

# **PROBLEMATICHE SANITARIE IN UNA SOCIETÀ MULTICULTURALE**

di  
Aldo Morrone

## **Introduzione**

Babele. Quante volte utilizziamo questa parola per indicare uno stato di caos, confusione, di incomprensione totale tra le persone. Quante volte dinanzi al fenomeno migratorio, così pressante ed urgente che si concentra nelle nostre città, abbiamo parlato di Babilonia, per manifestare il senso di confusione che ci sentiamo dentro? Eppure non sempre è vero. Il significato transculturale di Babele, forse oggi ci può essere più chiaro. Nella città della grande torre gli uomini "avevano una sola lingua" e "facevano mattoni" (Gen 11, 1-9). Avevano cioè dato vita a una città di schiavi (fabbricare mattoni), la cui unità e potenza poggiava sull'aver annullato le diversità (stessa lingua). Dio scende a confondere questo progetto umano di unità e avvia un lunghissimo cammino che si compirà soltanto dopo che il Figlio stesso di Dio avrà abbattuto "il muro di separazione" e lo Spirito di Dio concederà ai discepoli di parlare non la medesima lingua, ma una lingua che ciascuno, nella propria diversità, comprende. Anche oggi, la lingua dei mistici, dei poeti, degli uomini liberi, è compresa da tutti. L'unità che annulla le differenze o che le appiattisce forzatamente, non ha futuro, non dura nel tempo.

L'ospedale in cui lavoro, l'Istituto di Santa Maria e San Gallicano, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), fin dal 1725, cioè dalla sua fondazione, si occupa di assistere le persone più povere ed emarginate. Per questo motivo era stato fatto costruire da Papa Benedetto XIII, che lo voleva aperto e funzionante proprio per l'Anno Santo del 1725.

Il Giubileo del Duemila, che ha comportato l'arrivo in Italia e, in particolare, a Roma, di milioni di pellegrini, ci ha invitato a non dimenticarci proprio degli individui a maggior rischio di emarginazione, come i nomadi, gli immigrati e le persone senza fissa dimora. Certamente non mancheranno situazioni di dolore e sofferenza per molti e questo libro vuol essere, tra l'altro, un'occasione per conoscere e prevenire questa sofferenza.

Noi sappiamo quasi tutto sulle migrazione degli uccelli e delle tartarughe marine, qualcosa conosciamo anche riguardo l'emigrazione italiana all'estero e nel nord d'Italia, ma sicuramente sappiamo troppo poco sulla realtà dell'immigrazione delle persone provenienti dai Paesi in via di sviluppo (PVS). Anche i mass-media spesso non riescono ad offrire un panorama corretto di questa realtà. Dobbiamo cercare sempre di "leggere" attentamente il libro dell'immigrazione, altrimenti rimarremo illusi e ignoranti. È un po' come con l'incantatore di serpenti che finge che al suono del suo strumento, il cobra si alzi verso il cielo ammaliato dalla musica, in realtà si tratta di un imbroglio, un crudele imbroglio. Il cobra infatti, si muove, non perché senta la musica che gli viene suonata, ma, perché, precedentemente accecato, va alla ricerca della luce. Per tale crudeltà, il governo indiano vieta queste rappresentazioni. Di incantatori di serpenti, che cercano di "raccontarci" la realtà dell'immigrazione a modo loro, ce sono tanti. Cerchiamo di non cadere nell'illusione e proviamo ad elaborare in maniera attenta e scientificamente corretta il fenomeno migratorio a livello mondiale.

Perché milioni di persone rischiano tutto ciò che possiedono e, talvolta, anche la vita, per venire in Europa? Quali sono i divari esistenziali tra Nord e Sud del pianeta? Quali sono i paesi poveri e quelli ricchi?

## **Il fenomeno migratorio tra nord e sud del pianeta**

Il Rapporto Brandt nel 1980, cercava di chiarire quali fossero i paesi più industrializzati ed economicamente sviluppati rispetto a quelli ad economie povere o in transizione. Questi paesi sono stati chiamati di volta in volta Paesi del terzo mondo, Paesi del Sud, Paesi in via di sviluppo. Nessuno ha il coraggio, in base alle leggi economiche del libero mercato imposte da alcuni paesi del Nord, di chiamarli "Paesi impoveriti" dal Nord del pianeta. Non possono essere più chiamati Paesi del terzo mondo, perché non esiste più il secondo mondo, mentre il termine "Paesi in via di sviluppo" è un tragico eufemismo. La Commissione Brandt li definì "Sud del pianeta", ma è un sud un po' particolare, dove, per esempio,

l'Australia e la Nuova Zelanda, che sono nel sud dal punto di vista della latitudine, non fanno parte della fascia povera. Vediamo di capire perché una gran parte dei paesi del mondo, il Sud dell'umanità, è povero.

Analizziamo alcuni dati ufficiali elaborati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) o da altre agenzie internazionali, come la FAO, l'UNESCO.

La speranza di vita nel mondo, è distribuita in modo iniquo: la maggiore speranza di vita, 79 anni, si osserva in Giappone, Islanda, Svezia, Svizzera, Australia, Italia, Spagna. La più bassa, 39 anni, si osserva nei paesi dell'Africa subsahariana o in Medio Oriente, come Uganda, Afghanistan, Guinea, Zambia, Ruanda.

La speranza di vita alla nascita in Mali è di 38 anni, esattamente la stessa speranza di vita presente nell'Europa occidentale ai tempi delle crociate. Nel 1096 all'inizio della prima grande crociata in Europa, l'età media era intorno ai 33 - 34 anni, dopo 900 anni questa è la stessa durata di vita media nei PVS. La speranza di vita, negli anni '50, nei Paesi subsahariani, presentava una media intorno a 38 anni; nel 1995 è ancora intorno ai 38 anni. Nascere in quei paesi significa non sperare di vivere più di 39 anni.

Nell'analisi dei Paesi con il maggiore e il minore prodotto interno lordo pro capite, cioè quanto teoricamente possiede un cittadino di questi paesi, si può osservare un'ulteriore ingiustizia. Il Lussemburgo è il paese più ricco, in cui i cittadini dispongono in media di 39.000 dollari a testa, segue la Svizzera con 37.000 dollari a testa per ogni cittadino, gli Stati Uniti si trovano più distanziati con 25.000 dollari pro capite. In Sudan o in Somalia ogni cittadino in un anno ha sua disposizione, al massimo, 70 dollari. È difficile pensare che una persona che abbia a disposizione 70 dollari in un anno non tenti di attraversare, "anche a nuoto" il Mediterraneo per pulire vetri ai semafori.

Per quanto riguarda il livello di indebitamento accumulato da alcuni PVS, occorre sottolineare che, per molti di essi, il prodotto interno lordo, è insufficiente a compensare il debito estero. Questi Paesi hanno avuto un indebitamento sul prodotto interno lordo, tale che il Paese è in bancarotta totale, cioè il Paese può essere acquistato da singole persone. Si può osservare per esempio che il Nicaragua presenta un indebitamento dell'800 per cento del prodotto interno lordo. Subito dopo abbiamo il Mozambico, la Costa D'Avorio, la Somalia. Si tratta, come si può vedere, sempre gli stessi Paesi.

Nel rilievo sulle economie mondiali più forti, c'è da sottolineare come 6.000 miliardi di dollari rappresenti il prodotto interno lordo degli Stati Uniti; l'Italia, in base a questi dati è la quinta potenza mondiale del nostro pianeta, con quasi 2.000 miliardi di dollari come prodotto interno lordo. È incredibile pensare che non riusciamo a garantire il diritto alla tutela della salute delle persone immigrate, pur rappresentando la quinta potenza economica mondiale.

È a tutti noto che la salute è legata molto al problema culturale. Nell'analisi del numero medio di anni pro capite dedicati allo studio da parte dei cittadini dei paesi del Nord e del Sud del pianeta, è interessante notare che tra i paesi con minore scolarizzazione ritroviamo il Burkina Faso, il Niger, il Butan, la Somalia, il Burundi. Gli abitanti di questi paesi sono andati a scuola mediamente non più di due mesi in tutta la vita. Negli Stati Uniti, in Canada, in Norvegia, in Australia, ogni cittadino è andato a scuola per non meno di 12 anni. È evidente che dove la cultura è assente, più malattie saranno presenti.

Nei PVS è presente un'altissima incidenza di mortalità infantile. Si può osservare come ogni 1.000 nati vivi, ci siano 198 morti. Nei paesi con minor mortalità infantile ritroviamo il Giappone, la Finlandia, l'Islanda, Singapore, la Svezia, cioè i paesi più sviluppati economicamente e industrialmente, attestati su cifre intorno al quattro per mille.

Tra i paesi con la più bassa percentuale di adulti alfabeti, ritroviamo i "soliti noti": Burkina Faso, Sierra Leone, Guinea, Nepal, Somalia, Sudan, Afghanistan, in cui solo il 19 per cento degli adulti sa leggere e scrivere.

I dati ufficiali a cura dell'OMS sulla reale incidenza dell'AIDS sulla Terra, dimostrano, se si osservano attentamente le cifre indicate, che questo spettro, questa peste del Nord del pianeta, in realtà colpisce drammaticamente proprio il Sud del pianeta.

Nei Paesi subsahariani si contano oltre venti milioni e mezzo di persone sieropositive o con la malattia conclamata; in Estremo Oriente abbiamo più di due milioni e mezzo di malati; America Latina e Caraibi presentano una cifra di circa un milione e mezzo; l'Europa occidentale circa quattrocentocinquantamila; mentre nel Nord America sono presenti circa settecentocinquantamila casi. Dinanzi a questo quadro epidemiologico è bene sapere che su ogni cento dollari investiti nella ricerca sull'AIDS, 99 dollari e mezzo sono investiti nello studio e nella sperimentazione nel Nord del pianeta, mentre per il Sud del pianeta, dove maggiormente è presente la malattia, si spendono solo i rimanenti 50 centesimi.

I diversi costi di un chilo di pane, in termine di orario di lavoro da svolgere, in alcune città della Terra, dimostrano ulteriori disparità. Si tratta di uno studio dell'Unione Banche Svizzere (UBS), quindi uno studio, come si suol dire, al di sopra di ogni sospetto. L'Unione Banche Svizzere ha pubblicato questo studio, nel 1995. A Copenaghen 1 chilo di pane costa, in termini di lavoro, 8 minuti di lavoro; a Lagos 1 chilo di pane costa 108 minuti. Se invece del pane vogliamo vedere il costo di hamburger, tipo Big Mac con una

grossa porzione di patatine fritte, possiamo notare che mentre a Chicago costa 14 minuti di lavoro, a Lagos costa quasi due giornate di lavoro, cioè 12 ore di lavoro.

Un altro dato, sempre fornito dall'UBS, nel 1995. Si tratta di un rapporto sul costo della vita nei vari paesi del pianeta. Tutti noi ci aspetteremmo di osservare un costo della vita proporzionato alle possibilità di guadagno presenti nella popolazione. Invece lo studio dell'UBS, smentisce questa aspettativa. Se osserviamo con attenzione il rapporto tra costo della vita e paga oraria netta in dollari, si scoprono dei drammatici paradossi. A Lagos, la paga oraria netta in dollari è 50 centesimi, mentre il costo della vita è di 1.973 dollari, notevolmente maggiore del costo della vita a Chicago e a New York, oppure a Zurigo, dove però si guadagnano ben 17 dollari l'ora, per lo stesso tipo di lavoro.

Sempre l'UBS, fornisce altri dati. Viene indicato il salario percepito per lo stesso lavoro, in diversi paesi del Pianeta. Il salario medio annuo di un operaio specializzato, a Tokyo, raggiunge i 46.500 dollari, mentre a Nairobi non supera i 900 dollari. Un ingegnere a Francoforte guadagna annualmente, in media, 65.000 dollari; a Lagos "lo stesso ingegnere" percepisce 2.200 dollari, in un anno. Se si tiene conto che in una buona giornata di lavoro, davanti a un semaforo, a Roma, si può arrivare a guadagnare anche 100 dollari, non meravigliamoci se ingegneri, medici, avvocati, provenienti dai Paesi in via di sviluppo preferiranno questa scelta!

Un'altra raccolta di dati importanti viene sempre dall'UBS ed è rappresentata dal diverso stipendio annuo, lordo e netto, che percepisce un maestro elementare, con 10 anni di anzianità, 2 figli a carico, che vive a Zurigo o a Nairobi. Nel primo caso guadagna 74.000 dollari, nel secondo solo 600 dollari. Un autista di autobus, che è una professione nei Paesi poveri, molto importante, guadagna solo 500 dollari all'anno. Non abbiamo inserito l'Eritrea o l'Etiopia, dove ci rechiamo di frequente per lavoro, in cui lo stipendio annuo, per questo lavoro, non supera i 200 dollari.

Altro elemento importante da prendere in considerazione, nello studio delle cause dell'immigrazione, riguarda il numero medio di nascite per ogni donna.

I Paesi subsahariani, che partono già da una media di circa 8 figli per donna, si manterranno così fino a oltre il 2000; mentre i Paesi industrializzati, tendono a posizionarsi intorno ad una media di 1,2 figli per donna, certamente con grande disappunto dei pediatri, dei ginecologi, degli insegnanti, che vedono, in tale prospettiva, messo a rischio il loro lavoro.

L'analisi dei dati sulla popolazione mondiale al di sotto dei 16 anni, presente allo stato attuale e prevista nella proiezione dell'anno 2025, forniti dalle Nazioni Unite, ci svela altre ingiustizie. La regione subsahariana, presenta l'aumento maggiore con circa 500 milioni nel 2025. Anche l'Asia meridionale e l'Asia orientale, presentano un andamento assai vorticoso, per cui nel 2025 avremo circa 1 miliardo e mezzo di ragazzi sotto i 16 anni. Difficilmente si potrà obbligarli, con le conoscenze che arriveranno loro, sullo stile di vita presente nei paesi ricchi, a rimanere nei loro paesi perché nel Nord del pianeta, non c'è posto per loro. Sicuramente, chiederanno di poter partecipare alla divisione dei beni del patrimonio dell'intero pianeta e sarà difficile negarglielo.

Per quanto riguarda l'ammontare del debito pubblico complessivo, cioè il rapporto tra il prodotto nazionale lordo e l'indebitamento pubblico, secondo i dati della Banca Mondiale, il debito della regione subsahariana è in netto aumento man mano che passiamo dagli anni '70 al 1995. Se si osserva attentamente il debito pubblico dell'America Latina, si può scoprire un particolare molto importante e rivoluzionario. L'America Latina intorno agli anni '80 decide di non chiedere più prestiti alla Banca Mondiale e al Fondo Monetario Internazionale, ebbene, dal momento in cui decide di rinunciare agli aiuti economici offerti dalle agenzie economiche internazionali, il debito pubblico diminuisce, e l'economia nazionale migliora. È estremamente significativo questo evento, perché dimostra che gli aiuti economici internazionali, favoriscono solo l'ulteriore indebitamento dei paesi "aiutati". L'esempio dell'America Latina che ha avuto il coraggio o la velleità di non chiedere più aiuti alla Banca Mondiale, è estremamente interessante. Oggi purtroppo la politica economica sta cambiando e i governi locali si spingono sempre più verso un liberalismo economico sfrenato e senza regole, che determina un impoverimento massiccio della popolazione. Non a caso il gruppo di immigrati più numeroso, proveniente dall'America Latina, arriva dal Perù. Un paese dove le scelte economiche del governo rendono impossibile la vita a milioni di "nuovi poveri".

C'è un altro elemento che determina la fuga dai Paesi in via di sviluppo e che viene quasi sempre dimenticato: la guerra. La gente scappa dai propri paesi sconvolti dalle guerre "minori", dalle guerre "silenziose e povere". Ma non tutti riescono a scappare, molti, troppi muoiono.

I decessi dovuti alla guerra e alle cause correlate, divisi per aree geografiche, sono un altro indicatore di base molto utile. Partendo dal 1945 al 1995, si può osservare un netto aumento in l'Asia orientale, durante il periodo della guerra d'Indocina, negli anni '50 con una mortalità di circa 400 mila casi. Nei Paesi in via di sviluppo, ogni anno, circa 400 mila persone muoiono, nel silenzio e indifferenza più totali.

Un altro dato estremamente significativo dell'OMS riguarda lo studio dei 54 milioni di decessi che si sono verificati sulla Terra, nel 1994. Sedici milioni sono dovuti a malattie infettive e parassitarie, circa 508

mila a cause materno-infantili. Se andiamo però ad analizzare dove si sono verificate questi 16 milioni di decessi per cause infettive e parassitarie, ci accorgeremo che per la quasi totalità si sono avuti nei Paesi in via di sviluppo, cioè nel Sud del Pianeta.

I dati presentati sono una premessa indispensabile per delineare un quadro internazionale sulle principali cause del fenomeno dell'immigrazione. Certamente le cause sono molteplici lo spazio a nostra disposizione è insufficiente per offrire un panorama più completo. L'importante è capire che se non si modificheranno le condizioni strutturali economiche e politiche per cui quattro quinti della popolazione mondiale è costretta a disporre di meno del 15 per cento del totale delle ricchezze del pianeta, non si fermerà mai l'ondata di immigrazione dal Sud verso il Nord del pianeta.

In Italia l'immagine dello straniero, è ancora circondata da un tenue ma resistente velo di razzismo. È sufficiente sfogliare alcuni giornali e leggere alcuni articoli per rendersene conto. Ma c'è anche di peggio: un noto esponente politico ha affermato che se, tutto sommato, a Roma possono vivere gli ebrei, potranno viverci anche gli zingari. È questa, un'affermazione a dir poco paradigmatica di una certa cultura dell'intolleranza e del razzismo.

Nel maggio 1994 fu affisso in tutte le tabaccherie d'Italia, circa 50.000, un avviso al pubblico, poi pubblicato nella rivista "Il tabaccaio", per invitare la gente a fumare le sigarette del monopolio e non quelle di contrabbando, in quanto queste ultime in alcuni casi, venivano maneggiate a vari livelli da operatori clandestini extracomunitari portatori di lebbra, per cui non conviene fumare di contrabbando per risparmiare poche lire, con il rischio di contrarre la lebbra, concludeva l'avviso. Se non fosse una tragedia, sarebbe una farsa. Gli immigrati quindi visti come portatori di lebbra.

Continuando nella controinformazione sull'immigrazione, cerchiamo di scoprire esattamente il vero numero degli immigrati sul pianeta e dove si trovano. Secondo i dati ufficiali, sempre delle Nazioni Unite, gli immigrati nel mondo sono attualmente oltre 125 milioni. Ma dove si concentrano principalmente? In Europa o negli Stati Uniti d'America? Durante la guerra nello Zaire, ora repubblica democratica del Congo, e nel Ruanda, oltre un milione di profughi scappava da un paese all'altro. Quanti di questi sono arrivati in Europa o negli Stati Uniti? Nel Nostro Istituto ne sono arrivati poco meno di 20, perché? Perché gli stranieri più poveri, malati, profughi, come è noto, non riescono a lasciare il loro paese, sono troppo poveri e malati per farlo.

La ripartizione degli immigrati, per aree geografiche, vede che nell'America del Nord si reca il 22 per cento, in Europa il 19 per cento. Questo significa che, tutto sommato, solo il 41 per cento degli immigrati del mondo, sceglie i Paesi cosiddetti del Nord, l'altro 59 per cento, è a carico sempre dei Paesi del Sud che si fanno carico anche degli immigrati ancora più poveri di loro. Si recano nell'Asia meridionale, il 10 per cento emigra nell'Africa subsahariana, il che vuol dire che se uno che scappa, per andare in un Paese ancora più povero del proprio, la sua situazione è decisamente drammatica.

In ultima analisi, a differenza di tutte le grida contro l'arrivo di ondate di immigrati, i dati delle Nazioni Unite, confermano che la maggior parte degli immigrati, il 59 per cento, è sostanzialmente a carico del Sud del Pianeta, che tra l'altro non ha neanche diritto a protestare, come accade per i paesi del Nord.

Vediamo adesso di offrire dati corretti relativi agli immigrati presenti in Italia. Spesso si osserva una girandola di numeri, espressione più di pregiudizi ideologici che di attenti studi.

## **L'immigrazione in Italia**

Solo da pochi anni si è riusciti ad ottenere dei dati ufficiali da parte del Ministero dell'Interno sulla presenza ufficiale degli stranieri in Italia. Per troppo tempo abbiamo tutti assistito alla lotteria dei numeri. Quanti sono gli stranieri in Italia? A questa domanda ogni forza politica e sociale, forniva un numero quanto mai fantasioso, legato al maggiore o minore grado di razzismo o intolleranza di cui era espressione. Alcuni giornali sono arrivati a pubblicare cifre di 5 - 10 milioni di immigrati che avrebbero *invaso* l'Italia. Non sono più le mode, i turisti o il libero mercato a *invadere* l'Italia, ma ormai solo per gli immigrati si usa questo termine, tipicamente militare.

I dati più recenti, sulla presenza di stranieri e di immigrati in Italia, sono quelli forniti dal Ministero dell'Interno, calcolati sul numero di permessi di soggiorno rilasciati in un determinato periodo. Tuttavia, bisogna tenere presente che questi dati si basano su indicazioni di strutture periferiche, alcune delle quali non sempre organizzate nell'aggiornamento e nella verifica costante.

Per questo motivo anche i dati ufficiali possono subire aggiornamenti e variazioni durante l'anno, pur se riferiti a una medesima data, soprattutto quando si ricorre ad aggregazioni e disaggregazioni statistiche.

Gli stranieri presenti in Italia, al 1 gennaio 1998, erano 1.240.721, di cui il 54,5 per cento maschi, e 562.470 donne (45,5 per cento) così ripartiti:

- 168.125 dell'Unione Europea (13,6 %);

- 1.072.596 non appartenenti all'U. Europea (cosiddetti *extracomunitari*), di cui:
  - 100.134 provenienti da paesi a sviluppo avanzato (8,0%) (PSA);
  - 972.462 provenienti da paesi in via di sviluppo (PVS).

Confrontando questi dati con quelli del 1 gennaio 1997, si osserva un aumento complessivo degli stranieri del 13,24 per cento, passando da 1.095.622 a 1.240.721. Gli appartenenti all'Unione Europea aumentano a 168.125 (più 10,54 per cento) e rappresentano ormai meno di un sesto di tutti gli stranieri. Aumentano anche le presenze di persone provenienti dai PVS, che passano a 972.462 (più 14,06 per cento).

I 145.000 permessi di soggiorno in più rispetto al 1996, non sono espressione di un aumento reale di immigrati, ma riflettono la completa registrazione che si è realizzata di tutti i permessi concessi ai circa 250.000 immigrati che l'avevano richiesta in base al decreto legge n° 489 del 18 novembre 1995, noto come Decreto Dini. In tal modo si è data una piena visibilità statistica del provvedimento straordinario di sanatoria legato a quel decreto.

Gli stranieri in Italia si ripartiscono in 168.125 cittadini dell'Unione Europea (13,6%), 100.134 (8,0%) provenienti da PSA, 292.656 (23,6%) dall'Europa dell'Est e 679.806 (54,8%) dal Sud del mondo. La loro incidenza complessiva sulla popolazione residente è pari al 2,2 per cento (meno della metà rispetto alla media europea). Tra loro a cercare un inserimento stabile in Italia sono circa un milione. Le donne sono 562.470 (pari al 45,5%), di cui 98.897 provengono dai paesi dell'Unione Europea.

Rispetto agli ultimi 5 anni, nonostante il blocco del mercato del lavoro, gli occupati stranieri si sono triplicati e i disoccupati sono diminuiti di quasi un quinto. In particolare occorre sottolineare che i disoccupati, che erano pari alla metà dei lavoratori dipendenti nel 1990, ora sono scesi al 18,5%.

L'analisi incrociata del numero dei permessi di soggiorno concessi per motivi di lavoro, delle posizioni registrate presso l'INPS, delle persone abilitate a lavorare come autonomi o professionisti e di quanti sono disoccupati, porta a stimare circa 50.000 i lavoratori stranieri per i quali non vengono versati i contributi da parte dei rispettivi datori di lavoro. È opportuno segnalare che questi lavoratori assicurano un forte gettito contributivo con una incidenza crescente specialmente in alcuni settori (nel lavoro domestico incidono per il 15%). Un altro dato significativo emerge da uno studio del 1996 dell'Istituto Scalabrini e del CNEL, secondo cui il valore aggiunto complessivo del lavoro degli immigrati è stimabile pari all'1,5-1,8 per cento (24-25 mila miliardi correnti).

Meno dinamico si presenta il settore del lavoro autonomo. Nel 1990 si trattava di 23.876 permessi passati poi a 36.586 nel 1997 con un aumento del 50 per cento in sette anni. Complessivamente i lavoratori autonomi rappresentano appena il 5 per cento dei permessi concessi per motivi di lavoro e, in proporzione, sono sei volte meno numerosi rispetto ai lavoratori italiani non dipendenti. Una maggiore flessibilità normativa nella fase dell'ingresso in Italia e la deroga al principio della reciprocità per chi si stabilisce in Italia, consentiranno nel futuro lo sviluppo di virtualità molto diffuse nella popolazione immigrata. Si ridurranno in tal modo il numero dei disoccupati e si potrà favorire inoltre l'inserimento nell'area produttiva e assicurativa degli stessi familiari.

Gli stranieri titolari di permesso di soggiorno (1.240.721) sono pari al 2,2 per cento della popolazione residente (57.332.996 al 1 gennaio 1996). Questa incidenza è variamente ripartita per aree geografiche: 3 per cento al Centro, 2 per cento al Nord, e 1 per cento al Sud. Le regioni con una maggiore incidenza della popolazione straniera sono il Lazio (4,5 per cento), il Trentino Alto-Adige (3,5 per cento), il Veneto (2,7 per cento), la Valle d'Aosta (2,5 per cento), la Lombardia (2,8 per cento) e l'Umbria (2,4 per cento). I cittadini non appartenenti all'Unione Europea (1.072.596) da soli sono pari all'1,9 per cento della popolazione residente.

Nell'Unione Europea l'impatto degli stranieri sui residenti è del 4,6 per cento dei residenti e i cittadini extracomunitari da soli incidono per il 3,7 per cento. In 6 stati membri ( Belgio, Germania, Austria, Francia, Svezia e Paesi Bassi) l'incidenza degli stranieri supera il 5 per cento.

La crescita della presenza straniera in Italia negli anni novanta, benché più accentuata rispetto al passato, sta avvenendo secondo ritmi che non si configurano affatto come un'invasione, anche nelle aree a maggiore densità di presenza straniera: in provincia di Roma l'impatto degli stranieri sui residenti è del 5,6 per cento, del 4,5 a Bolzano, del 4,0 per cento a Milano e del 3,6 per cento a Forlì.

Nel 1990 l'Unione europea contava oltre 14 milioni di stranieri che rappresentavano il 4,1% della popolazione residente con forti diversificazioni percentuali rispetto al paese di riferimento, dal 9,1% del Belgio (il caso del Lussemburgo con una percentuale del 27% è da considerare una situazione particolare, in quanto è noto trattarsi di un paese considerato "paradiso fiscale" da molti stranieri che in tal modo, per assicurarsi i privilegi fiscali, chiedono la residenza in quel luogo), l'8,4% della Germania e il 6,4% della Francia all'1,4% dell'Italia (oggi 1,7%) e all'1,1% di Spagna e Portogallo. Altri 2.177.000 immigrati erano presenti nel 1990 nei paesi dell'EFTA (Associazione Europea di Libero Scambio), pari al 6,7% della popolazione residente (con punta percentuale massima in Svizzera con il 16,5%). La media europea era considerata di circa il 4,7% della popolazione residente, con l'Italia, in una delle ultime posizioni con il 2,2.

È difficile comunque stimare esattamente il fenomeno dell'immigrazione, poiché gli stranieri si presentano come una popolazione complessa da censire, data la loro mobilità sul territorio e la componente irregolare e clandestina. Occorre osservare che queste cifre possono ridimensionarsi o aumentare, in rapporto a situazioni internazionali particolari, come la guerra nell'ex Jugoslavia, o l'attuale crisi politico-economica dell'Albania o la fuga della popolazione Kurda dall'Iraq e dalla Turchia. Possono modificarsi in rapporto a diversi periodi dell'anno, come nella stagione estiva, in cui il lavoro agricolo della raccolta dei pomodori, vede aumentare vertiginosamente il numero di immigrati, in particolare di colore, in Campania o in Puglia.

La presenza illegale, certamente da stimare con la maggiore attenzione possibile, è in buona parte data da immigrati regolarmente entrati in Italia, che solo in un secondo momento, restando oltre i termini del permesso di soggiorno, diventano irregolari; i clandestini in senso stretto, legati a lavori stagionali, invece, sono in parte diminuiti dopo l'entrata in vigore delle ultime leggi in materia di immigrazione.

Attualmente sul numero degli stranieri illegali, che corrisponde alla somma degli irregolari e dei clandestini, si sono verificate le stesse *invenzioni* che si sono fantasticate sui regolari. In alcuni ambienti e con modalità ricorrenti, viene stimata una presenza quanto mai numerosa. Prima della regolarizzazione si era arrivati a ipotizzare fino a un milione e mezzo di presenze, dopo la regolarizzazione si è continuato a parlare di più di 800.000 presenze, senza peraltro che siano stati mai spiegati criteri e metodi di stima. Più verosimilmente si tratta di appena un terzo della cifra ipotizzata. Oltre tutto la capacità delle forze dell'ordine di eseguire le espulsioni è aumentata nell'ultimo triennio dal 9,8 per cento del 1994, al 12,8 per cento del 1996.

Con la sanatoria introdotta dal decreto Dini sull'immigrazione (Decreto Legge 18. XI. 1995, n° 489 e successive reiterazioni), sono usciti dall'irregolarità e dalla clandestinità quasi 257.000 immigrati le cui domande, al 31 dicembre 1996, sono state in gran parte accolte. Occorre ricordare che in cinque anni il governo italiano ha dovuto approvare due regolarizzazioni per alleggerire il serbatoio della presenza illegale: sono state presentate 248.501 istanze nel 1990 e, secondo gli ultimi dati del Ministero dell'Interno, 257.000 nel 1996. Sempre nel 1996 sono state respinte come infondate 2.800 istanze e 28.000 sono rimaste in sospeso. Le 228.567 istanze finora accolte, pari all'88,9 per cento di quelle esaminate, sono così ripartite:

- 11.864 (5,2 %) per ricongiungimento familiare;
- 186.800 (81,7 %) per lavoro subordinato;
- 29.903 (13,1 %) per iscrizione alle liste di collocamento.

Tra i permessi di soggiorno rilasciati per motivi diversi da quello dell'inserimento lavorativo, circa la metà, cioè 230.450, sono quelli legati al ricongiungimento familiare, aumentati al ritmo di 15-20.000 annualmente e in maniera più consistente nell'ultimo biennio.

Gli immigrati presenti per motivi familiari incidono per un terzo sul totale dei lavoratori, mentre l'incidenza era solo di un quarto nel 1990. Questo è un ulteriore segno del processo di stabilizzazione della popolazione straniera. Nel 1990 i motivi di "lavoro" e di "famiglia" che avevano congiuntamente un valore del 61,8%, sono arrivati nel 1997 al 79,6%. Si tratta dei quattro quinti di tutti i permessi e, in alcune regioni e specialmente per alcune comunità straniere, dei nove decimi e più del totale. Questo è un ulteriore segno che i nuovi venuti hanno tutta l'intenzione di insediarsi da noi in maniera stabile.

Sono anche aumentati i bambini stranieri entrati in Italia per adozione e per affidamento (quasi 10.000, più del doppio rispetto al 1990). Un flusso che è andato in crescendo in corrispondenza con le difficoltà che caratterizzano le adozioni nazionali.

I permessi concessi a rifugiati e richiedenti asilo nel nostro paese, nel 1997, sono stati nell'insieme 5.128, alcune centinaia in meno rispetto al 1990. Questo valore numerico così contenuto rispetto ai circa 23 milioni di rifugiati e categorie assimilate diffusi nel mondo, non manca di sorprendere. Infatti dalle immagini e dagli articoli dei mass media, sembrava di assistere ad una vera e propria invasione di Albanesi e di Curdi: non c'era giorno che non si mostrassero immagini di "boat-people" provenienti dall'Albania che sbarcavano sulle coste pugliesi o di Curdi sulle coste calabresi, in particolare nel mese di dicembre 1997. Bisogna inoltre aggiungere che, rispetto al 1990, quanti hanno ottenuto rifugio per motivi umanitari sono diminuiti di un quinto, il che lascia pensare che siano tornati nel loro paese di origine o che si siano trasferiti altrove.

Un altro aspetto deficitario dei flussi in entrata è quello degli studenti stranieri che vengono appositamente dall'estero a studiare in Italia (56.759 permessi meno di un quarto rispetto al 1990). Si può dire che finora abbiamo fatto ben poco per attuare il diritto internazionale allo studio. Ad aumentare invece sono i figli degli immigrati che studiano nelle scuole in Italia (più di 45.000, dalle materne fino alle scuole superiori, mentre nel 1990 erano solo 18.000).

La maggior parte degli stranieri viene per lavorare. Negli ultimi anni è possibile notare un costante aumento nei permessi di soggiorno rilasciati agli stranieri per motivi di lavoro, che sono passati da una percentuale del 31% nel 1989 (anno precedente all'entrata in vigore della Legge n.39 nel 1990, cosiddetta

legge Martelli) al 49% nel 1990, al 53% nel 1991, al 56% nel 1992 e 1993, al 57% nel 1994. I permessi di soggiorno per lavoro dipendente, che già superavano la metà del totale, sono ormai al di sopra del 60 per cento. Questo rappresenta l'effetto più evidente della regolarizzazione che ha fatto anche salire i permessi per motivi di famiglia al 18,7 per cento, con l'aumento di quasi un punto percentuale. Complessivamente lavoro dipendente, lavoro autonomo e motivi di famiglia, totalizzano l'81,9 per cento di tutti i permessi di soggiorno e dimostrano che l'immigrazione sta assumendo sempre più il carattere di insediamento stabile.

I permessi di soggiorno vengono concessi non solo per lavoro e possono essere così raggruppati per i vari motivi di rilascio:

Lavoro dipendente	720.243
Ricongiungimento familiare	230.450
Motivi religiosi	58.372
Studenti	56.759
Turismo	47.360
Residenza elettiva	45.852
Lavoro autonomo	36.586
Adozione/affidamento	9.760
Richiesta asilo	5.128
Altri motivi	30.211
Totale	1.240.721

Gli stranieri sono così ripartiti per provenienza continentale:

Europa	486.448	39,2%
Africa	350.952	28,3%
America	172.849	13,9%
Asia	225.474	18,2%
Oceania	4.998	0,4%

La disaggregazione percentuale per continenti rivela che l'evoluzione nel periodo 1997-98 è stata caratterizzata dal maggior peso assunto della componente europea (7 punti percentuali in più), mentre l'Asia ha mantenuto le posizioni e l'Africa e l'America hanno perso qualche punto. Basando il confronto sulle aree più rilevanti per ciascun continente, si riscontra che in questo periodo i paesi dell'Est europeo sono passati dal 5% a quasi un quarto del totale, mentre i paesi dell'Unione europea sono scesi da quasi il 20% al 14%. L'altra area che aumenta, ma in maniera più contenuta (dal 13 al 16 per cento), è l'Estremo Oriente. Il Nord Africa (17-18%) e l'America Latina (8-9%) rimangono sostanzialmente stabili.

A parte il maggior aumento dei paesi dell'Est europeo, comprensibile per la vicinanza e le vicende politiche che li hanno contrassegnati (basti pensare da ultimo all'ex-Jugoslavia e all'Albania), l'incremento della popolazione straniera in Italia ha avuto un carattere diffuso. Il risultato di questo andamento è una presenza non concentrata ma policentrica, che offre spunti di grande interesse per quanto riguarda le prospettive interculturali e la stessa gestione politica del fenomeno.

Il Marocco è la prima comunità (131.406), con una incidenza del 10,6 per cento sul totale e un aumento nell'ultimo biennio del 39 per cento.

L'Albania si rafforza al secondo posto (83.807 persone e 6,8 per cento sul totale), dopo essersi più che raddoppiata nell'ultimo biennio.

Il terzo posto è mantenuto dalle Filippine (61.285), a seguito di una consistente crescita negli ultimi due anni (41 per cento).

Gli USA (59.572), pur restando al quarto posto, registrano una lieve flessione nell'ultimo biennio.

Superano le 40.000 unità Tunisia, ex-Jugoslavia e Germania, mentre Romania, Cina popolare, Senegal e Polonia superano le 30.000 unità.

Sono otto i paesi che si collocano al di sopra delle 20.000 unità: Francia, Sri Lanka, Gran Bretagna, Egitto, Perù, Brasile, India e Croazia. La Svizzera, ventesima in graduatoria, si attesta sulle 18.611 unità.

Nel 1990 i primi 20 paesi totalizzavano il 63,6% di tutte le presenze, mentre nel 1997 sono passati al 66,9% sul totale. Avviene così che quella presenza straniera, che abbiamo qualificato come policentrica, non si disperde ma, complessivamente, rafforza la sua consistenza.

Prendendo come termine di riferimento il periodo 1990-1997, constatiamo che, rispetto ad un aumento medio della popolazione straniera del 58,8%, la Polonia supera l'80%, l'India e la Cina popolare il 90 per cento, lo Sri Lanka il 100% e la Romania e il Perù il 300 per cento. L'aumento più spettacolare è stato realizzato dall'Albania con il 4020%, passando da 2.034 immigrati nel 1990 a 83.807 unità nel 1997. Il

Marocco e il Senegal stanno, seppure per pochi punti, al di sotto della media d'aumento degli anni '90, mentre le Filippine la superano di poco.

Un altro punto che deve essere assolutamente chiarito attraverso cifre e dati incontrovertibili è la diceria che, gli immigrati rubano soldi, lavoro e sono tutti delinquenti.

È ormai noto che la cooperazione governativa con i Paesi del terzo mondo ha prodotto i guasti che tutti conoscono. Inoltre i paesi del Sud rifiutano la cooperazione, così come è realizzata, poiché questo tipo di cooperazione è utile soprattutto a chi la offre. In America Latina, nel momento in cui hanno rifiutato la cooperazione internazionale, cioè hanno rifiutato i prestiti della Banca Mondiale si è risollezata l'economia. In realtà sono gli stessi immigrati che finanziano lo sviluppo dei loro paesi, attraverso le rimesse bancarie. Sono circa sei anni che la Banca d'Italia realizza uno studio sulla quantità di rimesse che vengono effettuate dagli immigrati all'estero attraverso il sistema bancario italiano e internazionale. Oltre al canale ufficiale, come è noto, esiste anche un altro modo di far giungere piccoli capitali, in questi paesi, direttamente attraverso gli amici ed i parenti. Nel periodo 1991-1997 le rimesse degli immigrati (2.335 miliardi di lire complessivamente) hanno visto crescere di cinque volte il loro volume: nel 1991 erano, infatti, solo 110 miliardi di lire. Nel 1997 si è trattato di 566 miliardi che stati inviati, in particolare dagli immigrati asiatici, ma anche europei, ed africani, verso i propri Paesi. Sono gli immigrati presenti in Europa, che si pagano di tasca propria lo sviluppo del proprio Paese e questo, certamente non lo racconta ancora nessuno, chissà perché?

### **Casistica dell'Istituto San Gallicano**

Consapevoli dell'importanza che il fenomeno dell'immigrazione avrebbe assunto negli anni successivi, sin dal gennaio 1985, presso l'Istituto Scientifico san Gallicano di Roma, è stato aperto un Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, che costituisce un valido osservatorio delle malattie presenti negli immigrati, essendo un servizio pubblico e gratuito.

Dal 1° gennaio 1985 al 31 ottobre 1998, sono stati sottoposti a prima visita medica 28.770 pazienti immigrati irregolari, 11.012 erano di sesso femminile e 17.758 di sesso maschile. Il 10% era costituito da bambini, che, assai rari in passato, sono sempre più frequenti. Attualmente il 36% proviene dall'Africa (negli anni 1985-91 era il 73% e nel 1992-94 il 48%), il 18% dall'America Centro-meridionale (negli anni 1985-91 era il 7% e nel 1992-94 il 22%), il 22% dall'Asia (negli anni 1985-91 era il 12 % e nel 1992-94 il 21%), il 24% giunge dall'Europa dell'est (negli anni 1985-91 era l' 8 % e nel 1992-94 il 19%). Il 10,0 % appartiene alla fascia d'età 0-12 anni, mentre il 69,0% fa parte della fascia d'età 13-40 anni, complessivamente il 79% degli immigrati osservati presenta meno di 40 anni. È interessante notare il lento ma progressivo aumento degli immigrati anziani, ultrasessantenni, che nella nostra casistica superano l'11%.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, l'11% possiede una istruzione elementare, il 23,2% ha frequentato la scuola secondaria inferiore, il 38% presenta un livello di istruzione secondaria superiore, il 9,8% un livello di istruzione universitaria, mentre il 18% è laureato.

La persona immigrata generalmente non mette in atto strategie preventive ma si rivolge ai servizi sociosanitari solo in caso d'urgenza o di malattia conclamata, quando cioè non può farne a meno.

Dai numerosi dati raccolti e pubblicati in varie ricerche multicentriche (Lemma et al., 1990; Cerami et al., 1992; Morrone, Passi, Fazio, 1992; Geraci, 1995), è ormai evidente che gli immigrati possiedono un patrimonio di salute sostanzialmente integro nel momento in cui decidono di partire e che diversa è la situazione al loro arrivo in Italia. In passato abbiamo sempre affermato che partono sani e arrivano sani, potendosi ammalare qui in Italia. Oggi questa affermazione non corrisponde più al vero. I viaggi per approdare in Italia sono diventati sempre più drammatici e a rischio di vita. Il giorno di Natale del 1996, una carretta navigante proveniente dalla Turchia, è affondata con 180 persone a bordo: solo 2 persone si salvarono, permettendo così, a distanza di oltre 2 anni, di ricostruire una tragedia vera che sembrava inventata, perché non se ne trovavano tracce. È stata invece la vera tragedia del Titanic dei disperati clandestini dei nostri giorni, per il quale non è previsto nessun colossal cinematografico. Avevamo definito in altri lavori scientifici questo fenomeno come "*effetto migrante sano*", dovuto ad una autoselezione di chi decide di emigrare, oggi però è vero solo in parte. (Morrone, 1995).

L'immigrato, come si deduce dai dati di base raccolti su casistiche molto ampie, appare come una persona generalmente forte, giovane, con più spirito di iniziativa, più stabilità psicologica, in una parola *più sano*, tenendo presente che il proprio corpo, insieme alla capacità lavorativa, è l'unico mezzo di scambio, almeno inizialmente, che si ha con la nuova società. Una buona salute rappresenta l'unica certezza su cui investire il proprio futuro e quello della famiglia, spesso in attesa nel paese d'origine. Nella nostra casistica, il 79% è composto da soggetti di età inferiore ai 40 anni, acculturata ed inoltre, l'86% parla correntemente, oltre alla lingua madre, anche l'inglese, il francese, lo spagnolo o l'italiano.

Nel paese ospite avviene un'ulteriore selezione a rovescio, per cui molti stranieri, avendo durante la loro permanenza contratto malattie croniche invalidanti, ritornano nel paese d'origine (Costa, 1993). Queste considerazioni hanno valore relativo 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 *patrimonio salute* in "dotazione" all'immigrato, sempre che giunga integro all'arrivo in Italia, si dissolve però, più o meno rapidamente, ("*intervallo di benessere*") per una serie di "*fattori di rischio*": il malessere psicologico legato alla condizione d'immigrato, la mancanza di lavoro e reddito, la sottoccupazione in lavori rischiosi e non tutelati, il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse, che spesso si aggiungono a una condizione di status nutrizionale compromesso, la discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari. Questo periodo di intervallo che trascorre dall'arrivo in Italia alla prima richiesta di intervento medico, negli ultimi 4 anni, si è drasticamente ridotto ed è passato da circa 10-12 mesi nel 1993-94 a 3-4 mesi nel periodo 1995-1998. Si possono manifestare in tal modo quelle malattie che sono definite "*malattie da disagio*" o "*malattie da degrado*".

Inoltre si possono individuare alcune malattie ancora non specifiche dell'immigrato, ma che indicano uno stato di estrema emarginazione: sono le "*malattie della povertà*" propriamente dette e cioè la tubercolosi, la scabbia, la pediculosi, alcune infezioni virali, micotiche e veneree, caratteristiche della popolazione senza fissa dimora. (Geraci, 1992; Costa, 1993; Lemma et al., 1990; Morrone et al., 1992).

Per quanto riguarda la principale patologia osservata in queste persone, essa non si discosta da quella che si rileva negli italiani, ad eccezione di alcuni aspetti particolari e può essere così suddivisa: malattie dermatologiche 52%, malattie respiratorie 10.7%, malattie dell'apparato digerente 9.2%, malattie ortopediche e traumatologiche 8.6%, malattie infettive 11%. Queste ultime sono aumentate negli ultimi due anni passando dal 7% all'11%. Sono in lieve aumento anche i disturbi neuro-psichiatrici, saliti, nel 1997, al 5%.

La patologia infettiva propriamente detta è lievemente aumentata negli ultimi due anni, passando dal 7% all'11%. In particolare abbiamo osservato un aumento dell'epatite virale A, B, C, prima piuttosto rare. Sono stati osservati inoltre diversi casi di lebbra, in passato piuttosto rari.

L'AIDS, pur non essendo particolarmente rilevante, assume forme precocemente terminali, con la terribile difficoltà di vivere questa drammatica esperienza in un ambiente estraneo e difficile. Quasi eroica si rivela inoltre la possibilità di aiutare questi pazienti a tornare nella loro terra, come da loro richiesto, quando le condizioni divengono pre-terminali. E spesso muoiono, soli disperatamente soli, così come hanno cercato di sopravvivere. Sostanzialmente l'immigrato non presenta patologie particolarmente gravi, di natura tropicale o molto diverse rispetto alla popolazione residente, se non per la frequente mancanza di tutela sanitaria di base e quindi della possibilità di diagnosi e terapie in tempi brevi ed efficaci che consentano un decorso migliore, un progressivo miglioramento e la guarigione completa.

### **Malati di miseria: i "senza fissa dimora"**

Nel corso della storia, l'uomo ha sempre avuto il timore di rimanere senza un tetto. Le calamità provocate da azioni umane o da cause naturali hanno lasciato eserciti di girovaghi: uomini, donne e bambini senza uno spazio proprio in cui vivere. È facile comprendere questo fenomeno quando è determinato da eventi catastrofici come una guerra o una carestia, ma oggi il problema dei senza dimora dilaga in alcuni dei paesi più opulenti del mondo, in periodi di pace. (Alston, 1998)

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000 propone un patto di solidarietà per la salute tra i cittadini, gli operatori sanitari, le istituzioni pubbliche, il volontariato e la comunità europea ed internazionale, per venire incontro alle persone a rischio di emarginazione.

Tra le idee forti del PSN si sottolinea

- la necessità di diminuire le disuguaglianze nei confronti della salute;
- l'urgenza di promuovere l'uso appropriato dei servizi sanitari;
- l'opportunità di percorrere le strade di integrazione socio-sanitaria;
- e di investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema.

Tra gli obiettivi di salute previsti da PSN, al quarto punto, si ribadisce l'urgenza di rafforzare la tutela dei soggetti deboli.

I livelli essenziali di assistenza dovranno essere:

necessari per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute,

appropriati rispetto alle specifiche esigenze di salute del cittadino ed alle modalità di erogazione delle prestazioni in modo da garantire la tutela della salute su tutto il territorio nazionale, nessuno escluso.

Sono soggetti deboli tutti coloro che, trovandosi in condizioni di bisogno, vivono situazioni di particolare svantaggio e sono costretti a forme di dipendenza assistenziale e di cronicità.

Obiettivo fondamentale del PSN è introdurre nel sistema sanitario condizioni di maggiore equità nell'erogazione dei servizi alle diverse categorie di popolazione in condizione di bisogno. In particolare, va evitato il rischio di assecondare aree privilegiate di bisogno e di utenza evitando vantaggi competitivi per chi può meglio rappresentare i propri bisogni.

Tra i soggetti deboli, particolare attenzione richiedono gli immigrati, i nomadi e i senza fissa dimora, persone, queste ultime, che molto spesso appartengono anche alle altre due categorie.

Secondo le stime dell'OMS, circa 3 milioni di individui nei 15 paesi dell'Unione Europea sono senza una fissa dimora. Un'organizzazione non governativa ha calcolato la presenza di oltre 85.000 senza tetto in Germania, di cui appena un terzo immigrati.

Il problema è comune a molti continenti: ogni notte 750.000 persone negli Stati Uniti dormono all'addiaccio; a Toronto, la città più grande del Canada, alla fine del 1997, in 6.500 hanno alloggiato nei ricoveri di emergenza, con un aumento di due terzi in un solo anno.

Le donne finiscono più facilmente sulla strada, specie se sono sole, se devono mantenere una famiglia o se cercano di fuggire dalla violenza o dai maltrattamenti domestici. Per esempio nel Regno Unito quasi la metà delle lavoratrici non guadagna abbastanza da potersi permettere l'affitto di un monolocale. Negli Stati Uniti, circa un terzo dei nuclei familiari, ossia la metà di quelli poveri, ha una donna come capofamiglia.

Un sondaggio condotto in 11 città statunitensi ha rivelato che mediamente, supponendo che un terzo del reddito sia destinato all'affitto, un appartamento ad equo canone con due camere da letto richiederebbe un salario orario minimo di 10,73 dollari – oltre il doppio di quello corrente di 5,15 dollari. Sono proprio le donne a percepire il salario minimo poiché svolgono prevalentemente occupazioni terziarie di basso livello.

Malgrado le scarse statistiche sui senza fissa dimora, spesso non contemplati dai censimenti, molti dei casi documentati riguardano bambini, anche in tenera età. Nel 1996, negli USA ne vivevano in povertà 5 milioni e mezzo e probabilmente la maggior parte di essi è finita sulla strada.

Dallo studio tedesco, sopra citato, è emerso che un terzo dei senza fissa dimora sono bambini o adolescenti e dalle stime risulta che nel 1995, nel Regno Unito sono rimaste senza casa quasi 250.000 persone tra i 16 e i 24 anni.

In Australia, sono circa 21.000 i giovani tra i 12 e i 18 anni costretti a vivere come vagabondi.

Negli ultimi vent'anni, in molti paesi industrializzati, specialmente in Australia, Canada e Stati Uniti, è aumentato il numero delle famiglie monoparentali, a carico cioè di unico genitore, che quasi sempre è la madre, di cui una grande percentuale vive al di sotto della soglia di povertà.

L'art.27 della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia afferma: "Gli Stati parti riconoscono il diritto di ogni bambino a un livello di vita sufficiente per consentire il suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale". Possibilità negata ai senza tetto.

I giovani privi di una fissa dimora sono doppiamente esposti a patologie croniche come le infezioni respiratorie e dell'orecchio, i disturbi gastrointestinali e le malattie sessualmente trasmissibili quali l'HIV/AIDS. Negli Stati Uniti, un'adolescente senza casa corre un rischio 14 volte maggiore di rimanere incinta. In Belgio, la metà degli ospiti dei dormitori pubblici ha abbandonato gli studi durante o subito dopo la scuola elementare. In Germania, 8 persone su 10 accolte nei ricoveri hanno completato soltanto l'istruzione elementare o sono analfabete, mentre nel Lussemburgo questa cifra è di 9 su 10.

Anziché godere del diritto a "un livello di vita sufficiente per consentire il loro sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale", i bambini che vivono nelle strade subiscono gli effetti nefasti della povertà, della fame, della disgregazione familiare, dell'isolamento sociale e frequentemente sono vittime di violenza e maltrattamenti. Abbandonati a se stessi prima di avere l'opportunità di sviluppare un'identità e di maturare, di poter ricevere un'istruzione e acquisire capacità professionali, questi giovani estremamente vulnerabili cadono facilmente nella rete della prostituzione, dell'uso e del traffico di stupefacenti e della criminalità: talvolta unici mezzi di sopravvivenza. Non fidandosi degli adulti, spesso rifiutano le offerte di

aiuto, interpretandole come tentativi o trucchi per farli arrestare e conseguentemente non usufruiscono dei servizi di cui avrebbero urgente bisogno.

Molti scelgono una tragica via di uscita: uno studio su scala nazionale, condotto nel 1995 negli Stati Uniti, ha rilevato che il 26% dei giovani accolti nei ricoveri di emergenza ed il 32% di quelli che vivevano nelle strade, avevano tentato almeno una volta il suicidio.

Un dramma che si consuma sullo sfondo di un mondo industrializzato economicamente sempre più prospero – il PIL pro capite di 12 paesi è più che raddoppiato tra il 1980 e il 1995 – ma soggetto a profondi cambiamenti nel settore dell'occupazione. Molti posti di lavoro a tempo pieno, ben retribuiti e stabili, specialmente nell'industria manifatturiera, sono svaniti nel nulla. Il crescente ricorso ad impieghi temporanei a tempo parziale (che non offrono un piano previdenziale aziendale) ha compromesso la stabilità delle famiglie e delle comunità.

Allo stesso tempo, la feroce critica allo stato assistenziale che prevede sussidi statali ai poveri – fenomeno particolarmente accentuato in paesi come il Canada, l'Australia, la Nuova Zelanda, il Regno Unito e gli Stati Uniti – ha portato a drastici tagli dei fondi a loro favore e alla riduzione dell'investimento pubblico nell'edilizia popolare e negli enti locali e organizzazioni senza scopo di lucro interessate al problema.

### **Il rilancio di politiche sociali a favore delle persone deboli**

Il fenomeno dei senza fissa dimora è la naturale conseguenza delle politiche adottate dal settore pubblico e privato che impediscono ai poveri di partecipare alle trasformazioni economiche, "squarciando" le reti di sicurezza in nome della competitività globale. Una situazione esacerbata anche dalla profonda riluttanza a cercare le radici del problema.

La tutela dei diritti economici e sociali – contemplata nella Dichiarazione dei Diritti Umani che celebra quest'anno il suo 50° anniversario – viene letteralmente calpestata.

Nel momento in cui l'economia in rapido sviluppo e la "deregulation" del settore privato hanno provocato un forte aumento degli affitti, il Regno Unito e altri paesi hanno venduto alloggi popolari agli occupanti o ai locatari, ignorando la necessità di misure alternative per i meno abbienti che, non potendone sostenere l'acquisto, sono rimasti senza casa.

Nonostante le garanzie da parte degli apparati burocratici sulla disponibilità di sufficienti abitazioni "accessibili", il boom del mercato immobiliare ha trasformato interi quartieri che un tempo offrivano alloggi a basso costo, in aree residenziali per i ceti più ricchi. La disoccupazione, la sottoccupazione, lo sfruttamento sul lavoro, spingono sempre più persone verso un'assistenza sociale già inadeguata.

In molti paesi sono i giovani, ancora una volta, ad essere i più colpiti. Per esempio dal 1988, nel Regno Unito, gli adolescenti di 16 e 17 anni sono stati esclusi dai sussidi statali, determinando così l'aumento dei minori costretti al vagabondaggio. Quando manca un lavoro, un reddito, l'assistenza, quando si perde la speranza, l'alternativa è vivere sulla strada.

Le malattie mentali, la tossicodipendenza e l'alcolismo continuano a mietere vittime, mentre le risorse investite per combattere queste piaghe sociali sono sempre più esigue. Negli Stati Uniti, gli ospedali psichiatrici sono stati chiusi cercando di garantire ai pazienti condizioni di vita più consone presso comunità d'accoglienza, colpite a loro volta da una carenza cronica di fondi. Sebbene desiderosi di vivere insieme agli altri, spesso privi di sostegni adeguati, finiscono per vivere in strada senza punti di riferimento.

In Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Portogallo, e Spagna, il numero delle famiglie al di sotto della soglia di povertà supera molto quello delle unità abitative popolari. In Spagna, per esempio, ben due milioni di nuclei familiari sono in attesa di una casa, ma la disponibilità è di appena 200.000 unità abitative. In Grecia, dove 650.000 persone vivono nell'indigenza, non esistono piani edilizi per le case popolari.

L'assenza di una dimora fissa, l'impossibilità di mantenere un aspetto curato, la mancanza di mezzi necessari per cercare un impiego e di un recapito telefonico per i potenziali datori di lavoro, rappresentano ostacoli insormontabili per tornare a una vita normale. I governi rafforzano ulteriormente queste barriere imponendo forti tagli all'assistenza, negandola a un numero sempre maggiore di aspiranti e costringendo donne con bambini piccoli ad entrare nella forza lavoro (nonostante la mancanza di asili nido adeguati). Naturalmente, non tutti i paesi presentano questa situazione, in particolare quelli nordici, ma purtroppo è una realtà sempre più diffusa.

Non volendo riconoscere la propria evidente instabilità economica e sociale, sempre più comunità tendono a criminalizzare i senza tetto. Alla fine del 1996, 30 delle 50 città più grandi degli Stati Uniti, hanno imposto leggi contro l'accattonaggio. A Seattle, per esempio, i funzionari pubblici hanno ordinato la rigida

applicazione di norme che impediscono ai vagabondi perfino di sedersi sulle panchine del centro. A questi esseri umani non vengono negati soltanto i diritti fondamentali, ma l'esistenza stessa.

Cinquant'anni fa, la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo stabiliva, all'Art. 25, che: "Ogni individuo ha diritto a un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà". Ogni persona ha diritto a "...un tenore di vita adeguato, alla salute e al benessere proprio e della sua famiglia, compreso il cibo, il vestiario e la casa...". Un principio ribadito successivamente in altri undici trattati.

Ma è sempre più difficile garantirne la tutela. Anche i ricoveri di emergenza, che per molti costituiscono l'ultima risorsa, cominciano a scarseggiare. Per esempio, sebbene il numero di letti nei dormitori pubblici di Los Angeles sia più che triplicato nell'arco di dieci anni – da 3.500 a 10.800 tra il 1986 e il 1996 – il rapporto è ancora di 5-8 persone per ogni letto disponibile.

I delegati alla Seconda Conferenza delle Nazioni Unite sugli Insediamenti Umani (Habitat II, Istanbul, 1996) e quelli al Vertice Mondiale sull'Alimentazione (Roma, 1996) hanno negoziato a lungo prima di raggiungere un accordo sul diritto alla casa e al cibo. Nella maggior parte del mondo industrializzato, garantire il diritto ad un tetto significa impegnarsi in programmi massicci di edilizia popolare e sostenere i costi di mantenimento degli alloggi e ad interventi sociali verso i quali non c'è interesse.

In realtà, presuppone la ferma volontà di creare condizioni atte ad offrire a tutti l'opportunità di avere una casa. Occorre rimuovere tutti gli ostacoli, quali il divario tra il salario minimo ed il costo di un alloggio dignitoso, nonché favorire associazioni che riuniscano rappresentanti dei senza tetto, dei fornitori di servizi, delle organizzazioni assistenziali e dei governi locali. Purtroppo il settore privato, che potrebbe proporre soluzioni innovative, non ha mostrato molto interesse al problema; sarebbe invece necessario coinvolgerlo nella creazione di abitazioni, contribuendo ad assicurare un futuro migliore per i bambini, a cominciare proprio dal diritto a una dimora.

Grazie alla legge McKinney, gli Stati Uniti hanno destinato oltre 10 miliardi di dollari all'assistenza dei senza tetto. Oltre alla fornitura di derrate alimentari, di ricoveri e di assistenza sanitaria di emergenza, sono state finanziate iniziative volte ad aiutare i giovani che fuggono da casa, ad agevolare la ricerca di un'abitazione ed il reinserimento dei bambini a scuola.

Indubbiamente questa legge, entrata in vigore nel 1987, ha aiutato centinaia di migliaia di statunitensi ad uscire dalla crisi, ma la tendenza a curare i sintomi anziché le cause del problema non fa che aggravarne la portata.

Fortunatamente alcuni paesi industrializzati, specialmente europei, hanno trovato geniali soluzioni. Belgio, Finlandia, Paesi Bassi, Portogallo e Spagna hanno introdotto il diritto alla casa nelle loro Costituzioni. Sebbene si tratti soltanto di una dichiarazione di intenti, è il segnale di un atteggiamento più equo e realistico nei confronti dei senza tetto.

Alcune città del Belgio hanno stabilito una tassa supplementare per gli alloggi disabitati allo scopo di evitarne l'abbandono da parte dei proprietari e di combattere la speculazione. A Ghent, grazie a questa iniziativa, il numero delle case disabitate registrate si è dimezzato in soli cinque anni. La Francia è impegnata in un programma ambizioso che prevede la costruzione di unità abitative per indigenti e la requisizione degli appartamenti liberi ai proprietari.

L'Ufficio austriaco preposto all'assistenza in caso di sfratto, fornisce un servizio di consulenza sulla valutazione delle possibilità economiche degli inquilini precari.

Probabilmente, la soluzione più efficace proviene dalla Finlandia dove nel 1987, nello spirito dell'Anno Internazionale dei Senza Tetto, il governo ha elaborato un piano integrato di edilizia abitativa pubblica e di servizi di assistenza sociale e sanitaria, con l'obbligo di fornire un alloggio conforme allo standard minimo a tutti i senza fissa dimora che, grazie ad esso, in soli 10 anni si sono ridotti della metà.

Per le fasce giovanili le autorità finlandesi hanno istituito un'iniziativa *ad hoc* allo scopo di alloggiarli nei pressi di "famiglie di supporto" in grado di assisterli nel processo di reintegrazione.

Le promesse del secondo millennio saranno vane se non si realizzeranno nuovi e radicali programmi e se mancherà la ferma volontà di eliminare questo problema che tormenta da sempre la storia dell'umanità.

### **La realtà italiana dei "senza fissa dimora"**

Anche nelle nostre città vive un popolo marginale che non ha casa e fa della strada il proprio ambiente di vita: sono i "barboni"; forse è più romantico il termine francese "clochard", ma resta la realtà di una categoria sociale composita e difficile da delineare.

Fino a ieri si chiamavano "senza fissa dimora", questo risultava all'anagrafe; oggi, semplicemente "senza dimora" perché il problema non è la stabilità di un domicilio, ma proprio la mancanza di un domicilio.

In Italia si calcola che le persone "senza casa" siano tra le 170 mila e le 250 mila. Circa 120 mila vivono in "alloggi impropri" (baracche, container, ripari di fortuna, grotte); 60 mila (immigrati) sono in forme di coabitazione forzata; quasi 100 mila persone vivono in dormitori e 20-40 mila sono prive di qualsiasi riparo. Secondo una recente indagine non sembra azzardata una stima di mezzo milione di persone escluse da sistemazioni abitative, in senso proprio.

### **Chi sono i "senza fissa dimora"?**

Spesso si pensa al barbone come fosse un filosofo della vita, uno che ha scelto la piena libertà da ogni tipo di condizionamento, persino dalla famiglia e dalla casa. È davvero così?

L'osservatorio socio-sanitario dell'Istituto San Gallicano, in collaborazione con tutte le forze attive presenti nelle istituzioni pubbliche e nel volontariato, intende contribuire con la sua attività a delineare meglio l'immagine e la figura della persona senza fissa dimora, per favorire un intervento di recupero di queste persone, che vada al di là dell'emergenza.

Per superare l'isolamento e anche la cattiva informazione, sono in circolazione giornali scritti da gente del mondo della strada, con indirizzi utili, testimonianze e riflessioni. La rete di distribuzione è affidata a persone senza dimora che dalla vendita delle testate ricavano circa il 50% del prezzo di copertina. "Scarpe de'tenis" (10 mila copie) e "Terre di mezzo" escono a Milano e a Roma; a Bologna troviamo "Piazza Grande".

Questo tipo di stampa è nato in Inghilterra: a Londra il settimanale "The Big Issue" tira 100 mila copie con un'appendice in Scozia di 13 mila copie. In Francia ci sono diverse testate con un milione di lettori. In Germania la distribuzione è regionale con diverse caratteristiche: più sociale il "Giornale dei senza tetto" di Berlino, di denuncia contro la politica che produce povertà il mensile "Biss" di Monaco di Baviera, mentre "Tizio e Caio" di Amburgo si occupa dei problemi culturali della città (120 mila copie di tiratura).

La tradizione dei giornali di strada è forte anche negli Stati Uniti dove a New York esce addirittura un quotidiano dal titolo "Street News", ideato da una catena di importanti editrici nel Novembre 1990.

Dalla casistica del nostro Servizio, nel periodo di tempo compreso tra il 1 gennaio 1985 ed il 31 ottobre 1998, in cui sono state seguite poco meno di 5.000 persone senza fissa dimora, emerge il seguente quadro della situazione:

*Composizione:* 2935 Italiani e 1457 Stranieri

*Età:* <25 anni 10.3%; 25-36 anni 39.2%; 37-50 anni 27.1%; >51 anni 23.4%

*Scolarizzazione:* Nessuna 25.7%; Elementari-Medie Inferiori 58.0%; Medie Superiori 16.3%

*Dove trascorrono la notte:* in casa presso parenti o amici 15.8%; dormitori e pensioni 8.9%; case occupate, casali e baracche 16.8%; strada e auto 37.7%; treni e stazioni 20.8%

*Uso Servizi Assistenziali:* Mensa 45.3%; Dormitorio 13.9%; Parrocchia 21.0%; Mancata risposta 19.8%

*Principali patologie riscontrate:* Malattie della pelle 48.6%; Malattie dell'apparato digerente 34.6%; Disturbi neuropsichiatrici 34.2%; Malattie respiratorie 21.4%; Malattie cardiovascolari 17.0%; Malattie sessualmente trasmesse e genito-urinarie 15.5%; HIV/AIDS 12%

*Cause della propria situazione:* perdita di lavoro e disoccupazione 35.1%; rotture familiari e fughe 20.1%; malattie e incidenti 16.1%; sfratto o perdita dell'alloggio 18.4%; carcere, alcolismo e tossicodipendenza 10.3%

### **Malattie sessualmente trasmesse**

Le malattie che sono state maggiormente studiate nella popolazione immigrata sono le malattie sessualmente trasmissibili (MST), compresa l'infezione da HIV e AIDS conclamato, e la tubercolosi, che sono ritenute, ancora oggi, nell'immaginario collettivo, i pericoli più gravi ed immediati per la salute degli italiani.

Le malattie sessualmente trasmesse (MST), rappresentano ancora oggi un problema di salute pubblica, nonostante i numerosi progressi compiuti a livello sperimentale e clinico. Le recenti acquisizioni di raffinate tecniche diagnostiche e di protocolli terapeutici validi con l'utilizzazione di nuove molecole farmacologiche, rendono la diagnosi, il decorso e la prognosi delle MST più semplice e meno carica di implicazioni psicologiche rispetto agli anni passati. Questo però è vero solo per i paesi a sviluppo avanzato (PSA), mentre non lo è per i paesi in via di sviluppo (PVS), dove le scarse risorse economiche non consentono l'esecuzione di pratiche diagnostiche precise e attendibili, e l'uso di farmaci di ultima generazione. La diffusione delle MST, sembra invece procedere in senso inversamente proporzionale alle risorse tecnologiche, invadendo sempre più i PVS.

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel 1995 si contavano circa 236 milioni di persone affette da trichomoniasi, con 94 milioni di nuovi casi all'anno; 162 milioni di soggetti colpiti dall'infezione da *Chlamydia*, con 97 milioni di nuovi casi annuali; 32 milioni di nuovi casi per anno di condilomi acuminati; 78 milioni di nuovi casi di gonorrea; l'*herpes genitalis* e la sifilide colpiscono ogni anno rispettivamente 21 e 18 milioni di persone; oltre 9 milioni sono gli individui affetti da ulcera venerea.

Dal gennaio 1991 è ufficialmente operativo in Italia un sistema di sorveglianza delle MST che, in collaborazione con 47 centri clinici pubblici, funge da osservatorio del fenomeno MST. Dal gennaio 1991 al dicembre 1995, sono stati segnalati 4.262 casi di MST in pazienti stranieri. Dai dati raccolti emerge il profilo di un paziente straniero prevalentemente eterosessuale, maschio, con istruzione scarsa e bassa attitudine all'uso del condom.

Dal 1982, anno della prima diagnosi di AIDS in Italia, al 31 marzo 1998, sono stati notificati al Centro Operativo Aids (COA) 41.627 casi cumulativi di AIDS. Di questi, 32.432 (78,2%) sono di sesso maschile, 640 (1,5%) sono casi pediatrici (età < 13 anni). I casi segnalati in persone straniere, sono stati 1.695 (4,1%), per una popolazione ufficialmente presente di oltre 1.250.000 persone. L'età mediana alla diagnosi, calcolata per gli adulti, risulta essere di 33 anni per i maschi (range: 13 - 85 anni), e di 31 anni (range: 13 - 80 anni) per le femmine.

L'analisi dell'andamento dei tassi di incidenza per anno di diagnosi, ha evidenziato un costante incremento dei casi di AIDS notificati nel nostro Paese sino al 1995, seguito da un'improvvisa rapida diminuzione nel 1996 e 1997.

Al 31 marzo 1998 risultano deceduti 27.931 pazienti (il 67,1%). Data la non obbligatorietà della notifica del decesso per AIDS, la quota dei decessi è probabilmente sottostimata.

L'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS mostra un aumento nel tempo, sia tra i maschi che tra le femmine. Infatti se nel 1985 la mediana era di 29 anni per i maschi e di 24 per le femmine, nel 1997 le mediane sono salite rispettivamente a 36 e 34 anni. La descrizione dei casi adulti per anno di diagnosi e categoria di esposizione evidenzia come il 65,3% del totale dei casi sia attribuibile all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti + tossicodipendenti/omosessuali). La distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale.

Per quanto riguarda l'incidenza di casi di AIDS conclamato in persone straniere, al 31 marzo 1998, il Registro Nazionale AIDS, segnalava 1.695 casi. A differenza dei soggetti italiani affetti da AIDS, che per il 65,7% è rappresentato da tossicodipendenti, il gruppo più numeroso tra gli stranieri è quello omosessuale (38,2%), seguito da quello eterosessuale (33,3%) entrambi non tossicodipendenti.

Il sistema di sorveglianza delle MST, svolge un'opera di notevole importanza in termini temporali e geografici, ma è sicuramente parziale, fotografando solo la punta dell'iceberg delle MST realmente presenti in Italia, in particolare nei soggetti stranieri.

Nell'Istituto S. Gallicano a Roma, la diagnosi di MST ha rappresentato il 12% del totale delle diagnosi effettuate dal Servizio di Medicina delle migrazioni-Dermatologia tropicale, con un andamento in progressivo aumento, in particolare rispetto alla prima metà degli anni '80.

Principali MST osservate nella popolazione straniera  
dal Servizio di medicina delle migrazioni (anni 1985-1998)

Lue 1-2	334
Lue sieropositiva	61
Uretrite gonococcica	143
Uretrite non gonococcica	589
Ftiasi del pube	187
Donovanosi	9

Infez. da Chlam. Tracomatis	71
Trichomoniasi	87
Scabbia	937
Condilomi acuminati	189
Cervicovaginiti	402
Herpes genitale	249
Linfogranuloma venereo	2
Ulcera venerea	5
Sieropositività per HIV	59
Epatite virale	86

Il 78% dei casi di MST è stato osservato in uomini, con un'età mediana di 24 anni, per il 94% eterosessuali. Il 61% proviene dall'Africa nord-orientale, il 21% dall'Europa dell'est, mentre il 12% è di origine centro-sud americano.

Occorre sottolineare che l'apparente alto numero di casi di Lue è stato determinato dalle procedure adottate da alcune associazioni di volontariato, come la Caritas, che negli anni 1983-89, richiedeva a tutti gli immigrati che avessero voluto partecipare alle loro mense, l'esecuzione di alcuni esami di laboratorio, ivi compresa la VDRL. Questa pratica determinò una notevole confusione diagnostica, in quanto molte volte furono diagnosticate come sifilide, reazioni sierologiche positive aspecifiche. Su un totale di 1.892 pazienti inviati al nostro Istituto, dalle associazioni di volontariato, con allegata positività a una delle indagini sierologiche per lue, solo per 327 di essi veniva confermata, con l'esecuzione di tutti i test specifici, la diagnosi di lue primo-secondaria. Questa esperienza conferma ulteriormente che l'accertamento diagnostico delle principali MST debba essere eseguito solo in centri altamente specializzati, come i presidi ospedalieri ed universitari dermo-venereologici. In base all'anamnesi, non sempre agevole, alla data presunta di arrivo in Italia, all'esordio della sintomatologia e ai dati di laboratorio, si può ritenere verosimile la possibilità che in oltre il 90% dei casi, l'infezione sia stata contratta in Italia.

In 581 casi i pazienti presentavano basse positività alle indagini specifiche per lue, che sono state interpretate come cicatrici sierologiche di pregresse infezioni contratte e incongruamente trattate nei paesi d'origine.

Sono stati osservati inoltre 389 casi di prostatiti aspecifiche, mentre i 427 pazienti che riferivano una sintomatologia suggestiva per uretrite, non presentavano alcun riscontro obiettivo nei 3 diversi controlli clinici e microbiologici eseguiti a distanza di sette giorni.

La consistenza delle MST, in rapporto alla popolazione straniera realmente presente in Italia, non è epidemiologicamente rilevante, pur presentando però alcune caratteristiche particolari:

- le MST sono in numero almeno dieci volte superiore rispetto alle segnalazioni ufficiali;
- le manifestazioni cliniche delle MST presentano una notevole variabilità morfologica;
- la diagnosi di MST su cute di colore, comporta maggiori difficoltà;
- nei pazienti immigrati la sierologia è spesso modificata da terapie incongrue;
- l'aumentato numero di malattie oggi considerate MST, rispetto alle classiche infezioni veneree del passato (sifilide, gonorrea, ulcera venerea, linfogranuloma venereo e granuloma inguinale), ha determinato una crescente difficoltà diagnostica e terapeutica;
- la patologia propriamente tropicale, pur essendo ancora relativamente rara, è in notevole aumento;
- si rende necessaria l'organizzazione di seminari, corsi di aggiornamento, per adeguare le conoscenze scientifiche sul reale rischio di salute determinato dai grandi flussi migratori.

## **Tubercolosi**

La tubercolosi è indubbiamente la malattia che più indica l'incapacità di un paese di accogliere dignitosamente gli stranieri: è la malattia delle classi sociali inferiori, di coloro che presentano, per cause esogene o endogene, un abbassamento delle difese immunitarie. È una tipica malattia sociale diffusa nei gruppi caratterizzati da un basso livello economico. Negli Stati Uniti gli aumenti di mortalità per tubercolosi sono stati associati alle diverse ondate di immigrazione, soprattutto quelle di persone costrette a vivere in condizione di emarginazione. Le comunità di eschimesi e indiani presenti in Canada hanno fatto registrare una media annuale di incidenza della tubercolosi (168 casi per 100.000) molto più alta di quella registrata tra gli autoctoni. In Olanda gli immigrati di sesso maschile compresi tra i 20 e i 39 anni costituiscono la fascia con il rischio maggiore di malattia. Il British Medical Research Council ha denunciato nel 1983 in Inghilterra e nel Galles, fra gli immigrati asiatici provenienti dalla penisola indiana, un'alta percentuale di varie forme di tubercolosi polmonari ed extrapolmonari. In Francia, rispetto alla popolazione del luogo, il rischio di infezione

è tre volte maggiore per gli stranieri europei, sei volte maggiore per gli algerini, trentanove volte maggiore per gli immigrati provenienti dal Mali e da venti a cinquanta volte superiore per gli altri africani e asiatici.

Il rischio di contrarre la malattia tubercolare nel paese di immigrazione aumenta in relazione alle difficili situazioni socio-economiche e diviene alto per coloro che provengono da zone geografiche ad alta endemia. In queste popolazioni, inoltre, sono più frequenti i rischi di una antibiotico-resistenza dei ceppi batterici responsabili dell'infezione.

In Gran Bretagna solo nell'1,6% dei malati è possibile mettere in evidenza bacilli resistenti ad almeno un antibiotico. Fra gli immigrati è stata riscontrata una antibiotico-resistenza nel 7,5% dei casi di primo accertamento e nel 12,8% dei casi di recidiva. Negli Stati Uniti è stato verificato che un terzo degli indocinesi malati di tubercolosi era stato infettato da bacilli resistenti ad almeno un farmaco.

La tubercolosi, a ragione, deve essere quindi considerata una malattia della povertà e dell'emarginazione sociale, e questo è ancor più evidente se si esamina la situazione italiana, in particolare il rapporto che essa ha con le migrazioni internazionali. Teoricamente, infatti, l'immigrazione di popolazioni ad alta prevalenza di infezione tubercolare in aree a bassa prevalenza non costituisce un grosso rischio epidemiologico per almeno tre fattori (Salmaso, 1994):

1. le persone che emigrano, così come è confermato in vari studi a carattere nazionale e internazionale, sono giovani, sane e sufficientemente acculturate, quindi più capaci di adattarsi anche a situazioni strutturali e logistiche difficili.
2. Nel paese ospite esiste generalmente un sistema sanitario sia di sorveglianza, sia curativo adeguatamente sviluppato che annulla quasi totalmente i rischi per la popolazione residente.
3. Attualmente si hanno a disposizione presidi farmacologici adeguati per una efficace profilassi e per il controllo della malattia.

Purtroppo, le condizioni di degrado sociale e ambientale in cui l'immigrato si viene a trovare nel paese ospite rendono il suo rischio globale di malattia e di contagiosità tubercolare addirittura superiore a quello dei suoi coetanei rimasti in patria. In particolare gli squilibri dietetici, le infezioni intercorrenti e lo stress globale moltiplicheranno il rischio di riattivazione endogena, mentre la promiscuità abitativa in ambienti malsani moltiplicherà il rischio di prima infezione e di reinfezione esogena (Passi, Picardo, Morrone et al., 1990). Si noti che i climi freddi influiscono negativamente sia sulle probabilità di contagio (lunga permanenza in luoghi chiusi) che sulla resistenza individuale alla progressione della malattia (bilancio energetico sfavorevole).

La tendenza all'aumento o, meglio, al non decremento della TBC in Italia può essere spiegata anche nei termini sopra descritti. I nuovi focolai sembrano concentrarsi proprio nei gruppi di popolazione a rischio in rapporto alle proprie opportunità di vita e di inserimento nel tessuto sociale, con la possibilità di diffusione dell'infezione in maniera quasi esclusiva nel proprio gruppo, con la creazione di un circolo vizioso che, in mancanza d'interventi di tutela sanitaria, può ancora una volta creare separazione ed emarginazione (Besozzi et al., 1991). Spesso il tempo intercorso tra l'arrivo di immigrati in Italia e l'esordio della malattia, è tra i 6 e i 12 mesi, ciò potrebbe indicare soprattutto il concorrere di fattori ambientali locali nel favorire lo sviluppo della malattia e l'importanza in particolare del degrado socio-abitativo in cui una buona parte degli immigrati vive. La precarietà del loro inserimento sociale, spesso l'irregolarità e la clandestinità, un'estrema mobilità, la scarsità di risorse economiche che fanno sì che i normali schemi di controllo e di chemiopprofilassi spesso non possano essere adottati.

Il problema della compliance e la possibilità di accedere ai servizi sanitari di diagnosi e cura in modo gratuito costituiscono le reali emergenze di questa situazione, e non tanto gli ipotetici controlli obbligatori che potrebbero "colpevolizzare" l'immigrato agli occhi dell'opinione pubblica, causando forse una "fuga" dall'ufficialità da parte dello straniero.

Sostanzialmente l'immigrato non presenta patologie particolarmente gravi, di natura tropicale o molto diverse rispetto alla popolazione residente, se non per la frequente mancanza di tutela sanitaria di base e quindi della possibilità di diagnosi e terapie in tempi brevi ed efficaci.

Altra grande paura è rappresentata dalle malattie da importazione. Ci si aspetterebbe che tali patologie, diffuse in paesi in cui sono presenti in forma endemica condizioni patologiche di natura infettiva e parassitaria, venissero "trasportate" fra di noi dagli immigrati. Nelle casistiche dei vari centri sanitari per immigrati, in particolare all'Istituto Scientifico San Gallicano di Roma, la frequenza di queste malattie è molto limitata, essendo esse da noi scarsamente propagabili per mancanza delle condizioni favorevoli: fame, miseria, povertà e presenza del vettore. La popolazione ospitante resta pressoché immune da tali malattie, anche perché esiste in Italia un sistema di sorveglianza collaudato. Elemento nuovo in questo quadro potrebbe essere costituito dall'infezione da HIV; ma studi su campioni di popolazione immigrata presente sia regolarmente che clandestinamente in Italia hanno nuovamente ridimensionato il problema (Zurlo, Geraci, 1991; Salmaso et al., 1994; Passi, Picardo, Morrone, et al., 1990). Nonostante, a volte, provengano da aree

endemiche (Africa dell'ovest), gli immigrati in Italia sono al momento per lo più indenni dall'infezione e anzi, condividendo a volte gli stessi "territori" dei tossicodipendenti (soprattutto legati alla prostituzione), possono infettarsi proprio da noi (Geraci, Pisani, Fornasiero, 1988; Morrone, Passi, Fazio, 1992).

A completare il quadro va ancora sottolineato che, contrariamente alle attese, la frequenza di problemi di salute mentale è bassa perché il fenomeno è relativamente recente. Dallo studio delle esperienze estere, sembra che ci si possa attendere un aumento di sindromi psicotiche più o meno gravi con l'aumentare del tempo di permanenza in Italia degli immigrati, allorché con drammaticità si evidenziano lo sradicamento dalla cultura originaria e l'acquisizione più o meno forzata di quella locale (Frighi, Cuzzolaro, 1987; Mazzetti, 1995).

Occorre precisare che il quadro precedentemente descritto è basato sull'esperienza attuale, e ha un valore limitato nel tempo, come del resto l'interpretazione dei flussi migratori in generale. Non siamo ancora in grado di prevedere in che modo incideranno realmente sullo stato di salute dell'immigrato le malattie a lunga incubazione, gli effetti dell'acculturazione, le modifiche fisiopsichiche che potranno comparire.

Quella che realmente è la caratteristica della medicina delle migrazioni, dello stato di salute dell'immigrato è l'espressione sintomatologica, cioè la capacità e la possibilità del malato di esprimere la propria sofferenza: la fede religiosa diversa, il tessuto interiore tradizionale, l'imprinting culturale della propria origine comportano che l'individuo malato interpreti come uno strumento accordato su una tonalità specifica la sofferenza che lo colpisce. Analogamente, il medico valuta il malato non solo con la propria professionalità ma anche, e soprattutto, con la propria cultura spesso dissonante e impermeabile a messaggi eterogenei. Considerare questo aspetto ci sembra uno dei punti di partenza per programmare un intervento sanitario adeguato agli immigrati: ridurre la dissonanza culturale significa sostanzialmente ridurre la malattia (Colasanti et al., 1991; Di Cristofaro Longo, Morrone, 1995).

La salute, è bene ricordarlo, non è espressa solo dall'assenza di malattie, ma, come è affermato dall'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948, vuol significare che "ogni individuo ha diritto a un livello di vita sufficiente per assicurare la sua salute il suo benessere, quello della sua famiglia con particolare riguardo a quello dell'alimentazione, all'abitazione, alle cure mediche, ai servizi sociali necessari, al diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione e di malattie". Noi personalmente affermiamo inoltre che non si possa essere sani, senza avere un lavoro, senza gli affetti di una famiglia accanto, senza avere una patria dove poter vivere le proprie radici. Anche l'articolo 32 della nostra Costituzione, afferma che "La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Occorre affermare che "il diritto alla salute" degli immigrati è regolamentato da una complessa normativa, formata da oltre 30 atti giuridico-amministrativi tra leggi, decreti, circolari, ordinanze e telex esplicativi, il tutto con effetti assurdi.

Talora questo diritto alla salute è concesso "a tempo", quasi che il diritto alla salute possa essere garantito in alcuni periodi e negato in altri. Le politiche sanitarie sino ad oggi adottate hanno, al massimo, regolamentato per brevi periodi, l'emergenza, contribuendo ad un regime di confusione, di frammentarietà, di disorganicità, completamente pagata dagli immigrati e dagli operatori sanitari che vorrebbero poter garantire il diritto alla salute per tutti, indipendentemente dalla regolarità o meno del permesso di soggiorno, così come avevano insegnato loro nelle scuole mediche.

Il decreto legge 663 convertito in legge 33 del 1980, determina le condizioni generali, le modalità di accesso degli stranieri al SSN operando una prima distinzione fra coloro che "risiedono" in Italia e coloro che sono semplicemente "presenti". Con la legge 943, del 1986 si arriva finalmente al riconoscimento della parità dei diritti tra i lavoratori italiani e lavoratori stranieri.

La legge 39 del 1990 affermava che "i cittadini extracomunitari che chiedono di regolarizzare la loro posizione ai sensi del comma 1 e che non hanno diritto all'assistenza sanitaria ad altro titolo, sono, a domanda assicurati al Servizio sanitario nazionale ed iscritti alla USL del Comune di effettiva dimora".

Il decreto 489 del 18.11.1995, noto come decreto Dini, all'articolo 13, estendeva a tutti il diritto alle cure ordinarie e continuative ed i programmi di medicina preventiva, anche agli immigrati irregolari e clandestini l'articolo 5 del DL 663/79, viene sostituito dal seguente: "agli stranieri temporaneamente presenti nel territorio dello Stato, sono assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere assistenziali, ancorché continuative, per malattie ed infortuni e sono gli stessi programmi di medicina preventiva. 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".

Successivamente, decaduto il decreto Dini, il Ministero della Sanità ha emanato un'Ordinanza che, di fatto, reiterava integralmente l'articolo 13 del vecchio decreto. Tale ordinanza aveva una validità massima di 90 giorni. Ogni 90 giorni veniva rinnovata, sino al 16 agosto 1997. In realtà l'ordinanza, come già accadeva

per il decreto legge, non viene assolutamente attuata, poiché le Regioni, che avevano competenza, non hanno a loro volta emanato alcuna delibera o legge attuativa dell'ordinanza.

Gli immigrati, che teoricamente potrebbero avere accesso anche secondo la più recente normativa contenuta nella legge quadro 40/98 ai servizi sanitari e sociali, ancora oggi spesso non possono ottenerlo se, oltre ad avere un regolare permesso di soggiorno, non possiedono anche il certificato di residenza ed un lavoro regolare continuativo.

### **Una nuova politica migratoria e la legge 40/98**

Nell'Unione europea l'Italia è ormai saldamente il quarto paese in graduatoria per consistenza del numero degli immigrati, dopo Germania, Francia e Gran Bretagna. Questa stessa dimensione quantitativa ci impone di porre fine ad una alternativa illusoria (accettare o meno l'immigrazione) e di cercare, invece, di governare al meglio il fenomeno, sia quanto alla sua crescita quantitativa che per quanto riguarda le prospettive di inserimento.

L'insegnamento di questi anni '90, si può così riassumere: una eccessiva rigidità genera il sommerso. Quando diventano troppo ristretti e difficilmente praticabili i sentieri della legalità, i lavoratori stranieri tentano altre vie e diventano più facilmente preda dei mercanti di manodopera, creando una vasta area di sommerso che poi si è costretti a regolarizzare.

Al contrario una programmazione, che tenga conto del calo demografico e dei possibili sbocchi occupazionali e preveda un congruo flusso in entrata mediante procedure meno macchinose, può esercitare un forte impatto positivo.

Un altro insegnamento che viene dai numeri è che gli immigrati, per la stragrande maggioranza, vengono per stabilirsi da noi in maniera definitiva. Di conseguenza la nostra società va improntata ad una prospettiva di convivenza, che affronti seriamente problemi quali la scuola, la cittadinanza, la rappresentanza sociale e i diritti elettorali.

Le statistiche mostrano anche che la presenza straniera in Italia è andata configurandosi come una realtà policentrica, equamente divisa tra comunità di diversi paesi provenienti da tutti i continenti, con differenti culture e differenti religioni. Questa base molto ricca della politica interculturale, da una parte impone uno sforzo non indifferente in fase di elaborazione e di proposta, dall'altra lascia intravedere delle prospettive quanto mai significative di dialogo tra i popoli e culture.

Quando il fenomeno "immigrazione" è ufficialmente affiorato ed è stato "regolato" con leggi dello stato (prima nel 1986, quindi nel 1990 con la legge n° 39 conosciuta come Legge Martelli), in campo sanitario o si è cercato di applicare i dispositivi normativi già esistenti, e certamente non sperimentati su una popolazione straniera numericamente consistente ed eterogenea per progetto ed aspettative, o il problema è stato affrontato prevalentemente in termini di emergenza, con le conseguenti quanto inadeguate proposte di controlli e blocchi alle frontiere.

Proprio questo secondo modo di affrontare il tema, che periodicamente riaffiora nel dibattito, sottolinea una consolidata e superficiale coscienza comune che traduce la medicina degli immigrati come rischio di importazione delle malattie tropicali.

Lo straniero, solo per il fatto che è esterno al tessuto sociale indigeno, solo per il fatto che viene da lontano, tanto più se da paesi poveri, poco conosciuti, con culture diverse, con esigenze ritenute diverse, viene visto come persona comunque da controllare, da tenere d'occhio, anche e soprattutto dal punto di vista sanitario.

È già accaduto e tende a ripetersi. Agli inizi dell'Unità d'Italia, e poi successivamente, le prime leggi, i primi regolamenti chiedevano alla medicina e ai medici di farsi garanti dell'ordine pubblico, di assicurarsi il controllo delle "patologie sociali". Ci furono subito medici che non stettero al gioco, che rifiutarono il mandato e si misero al fianco dei diseredati per contribuire, come "angeli dei poveri", alla loro emancipazione. Cose analoghe accadono dopo più di un secolo. Questa volta verso i nuovi poveri, con lo stesso mandato di garantire la società degli indigeni, per definizione ritenuta sana, dalle aggressioni morbigene dei "nuovi venuti". Ora l'adattamento è meno scontato e la solidarietà può venire dalle stesse istituzioni, dalle leggi e dai regolamenti, dalla politica "ufficiale", oltre che dai "nuovi angeli" della società.

### **La normativa e il governo delle leggi**

Il rapporto tra salute e immigrazione presenta sul piano normativo le maggiori difficoltà. Queste difficoltà originano dalle scelte di politica sanitaria che troppo spesso si sono appiattite sulle scelte politiche di controllo e regolamentazione dell'immigrazione, con aspetti normativi sin troppo irrazionali. Ancora oggi può accadere che l'operatore sanitario che volesse curare un immigrato irregolare, all'interno di una struttura

sanitaria pubblica, per una patologia anche grave, ma che non rientra tra quelle poche di natura infettiva, indicate dalle normative attuali, rischi la denuncia penale e amministrativa.

Eppure la Costituzione italiana, come tutte le legislazioni moderne, recepisce una graduale ma accentuata equiparazione dello straniero al cittadino italiano nel godimento di fondamentali libertà e nella tutela di specifici interessi e diritti anche di natura non economica. Così vale la pena ancora di ricordare che essa, all'articolo 2, sottolinea il riconoscimento e la garanzia dei diritti inviolabili dell'uomo e all'articolo 32 recita "La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". La tutela della salute di ogni individuo risponde ad una esigenza di solidarietà umana e, contemporaneamente, a una logica di prevenzione collettiva. L'indicazione costituzionale, così come di tutti i documenti presi in esame, ha però natura programmatica e non attuativa. Sono affidate al legislatore l'individuazione e la determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione della tutela della salute. Purtroppo per anni l'immigrazione dai PVS non è stata regolamentata né in qualche modo tutelata. Per la legge molti tra gli immigrati presenti nel nostro Paese non esistevano, non comparivano nelle statistiche, non potevano accedere ai servizi essenziali, pur comparendo invece spesso, negli uffici di pubblica sicurezza per ricevere i famosi fogli di espulsione.

Per anni comunque migliaia di "uomini e donne ombra" hanno vissuto accanto a noi, senza avere neanche il diritto di crearsi una famiglia, fare figli, ammalarsi, morire.

Una complessa normativa, formata da oltre 30 atti giuridico-amministrativa tra leggi, decreti, circolari, ordinanze e telex, regola il "diritto alla salute" degli immigrati, con evidenti effetti assurdi. Talora questo diritto è concesso "a tempo", quasi che il diritto alla salute possa essere valido in alcuni periodi e negato in altri. Le politiche sanitarie sinora adottate hanno al massimo regolamentato, per brevi periodi, l'emergenza, contribuendo ad un regime di confusione, di frammentarietà, di disorganicità, completamente pagata dagli immigrati e dagli operatori sanitari che vorrebbero poter garantire il diritto alla salute a tutti, indipendentemente dalla regolarità o meno del permesso di soggiorno o di altri documenti.

È estremamente urgente e necessario un riordino e una unificazione della normativa con indicazioni chiare e leggibili dalle strutture e dai cittadini.

Una qualche chiarezza è iniziata con il D.L. n° 489 del 18 novembre 1995 "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolarizzazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei paesi non appartenenti all'Unione Europea", dove finalmente è stato recepito, con l'articolo 13, il diritto alla salute come diritto per tutti, anche se irregolari o clandestini, non solo come accesso straordinario, ma anche come cure ordinarie e continuative.

La legge 40 approvata alla Camera il 21.11.1997 e al Senato il 19.02.1998 disciplina, con gli articoli 32 e 33, "l'assistenza per gli stranieri iscritti o non iscritti al servizio sanitari italiano."

C'è la conferma che l'accesso alle prestazioni sanitarie riguarda tutti, nessuno escluso, e questo è un ulteriore passo avanti rispetto a normative d'emergenza che hanno reso e tuttora rendono precario il diritto alla salute.

È un'acquisizione che potrà innovare profondamente se la legge non rimarrà inattuata come le precedenti.

La chiarezza sarà ancora maggiore se nei decreti attuativi si troverà modo di inserire esplicitamente che gli stranieri, iscritti o non iscritti al SSN, in possesso o non del permesso di soggiorno, occupati o disoccupati, hanno diritto, tutti e nessuno escluso, alle prestazioni previste dal Piano sanitario nazionale per i cittadini italiani, con chiaro ed esplicito riferimento ai livelli di assistenza.

È certamente utile introdurre, in un quadro generale di riferimento, alcune sottolineature a maggiore garanzia per situazioni sanitarie e sociali di particolare complessità e difficoltà, come fa la legge all'articolo 33, ma il quadro dovrà essere completato con richiamo esplicito alla salute della donna, e non solo in caso di maternità, alla tutela sanitaria degli immigrati in stato di detenzione, al disagio mentale, ai sieropositivi alle infezioni da HIV per cure alternative al ricovero, alle cure specialistiche per i bambini, alla copertura sanitaria ed assistenziale degli immigrati invalidi civili e del lavoro per i quali si registra un totale vuoto normativo.

Molte buone leggi sono rimaste inapplicata o scarsamente applicata perché prive di copertura finanziaria: il diritto riconosciuto in legge, è stato disatteso in linea di fatto. La sanità in generale e molti suoi campi applicativi (la salute mentale, la prevenzione, la salute degli anziani) è l'esempio concreto di questa persistente dissociazione tra le parole e i fatti.

La mancanza di risorse è stata la motivazione prevalente per tante, molte, troppe inadempienze, cosicché il problema della copertura finanziaria delle prestazioni non può essere eluso.

Per assicurare le risorse necessarie all'estensione del diritto alla salute a tutti gli immigrati, è necessario che la quota pro-capite, con la quale è finanziato il Servizio Sanitario Nazionale, si implementi di risorse "pesate" sulla popolazione immigrata, stimata Regione per Regione in modo da coprire vuoti e squilibri.

Lo stesso Fondo finanziario, previsto dall'articolo 42 della legge 40, ha bisogno di includere, per la sua destinazione alle Regioni, quei settori dell'assistenza sanitaria e sociale che non possono essere coperti dalla contribuzione obbligatoria e volontaria.

Ma la legge, insieme alla definizione chiara dei diritti, deve indicare con la stessa chiarezza la sfera dei doveri, sia dei cittadini che delle istituzioni.

I doveri delle istituzioni sono naturalmente più complessi ma non meno tassativi.

Prima di tutto rispettare e far rispettare le leggi.

La legge 40, per rispettare compiutamente l'articolo 32 della Costituzione, non può limitarsi a garantire a tutti gli immigrati il diritto di accesso alle prestazioni del servizio sanitario, ma deve comprendere il dovere di promuovere la salute, "come interesse della collettività".

Né potrebbe essere sufficiente un semplice rinvio alle norme, per di più disattese, della L. n° 833/78 che fa della salute dei cittadini un obiettivo centrale.

La specificità e drammaticità delle condizioni di salute della popolazione immigrata richiede un'altrettanta specifica attenzione ed iniziativa; una legge-quadro, come quella approvata per far fronte nei prossimi anni alla prevedibile evoluzione del fenomeno migratorio, deve necessariamente prendere in considerazione e contemplare il dovere dello stato di "farsi carico" della salute oltre che della cura, con obiettivi e con strumenti mirati. Ovviamente si tratta di un richiamo forte, di principio che dovrebbe contribuire a riproporre l'obbligo della prevenzione tema centrale, è vero, ma disatteso dal servizio Sanitario Nazionale.

Lo stato ha il dovere di far rispettare le leggi a partire di soggetti istituzionali cui è affidato il compito della loro attuazione: Ma un dovere senza l'individuazione di chi è responsabile e senza la previsione di sanzioni, scade a pura esortazione e si condanna alla inosservanza.

Oltre al richiamo all'esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza, un preciso riferimento della legge deve considerare il mancato rispetto del diritto alla salute e alla cura degli immigrati come causa di rimozione del Direttore generale delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, a meno che sia in grado di dimostrare con atti amministrativi l'estraneità alla violazione della legge.

Il diritto alla salute e alla cura è un diritto complesso che ha bisogno di chiare disposizioni legislative, prima di tutto, ma poi, e conseguentemente, di una politica sanitaria coerente che traduca in fatti le prescrizioni normative.

Sappiamo che una legge-quadro non può per principio contenere una normativa dettagliata sulle cose da fare i vari livelli istituzionali, Ministero, Regioni e Aziende, ma può, come accaduto in altre precedenti normative, impegnare il Ministero della Sanità a predisporre ed approvare con atto delegificato, entro tre mesi dalla pubblicazione della legge, un Progetto obiettivo per la salute e la tutela sanitaria degli immigrati, d'intesa con il Ministero della Solidarietà sociale e del Ministero di Grazia e Giustizia, sentite le Commissioni parlamentari competenti, le Regioni, le Associazioni del volontariato e degli immigrati, le Organizzazioni sindacali.

È una proposta praticabile che richiede solo volontà politica.

La legge potrà trovare, così, il suo svolgimento politico per creare le condizioni materiali perché il diritto, universale sì ma astratto, abbia una sostanziale applicazione.

Il progetto obiettivo, infatti, è la sede idonea per collegare il diritto alla salute degli immigrati ad una più complessiva politica sanitaria e sociale del Paese e per impegnare tutti i soggetti istituzionali in adempimenti circostanziali nei contenuti, nei tempi di attuazione, nelle sedi e nelle procedure di verifica e controllo.

C'è da tener presente, per di più, che sarebbe possibile fin d'ora procedere alla elaborazione del Progetto in modo che i tempi dell'approvazione, con atto amministrativo, siano i più brevi possibili.

Il progetto-obiettivo dovrebbe contenere:

1. La costituzione, presso il Ministero della Sanità, di una Commissione nazionale, con compiti di promozione e consulenza per la salute degli immigrati.
2. L'istituzione di un Osservatorio epidemiologico, o come parte del più generale strumento di rilevazione o come sua anticipazione, per la rilevazione dei rischi per la salute degli immigrati, dell'andamento, della morbilità e della mortalità.
3. La quantificazione, Regione per Regione, delle risorse finanziarie assegnate e vincolate della quota capitaria "pesata" in ragione della popolazione immigrata presente.
4. L'emanazione di norme di indirizzo cogenti per:
  - a) - il funzionamento della rete di presidi e servizi sanitari e sociali, a partire dalle città capoluogo e dai Centri ad alta densità d'immigrazione;
  - b) - lo sviluppo di programmi di prevenzione e di profilassi delle più consistenti malattie infettive e sociali riguardanti gli immigrati;

- c) – le attività di educazione alla salute degli immigrati in cui impegnare gli operatori, le Istituzioni, le Associazioni;
- d) - programmi di aggiornamento del personale sanitario e sociale sia delle istituzioni che del Volontariato, facendo riferimento alle esperienze positive svolte;
- e) - criteri ed incentivi per la collaborazione tra servizi pubblici e Volontariato.

5. La messa a disposizione di uno Schema-tipo di convenzione tra il Servizio sanitario e il Sistema penitenziario per la stipula di Accordi-programma rivolti al potenziamento della rete di servizi e presidi sanitari e sociali, elaborato in sede di Conferenza Stato-Regioni, d'intesa con il Ministero della Sanità e il Ministero di Grazia e Giustizia.

Una buona legge è indispensabile per portare il diritto alla salute degli immigrati dalla precarietà e dall'emergenza alla trasparenza e alla certezza, una politica sanitaria nuova è indispensabile perché il Paese sia messo in condizione di affrontare seriamente e concretamente i problemi acuti del presente e le sfide del prossimo futuro.

Per le Regioni, per il Parlamento i tempi di lavoro sono certamente tempi di attesa necessari, ma per le persone, le persone reali, in carne ed ossa che vengono ogni giorno da noi, questi tempi rappresentano tempi di rischio, rappresentano tempi di sofferenza, di dolore.

Le persone che noi incontriamo quotidianamente, sono persone sane, persone malate, sono persone cariche del loro bagaglio di sofferenza e di speranza che noi cerchiamo di accogliere ed aiutare a liberarsi dei loro bisogni. Sono amiche e amici, nostri compagni di viaggio nell'avventura della vita, che non possono aspettare i tempi lunghi delle risoluzioni parlamentari. Sono persone ricche della loro cultura, delle loro radici.

Come il Piccolo Principe di Antoine de Saint-Exupéry, anch'io condivido il segreto che la Volpe gli rivela: "Addio - disse la volpe al piccolo principe - ecco il mio segreto, è molto semplice: non si vede bene che con il cuore, l'essenziale è invisibile agli occhi".

Anch'io invito oggi tutti voi, a guardare veramente le cose con il cuore più che con gli occhi, per scoprire l'essenziale.

## **BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE**

- AIDOS (1991) *Campagna di informazione sanitaria per l'eradicazione dell'infibulazione in Somalia*. Moduli A, B, C, D a cura dell'Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo (AIDOS). Centro Internazionale di perfezionamento professionale e tecnico, Torino.
- Ainom, M. (1992) *Donne immigrate in Italia*. (Ricerca del 1989.) (Atti dal Convegno: *Una violenza in più: la salute delle donne e le mutilazioni sessuali*.) Roma, 13 febbraio.
- Balducci E. *I nuovi barbari*. Testimonianze, anno XXXIII, 3-4, pagg. 323-324, 1990.
- Bandera, L. (a cura di) (1990) *Migrazione e salute*. Quaderni di sanità pubblica, Milano, CIS, 65.
- Besozzi G, Mantellini PV, Casali L et al. *Rilievi sull'incidenza della TBC nella popolazione d'immigrati*. *Rass. App. Resp.*, 6, suppl. 1, pagg 69-70, 1991
- Boff, L. (1992) *Sviluppo sostenibile è un concetto del capitalismo: ne propongo un altro, quello di società sostenibile*. (Intervista di Maria Urruzuola, Rio de Janeiro, Global Forum, 13 giugno.) *Bollettino della Campagna Nord-Sud*, Roma, 2-3, luglio, pp. 14-15.
- Boff, L. (1994) *Nuova era. La civiltà planetaria*. Cittadella, Assisi, pp. 118.
- Cassel E J. *The healer's art: a new approach to the doctor-patients relationship*. Lippincott, New York, 1976
- Cavalli-Sforza L, Cavalli-Sforza F. *Chi siamo. La storia della diversità umana*. Mondadori, Milano, 1994.
- Cohen-Bendit D, Schmid T. *Patria Babilonia Il rischio della democrazia multiculturale*. Tr. it. Theoria, Roma 1994.
- Colasanti R, Geraci S, Pittau F. *Immigrati e salute: paure, miti e verità*. Ed. Lavoro, ISCOS, Roma, 1991.
- Costa G. *Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico*. *Epidemiologia e Prevenzione*, 17, 1993.
- Di Cristofaro Longo, Morrone A. *Cultura, salute e immigrazione*. Armando, Roma, 1995.
- Di Liegro L. *Immigrazione. Un punto di vista* Ed. Sensibili alle foglie, Roma, 1997. p 85
- Diasio, N., Geraci, S. (1998) *L'angelo triste: operatori socio-sanitari e percezione dello straniero* in (a cura di ) Delle Donne M.: *Relazioni etniche. Stereotipi e pregiudizi*. EdUp, Roma, 1998.
- Dinucci M. *Geografia dello sviluppo umano*. Zanichelli, Bologna, 1995.
- Dualeh R.H.A. (1982) *Sisters in Affliction. Circumcision and Infibulation of women in Africa*. Zed Press, London. PINAUD, J.L. (1992)
- EL Zein A et al. *Situation Analysis and Surveys on Child Health in Lebanon*. UNICEF, Beirut, 1993, p.18.

- Fabrega H. *Disease and social behaviour*. Mit. Press, London 1974
- Favaro, G., Tognetti Bordogna, M. (1991) *Donne dal mondo. Strategie migratorie al femminile*. Guerini, Milano.
- Fazio M, Morrone A. "Tubercolosi" in Veraldi S, Rizzitelli G, Caputo R. (a cura di) *Patologia dermatologica da importazione*. Editore Poletto, Milano, 1997, pp. 67-86
- Frigli L. *Argomenti di igiene mentale*. Bulzoni, Roma, 1990.
- Geraci S. (a cura di) *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Peri Tecnes Busseto (Pr), 1994
- Geraci, S. (a cura di) (1992) *Medicina e Migrazioni. Traumi e problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati*. Atti. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Editoria, Roma.
- Geraci, S., Colasanti, R. (1993) *Aspetti socio-sanitari dell'immigrazione e.c. in Italia (medicina e migrazioni)*. quaderni di Azione Sociale, anno XXXVIII, n. 91.
- Grassivaro Gallo, P. (1986) *La circoncisione femminile in Somalia. Una ricerca sul campo*. Franco Angeli, Milano.
- Grmek M D. *Il concetto di malattia*. In Grmek MD (a cura di) *Storia del pensiero medico occidentale*. Vol.1 Laterza. Roma-Bari 1993
- Illich I. *Nemesi medica*. Tr. it. Mondadori, Milano, 1977
- LABOS (1993) *Osservatorio sui bisogni sociali: famiglie immigrate bisogni e servizi sociali*. (Collana nuovi bisogni e nuove politiche sociali.) Direzione Generale dei Servizi Civili del Ministero dell'Interno. TER, Roma, 17.
- Lemma P, Costa G, Bandera L, Borgia P., *Stranieri in Italia: lo stato di salute e il sistema sanitario*. In: Di Geddes M (a cura di) *La salute degli italiani*. NIS, Roma, 1990.
- Lionetti R. *Sintomo, malattia e cultura: un'esplorazione bibliografica*. I fogli di Oriss. (Bollettino di informazione dell'Organizzazione interdisciplinare Sviluppo e Salute), 2, pp. 103-114, 1993.
- Mazzetti M: *Il bambino straniero in Italia: crescita psicologica ed igiene mentale*. In: Geraci S (a cura di) *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Peri Tecnes, (Parma). 1994.
- Mc Lean, S., Graham, S.E. (a cura di) (1982) *Circoncisione femminile, escissione e infibulazione: realtà e proposte di cambiamento*. (Rapporto del Minority Rights Group, 47. Contributi di G. Longo e D. Visca.) Collana Dimensione donna, Bulzoni, Roma.
- Melotti U: *Migrazioni, divisioni del lavoro, cultura*. In: Demetrio D, Favaro G, Melotti U, Ziglio L (a cura di) *Lontano da dove. La nuova immigrazione e le sue culture*.
- Melotti, U. (1992) *L'immigrazione: una sfida per l'Europa*. Ed. Associate, Roma.
- Morrone A, Fazio M "Micobatteriosi atipiche" in Veraldi S, Rizzitelli G, Caputo R (a cura di) *Patologia dermatologica da importazione*. Editore Poletto, Milano, 1997, pp. 87-97
- Morrone A, Fazio M, Leone G et al. *Constatations cliniques et épidémiologique chez 587 enfants immigrés en provenance de pays hors de la Communauté Européenne, durant les sept dernières années*. Nouvelle Dermatologiques, vol. 11, p. 863, 1992.
- Morrone A, Passi S, Fazio M.(1992) *Immigrati clandestini extracomunitari a Roma: osservazioni dermatologiche e venereologiche*. In: Geraci S. (a cura di) *Medicina e Migrazioni*. Atti Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Editoria, Roma, pp. 585-597.
- Morrone A. (1995) *Salute e società multiculturale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Morrone A. (1998a) *Viaggiare verso terre accoglienti: il fenomeno immigratorio tra passato e futuro*. Famiglia Oggi, Anno XXI, vol. 3, pp. 49-66.
- Morrone A. (1998b) *Cure mediche appropriate. Per tutelare la salute della donna immigrata*. Famiglia Oggi. Anno XXI, n° 6/7, pp.104-107.
- Morrone A. (1998c) *Razzismo e medicina*. In: Bolaffi G, Gindro S, Tentori T. (a cura di) *Dizionario della diversità*, Liberal Libri, Firenze, pp.236-240
- Morrone A. *La patologia dermatologica* In: W. Pasini (a cura di) *Il medico ed il paziente immigrato*, Alfa Wassermann Editore, Bologna, 1996, pp. 161-185.
- Morrone A. *Medicina interculturale: un'esperienza di dieci anni a Roma*. In: Di Cristofaro Longo G, Morrone A. (a cura di) *Cultura, salute, immigrazione*. Armando, Roma, 1995.
- Morrone, A. (1993) *A porte aperte*. Rivista del volontariato, anno II, 6, pp. 35-36.
- Morrone, A. (1995a) *La pelle bianca, la pelle nera, ovvero immigrati e malattie cutanee*. In: Geraci, S. (a cura di) *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, Peri Tecnes Busseto-Roma, pp. 218-228.
- Morrone, A., Passi, S. (1992b) *Blood levels of vitamin E, polyunsaturated fatty acids of phospholipids, lipoperoxides and glutathione peroxides in migrants from developing countries*. In: Geraci, S. (a cura di) *Medicina e migrazione*, cit., pp. 602-609.
- Morrone, A., Picardo, M., De Luca, C. et al. (1992) *Catecholamines and vitiligo*. Pigment Cell. Research., 5, pp. 65-69.

- ONU *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Adottata e proclamata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nella sua risoluzione 217 A (III) del 10 dicembre 1948, art. 25,1.
- Salmaso L. *La tubercolosi nell'immigrato. Il paziente immigrato* CUAMM, Editeam, Bologna, 1994.
- Suligo B, Giuliani M: *Le malattie sessualmente trasmesse e l'infezione da Hiv* in: Pasini W. (a cura di) *Il medico ed il paziente immigrato*. Alfa Wassermann News, Bologna, 1996.
- Tentori T. (1987) *Il rischio della certezza. Pregiudizio, Potere, Cultura*. Roma, Studium.
- Tentori, T. (1960) *Antropologia culturale. Percorsi della conoscenza della cultura*. Studium, Roma, 1990, pp. 314.
- UN *Update on the Nutrition Situation: A report compiled from information available to the ACC/SCN, 1994*. Ginevra, 1994, p. 58.
- UNDP. *Rapporto sullo sviluppo umano, 1998*. Rosenberg & Sellier, Torino, 1998.
- UNHCR *Refugees at a Glance: A monthly Digest of UNHCR Activities*. UNHCR, 1995.
- UNICEF *La condizione dell'infanzia nel mondo 1996*. UNICEF Comitato Italiano Anicia, Roma 1995.
- UNICEF *Water, hygiene and sanitation*. Emergency Operations in former Yugoslavia kit, UNICEF, 1994.
- WHO: *The world health report 1995: bridging the gaps. Report of the Director General*. Geneva, 1995.
- Zola I.K. *Culture and symptoms: an analysis of patient's presenting complaints*. American Sociological, vol. 31, pp. 615-630, 1966.