



Presentazione dell'Istituto per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà  
Roma, 9 gennaio 2008

## **IMMIGRAZIONE, DIRITTO ALLA SALUTE E LOTTA ALLA POVERTÀ**

**Aldo Morrone**

Esiste ormai un indubbio rapporto che lega fra loro fenomeni complessi quali l'espansione delle migrazioni nel mondo, la crescita della povertà in molti paesi, non solo i cosiddetti "in via di sviluppo", ed il livello di salute di una popolazione. Si tratta di relazioni complesse che interrogano anche la capacità dei sistemi sanitari di affrontare le sfide che nascono da questo profondo mutamento, che sta attraversando tutti i paesi globalmente.

Il fenomeno migratorio, pure essendo presente nella storia dell'umanità fin dai suoi albori, è oggi divenuto una realtà globale, strutturale e dalla velocità estremamente rapida. Infatti il mondo appare essere sempre più piccolo: le distanze fisiche sono ridotte dai progressi dei trasporti e le diverse culture sono messe a più stretto contatto e confronto dall'estensione quasi ubiquitaria delle comunicazioni.

Secondo l'ONU, nel 2005, 191 milioni di persone vivevano fuori dal loro paese d'origine: ovvero il 2,9% della popolazione mondiale (6 miliardi e 464 milioni). Il 59% di queste persone è diretto nei paesi ad alto reddito, mentre la restante parte migra nei paesi meno sviluppati.

In Italia la presenza di stranieri ha raggiunto il valore di 3.772.000 persone (incluso anche circa 760 mila irregolari) all'inizio del 2006: si tratta di oltre il 7% della popolazione totale. Più di uno ogni cinque stranieri è un minore, di cui circa un decimo è nato in Italia da genitori stranieri.

Nel 2004, secondo un'indagine Eurostat, erano 60 milioni i cittadini europei (dell'UE 25) a rischio di povertà: una massa di persone che vive quotidianamente il dramma dei bassi salari, della disoccupazione di lunga durata, della mancanza di una abitazione e della povertà delle loro famiglie. Il 15% della popolazione europea deve accontentarsi di entrate inferiori al 60% della media nazionale. I paesi in cui il rischio di povertà è più diffusa sono Grecia e Portogallo, nei quali il problema riguarda il 21% della popolazione, seguiti da Spagna e Gran Bretagna (19%) e da Italia ed Irlanda (18%).

Intrecciata, ma anche distinta dal fenomeno migratorio, appare l'evidenza dell'ampliamento delle disuguaglianze di salute (*health divide*) generate dal contesto sociale a sfavore delle fasce deboli della popolazione in molti paesi. Secondo l'Ufficio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che si occupa dell'area europea (870 milioni di persone, dal Mediterraneo al Pacifico), l'aspettativa di vita alla nascita nella regione si sta differenziando significativamente: mentre sfiora gli 80 anni per i paesi dell'Unione, è di circa dieci anni inferiore per la media della regione europea OMS. In Russia le donne che nascono oggi hanno una aspettativa di vita di 10 anni più bassa rispetto alle cittadine dell'Unione europea, mentre per gli uomini la differenza raggiunge addirittura i 16 anni. Queste disuguaglianze nella salute si evidenziano anche all'interno dei paesi: a Glasgow c'è una differenza di aspettativa di vita di 10 anni fra i bambini nati nei sobborghi più deprivati rispetto a quelli dei quartieri più benestanti; in Olanda si evidenzia una differenza di 5 anni di aspettativa di vita e di 13 anni senza disabilità fra i gruppi con basso e quelli con alto livello di istruzione; in Finlandia per le donne questa differenza è pari a otto anni; in Francia fra un lavoratore manuale di 35 anni e un quadro impiegato della stessa età c'è una differenza di aspettativa di vita pari a circa 9 anni.

In Italia il fenomeno della povertà è presente: nel 2006 le famiglie in condizione di povertà relativa sono 2 milioni 623 mila, pari all'11,1% delle famiglie residenti. Si tratta complessivamente di 7 milioni 537 mila persone, il 12,9% dell'intera popolazione. Questa povertà è concentrata geograficamente: nelle regioni del Mezzogiorno raggiunge il 24%, ovvero una famiglia su quattro. La stima dell'incidenza della povertà relativa viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà) che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi.

La spesa media mensile per persona rappresenta la soglia di povertà per una famiglia di due componenti e corrisponde, nel 2006, a 970,34 euro al mese (+3,6% rispetto alla linea del 2005). Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa media mensile pari o inferiore a tale valore vengono quindi classificate come povere.

Il profilo principale di queste famiglie evidenzia che: hanno cinque o più componenti; sono presenti figli minori; hanno componenti in cerca di occupazione o con bassi profili professionali; sono presenti anziani nel nucleo familiare.

Le disuguaglianze di salute generate dal contesto sociale a sfavore delle fasce deboli della popolazione sono presenti anche in Italia, colpiscono sia italiani che stranieri, molto più in ragione delle loro condizioni sociali, di vita e di lavoro che dell'appartenenza etnica. Appare quindi necessario proporre la sperimentazione di attività di ricerca, diagnosi, cura e formazione che affrontino questo tema e promuovano le azioni di contrasto che il sistema sanitario può efficacemente costruire



contro l'emergere della salute diseguale, a favore degli italiani come degli stranieri. Questo lo scopo principale che guida la costruzione dell'"Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà", recentemente previsto nella legge finanziaria 2006. L'Istituto Nazionale intende promuovere un lavoro di rete fra diversi Centri di Riferimento Regionali che, a partire dal Lazio ( Struttura complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni del Turismo e di Dermatologia Tropicale- Istituto S.Maria e San Gallicano, dalla Puglia ( parte dell'Azienda Ospedaliera Civile "Tatarella " di Cerignola -FG) e dalla Sicilia (parte dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni di Dio di Agrigento) sperimentino sul campo questo percorso di ricerca, prevenzione, assistenza specializzata e formazione. Parallelamente occorre costruire una rete con i centri internazionali, a partire dall'OMS, che affrontano queste tematiche emergenti nel contesto più vasto dell'Europa e dei paesi dell'Est, come anche di quelli in via di sviluppo. Il confronto aperto con le soluzioni sperimentate da altri sistemi sanitari, l'apprendimento dei successi, così come degli errori, può divenire uno stimolo ed un apporto prezioso per affrontare il problema emergente del contrasto alla riproduzione di livelli di salute profondamente diseguali.

Occorre promuovere la consapevolezza che è necessario invertire il circolo vizioso che, a partire dalle svantaggiate condizioni di vita e di lavoro, produce una riduzione del livello di salute nei gruppi deboli della popolazione che, a sua volta, aumenta il peso economico delle spese sanitarie evitabili e peggiora il livello socio-economico di questi gruppi. Per la parte che compete ai sistemi sanitari anch'essi debbono promuovere un inverso circuito virtuoso: la riduzione delle disuguaglianze di salute comporta una minore spesa sanitaria evitabile ed aumenta le possibilità di inserimento sociale e lavorativo.

Oggi è assolutamente evidente che la salute è imprescindibilmente legata all'ambiente sociale ed in tutti gli studi prodotti a livello nazionale ed internazionale si possono evidenziare quattro elementi peculiari. Il patrimonio di salute non dipende solo da fattori genetici, biologici, chimici e fisici ma anche dai contesti socio-economici. La condizione socio-culturale delle persone influenza il rischio di ammalarsi, il decorso e spesso l'esito della malattia. È dimostrato che un modello valido di *welfare state* deve integrare un servizio sanitario nazionale, solidale, pubblico ed universale. È inevitabile che disuguaglianze economiche, sociali e culturali determinino iniquità nell'accesso ai servizi sanitari.

La povertà, il grado di deprivazione relativa dei processi di esclusione sociale in ogni paese hanno un impatto considerevole sulla salute della sua popolazione. Anche nazioni come l'Italia in cui il benessere economico sembra essere molto elevato, il fenomeno dell'esclusione sociale e della marginalità presenta un'incidenza crescente. In questi ultimi anni si è assistito ad un aumento sia delle disuguaglianze di salute che di esclusione sociale e le fasce di popolazione più emarginate si sono ampliate per l'arrivo di molti stranieri da paesi poveri.

La salute degli immigrati è spesso condizionata dalla accumulazione di molte condizioni di privazione relativa e di esclusione sociale, con particolare riferimento ad una alimentazione spesso carente, alla mancata tutela sul luogo di lavoro che determina un maggior numero di incidenti e morti bianche, a condizioni abitative scadenti, alla presenza della detenzione in carcere, alla prostituzione con alto rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili ivi compresa l'infezione da HIV.

Un altro elemento importante sui determinati sociali della salute è costituito dal livello di istruzione delle persone: è noto che, a parità di altri fattori, il rischio di ammalarsi e di morire aumenta con il decrescere del livello di istruzione. In particolare la probabilità di ammalarsi di malattie infettive e cronico-degenerative e di non partecipazione agli screening di diagnosi precoce dei tumori cresce con l'abbassarsi del livello di istruzione. Le stesse differenze geografiche fra il Nord, il Centro ed il Sud del Paese, pur rappresentando un importante fattore di disuguaglianza si rafforzano ulteriormente quando sono presenti precarie condizioni abitative, bassi livelli di istruzione e alti tassi di disoccupazione o di lavoro precario.

In altre parole possedere un alto *status* economico ed un alto livello di istruzione non determina differenze fra Nord e Sud del Paese, ma essere poveri nel Mezzogiorno d'Italia è peggiore dal punto di vista della salute che esserlo in altre zone del Paese. La stessa incidenza di alcuni tumori pur essendo simile in molte aree del Paese presenta una mortalità più alta nel Sud.

Ecco perché occorre analizzare i principali determinati di salute con politiche di intervento globale ed offrire servizi che possano ridurre e migliorare le discriminazioni presenti per genere, età, istruzione, reddito, condizione sociale e lavorativa nel nostro Paese. Anche la politica ambientale e dei trasporti devono essere tenute in conto all'interno di politiche di scelte per la salute: occorre un'azione organica e strutturale e di alta professionalità per una politica di promozione della salute focalizzata sull'equità, più che interventi oscillanti tra imperativi etici e paternalismo.

Occorre rilanciare una politica della salute sui determinanti sociali, il contesto ambientale e le iniquità presenti nella popolazione. Si tratta di favorire l'equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari di persone con bisogni diseguali, che devono ricevere interventi socio-sanitari appropriatamente dissimili e comunque garantire uguali opportunità di accesso alle popolazioni per contribuire a ridurre le disuguaglianze. È necessaria inoltre una rilettura dei bisogni di salute percepiti dalla popolazione per poter demedicalizzare una domanda di salute che spesso è artificiosamente e irresponsabilmente rivolta verso uno sfrenato consumismo farmacologico e di prestazioni sanitarie assolutamente inappropriate, inefficaci, spesso inutili e talvolta dannose.

Un Istituto Nazionale può meglio elaborare una *health impact assessment* ed una *capacity building* che migliori l'organizzazione, le motivazioni del personale, le risorse, la partnership e la leadership di una vera politica di promozione della salute. Investendo su:

- la formazione, in particolare dei mediatori linguistico-culturali;



- la ricerca scientifica;
- innovativi approcci di assistenza sanitaria, con specifica enfasi sulla tutela materno infantile in ambito transculturale.

Ciò deve essere realizzato non solo in collaborazione con l'OMS, in particolare con l'*Ufficio per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo* di Venezia, ma anche con il mondo del lavoro, della scuola, dell'ambiente, del volontariato e con le associazioni dei malati, le famiglie e i sindacati.

Oggi è possibile partire dal fenomeno migratorio e dalle condizioni di svantaggio sociale per accettare la sfida che ci pongono e rilanciare una forte politica integrata di salute, per uno sviluppo e una dignità per tutti, nessuno escluso. Paradossalmente, potrà essere il fenomeno migratorio a contribuire a determinare un nuovo modello di sanità, più attento alla realtà delle persone che ai profitti nell'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate, e più orientato verso la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e l'accoglienza delle persone malate.

Oggi abbiamo nuovi strumenti per affrontare le sfide dell'immigrazione e della povertà con competenza scientifica e con passione. E' quanto il nuovo Istituto nazionale si propone di fare.