nel contesto europeo competenze e conoscenze originali, un modello di gestione coordinata dell'assistenza sanitaria offerta nelle condizioni di accoglienza umanitaria o temporanea degli immigrati.

La seconda necessità è quella di seguire nel tempo le esigenze personali di salute di coloro che restano sul territorio nazionale, sia di quelli che restano in una posizione di regolarità, come ad esempio i richiedenti asilo o i minori stranieri non accompagnati o le vittime di violenza, sia di quelli che restano irregolarmente. La tutela della salute, anche come interesse pubblico, non consente, infatti, di trascurare che esiste una quota di immigrati entrati illegalmente che non si allontanano spontaneamente né si riesce ad espellere. Questi immigrati transitano spesso nei vari centri o passano dal carcere o finiscono col vivere in clandestinità. Non è secondario conoscere le loro condizioni di salute e i loro bisogni di cura.

Nel 2008, l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà (INMP) ha realizzato una esperienza pilota presso il Centro di primo soccorso e assistenza di Lampedusa, mediante la sottoscrizione di una apposita convenzione con il Ministero dell'interno, Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione. L'INMP ha realizzato l'assistenza sanitaria presso il Centro, con lo svolgimento di prestazioni sanitarie nelle specialità di dermatologia, infettivologia, ginecologia, antropologia e psicologia, nonché la formazione degli operatori sanitari che lavorano presso il Centro e presso il poliambulatorio dell'isola di Lampedusa. L'esperienza svolta ha evidenziato l'opportunità di sviluppare e potenziare la cooperazione con le

istituzioni sanitarie - tramite i servizi sanitari regionali - nonché con quelle di pubblica sicurezza al fine di: conoscere le condizioni generali di salute dei migranti fin dal momento dell'ingresso nei Centri e per tutto il tempo della permanenza negli stessi per assicurare la necessaria assistenza sanitaria; rafforzare le misure di profilassi atte ad individuare prontamente patologie che richiedano interventi immediati e/o siano suscettibili di propagarsi ulteriormente; assicurare la formazione degli operatori sanitari con riferimento, in particolare, agli aspetti collegati alla diagnosi delle malattie dell'immigrazione e della povertà, in considerazione del fatto che i migranti sono spesso affetti da patologie di natura esotica non diffuse in Italia; attivare incontri di formazione rivolti a tutti gli operatori (forze di Polizia, Marina militare, Guardia di finanza, personale dell'ente gestore, volontariato) che entrano in contatto con le persone ospitate presso i Centri, per la conoscenza degli elementi di prevenzione della malattie diffusibili in ambito comunitario; realizzare la raccolta informatizzata dei dati sanitari delle persone ospitate nei Centri, al fine di fornire la tracciabilità della loro condizione di salute per l'attività degli operatori sanitari delle diverse regioni italiane. Occorre ricordare che l'Istituto nazionale per la salute, i migranti e la povertà, in qualità di ente pubblico posto sotto la sorveglianza del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, ha, tra i suoi compiti, l'elaborazione e l'attuazione di programmi di formazione professionale, di educazione e comunicazione sanitaria, nonché l'elaborazione di modelli, anche sperimentali, di gestione dei servizi sanitari, con riferimento agli ambiti istituzionali di attività. Per questo, ha manifestato la sua disponibilità a cooperare con il Ministero e le altre istituzioni competenti per i seguenti obiettivi: l'ideazione e la sperimentazione di protocolli diagnostico-terapeutici, consigliati agli operatori socio-sanitari, per la realizzazione di *screening* preventivi con riferimento alle condizioni di salute delle persone immigrate e alla prevenzione delle malattie diffusibili in ambito comunitario; un piano di formazione specialistica degli operatori socio-sanitari a contatto con gli immigrati soccorsi o accolti nei Centri riguardo alla diagnosi precoce ed al trattamento di patologie poco note in Italia, di carattere diffusivo, tumorale e nutrizionale; un piano di informazione e di aggiornamento degli operatori a contatto con gli immigrati soccorsi o accolti nei Centri riguardo alla prevenzione delle malattie diffusibili in ambito comunitario, alle relative precauzioni e norme di comportamento; la realizzazione e l'utilizzo di una cartella clinica informatizzata che consenta, nel rispetto della normativa sulla privacy, di tracciare lo stato di salute delle persone ospitate nei Centri, al fine di fornire le necessarie informazioni clinico-diagnostiche, per l'attività di promozione e cura della salute svolta dagli operatori sanitari delle diverse regioni italiane, in considerazione dell'elevata mobilità degli immigrati sul territorio nazionale; realizzare materiale divulgativo, in formato cartaceo e digitale, da mettere a disposizione degli operatori socio-sanitari e di pubblica sicurezza per il potenziamento delle relative attività di competenza.

Passiamo ora a considerare qual è il livello di accesso della popolazione immigrata regolare alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale e se sussistono particolari problematiche sanitarie connesse all'immigrazione clandestina.

Le politiche sanitarie delineate dalle disposizioni vigenti, in un'ottica di complessiva tutela della salute pubblica, mirano a garantire la verifica e l'eventuale ripristino della salute di tutti gli immigrati presenti e, per realizzare tale scopo, hanno eliminato barriere di natura giuridica e cercato di contrastare eventuali barriere di natura economica. Una delle sfide in sanità pubblica riguarda la necessità di garantire percorsi di tutela a quella parte di popolazione che per vari motivi si trova a vivere ai margini del sistema, in condizioni di fragilità sociale, economica e culturale. L'obiettivo generale del sistema sanitario pubblico riconoscibile nelle disposizioni vigenti è quello dell'accessibilità ai servizi sanitari pubblici, quindi la loro organizzazione in funzione di una reale fruibilità per i pazienti stranieri.

La legislazione italiana (testo unico sull'immigrazione), nel rispetto del principio costituzionale di tutela della salute esposto nell'articolo 32, ha inteso assicurare l'assistenza sanitaria per gli stranieri irregolari indigenti. Questa soluzione normativa ha consentito di intervenire per evitare un peggioramento delle condizioni sanitarie degli immigrati che si sono «manifestati», condizioni

passibili di un deterioramento a causa della «clandestinità» (sfruttamento lavorativo o sessuale, disagio abitativo, povertà economica, esclusione sociale).

Le migrazioni, di per sé, sono fonte di stress e di pericoli per la salute, comportando una nuova organizzazione della vita con un conseguente totale sradicamento dall'ambiente di origine e dalle proprie sicurezze. Per questo, la tutela della salute dei migranti assume un'importanza strategica, anche nell'ottica di una salvaguardia della salute di tutte le persone.

Garantire l'accesso ha fatto emergere comunque alcune aree critiche per la salute: condizioni patologiche con particolare riferimento a quelle infettive e al disagio psichico, importanti non tanto per la consistenza numerica o per patologie importate dai Paesi di provenienza, quanto per la scarsa preparazione e dimestichezza dell'operatore sanitario nel gestire malattie, stati d'animo, condizioni sociali e relazionali inconsuete; condizioni fisiologiche come la gravidanza e comunque tutto l'ambito materno infantile con, ad esempio, tassi di mortalità perinatale significativamente più alti tra i figli di straniere immigrate; infine, condizioni sociali quali la prostituzione, che vede come protagonisti spesso obbligati donne e uomini stranieri, o anche la detenzione.

Paradossalmente c'è il rischio che gli immigrati, man mano che invecchia la storia migratoria, possano integrarsi con la società ospite condividendo la stratificazione sociale più svantaggiata, che fa più fatica a tenere il passo, e possano anche condividere il profilo di salute della disuguaglianza; questo non solo in termini di fasce estreme del fenomeno (disuguaglianza tra i più ricchi ed i più poveri) ma in qualsiasi punto della scala sociale, con significative differenze peggiorative degli indicatori di salute, mortalità e morbosità, oggettiva e percepita da chi sta più in basso rispetto a chi sta più in alto. È noto a tutti gli studiosi del settore il fenomeno della «transizione epidemiologica». In assenza di una normativa specifica in materia di diritto alla salute e di un'organizzazione adeguata dell'assistenza sanitaria, una parte significativa della popolazione immigrata, stabilmente presente nel nostro Paese, per anni si è trovata esclusa dalla possibilità di accedere ai servizi socio-sanitari.

In particolare, occorre potenziare il ruolo della medicina preventiva e dei servizi territoriali nei confronti della popolazione immigrata, al fine di attivare percorsi mirati di prevenzione delle patologie e di promozione di stili di vita salubri. Per realizzare tale percorso, occorre rimuovere tutti gli ostacoli organizzativi e in formativi che rendono più difficile l'accesso degli immigrati ai servizi preventivi e che rischiano di aumentare i ricoveri ospedalieri inappropriati e le prestazioni altrettanto inappropriate, con un importante riflesso sui costi e la sostenibilità finanziaria del sistema. Inoltre, occorre potenziare la formazione mirata dei medici di famiglia e del territorio al fine di renderli maggiormente in grado di far fronte alle richieste di cura e alla promozione dell'educazione sanitaria dei pazienti stranieri. Occorre quindi potenziare la formazione riguardo agli aspetti epidemiologici, nutrizionali, antropologici, socio-sanitari ed etno-psicologici del profilo di salute della popolazione straniera.

La sfida di oggi è quella di una completa integrazione sociale e, per quel che riguarda la sanità, di garantire loro una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. Pensare ad una organizzazione adeguata, ad una capacità comunicativa efficiente, ad una compatibilità culturale, alla formazione specifica del personale è ancora una volta un'occasione per il nostro sistema di ripensare se stesso e renderlo più fruibile e attento anche alla popolazione italiana.

PRESIDENTE. Ringrazio il sottosegretario per la relazione svolta.

Come preannunciato, il seguito dell'audizione è rinviato alla seduta di mercoledì 3 dicembre prossimo, alle ore 14.

La seduta termina alle 14,45.