

CAPITOLO 8

## Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute?

Undocumented immigrants: what do we know about their health?

Giovanni Baglio, Raffaele Di Palma, Erica Eugeni, Antonio Fortino

Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma

Corrispondenza: Giovanni Baglio; baglio@inmp.it

### RIASSUNTO

Gli immigrati in Italia rappresentano un insieme “sfocato”, difficilmente classificabile all'interno di categorie oppostive (regolari/irregolari, economici/forzati eccetera) che perdono significato se applicate rigidamente alla comprensione dei fenomeni sanitari. Piuttosto, il profilo epidemiologico di questa eterogenea popolazione dipende dal diverso peso che i determinanti di salute assumono nel *life-course* della migrazione.

Lo studio affronta il tema della salute degli stranieri irregolari adottando un approccio globale al fenomeno della migrazione, volto a cogliere gli elementi di continuità e la portata delle dinamiche epidemiologiche operanti trasversalmente alle diverse categorie. Ne emerge un quadro fortemente condizionato da fattori che operano in stretta sinergia: spinte selettive che agiscono soprattutto nelle fasi iniziali (“effetto migrante sano”) e finali (“effetto salmone”) del progetto migratorio, e che tendono a mantenere la popolazione in buona salute, si intrecciano con altre dinamiche riconducibili essenzialmente ai processi di integrazione sociale (“effetto migrante esausto”) e alla relazione con i servizi sanitari.

Tali dinamiche sono state ben studiate sui migranti “economici”. Tuttavia, vi sono oggi importanti evidenze che, per esempio, l’effetto “migrante sano” si applichi anche ai profughi che arrivano sulle coste italiane, come dimostrato dalla bassa prevalenza di patologie infettive di importazione (ivi compresa la tubercolosi). Un discorso a parte merita, invece, il tema della salute mentale, che rimane ancora oggi ampiamente sottaciuto,

nonostante l’alta incidenza di problemi psichici causati dalle violenze subite in patria o durante il viaggio.

Nel contesto delle migrazioni, dunque, la salute degli irregolari si presenta maggiormente vulnerabile per il sommarsi degli effetti delle condizioni di partenza e di viaggio e per la marginalità in cui molti di loro si trovano a vivere nel Paese ospite. Per tali ragioni, occorre recuperare equilibrio nel gestire un fenomeno così ricco di implicazioni e opportunità, attraverso lo sviluppo di politiche pubbliche altamente inclusive e saldamente ancorate alle evidenze.

**Parole chiave:** immigrati irregolari, stranieri temporaneamente presenti, profilo di salute, accesso ai servizi sanitari

### ABSTRACT

In Italy, immigrants represent a “fuzzy” set, to which it is difficult to apply dichotomous categories as a classification (i.e., regular/irregular, economic/forced, etcetera). **These categories lose its meaning when used to health phenomena.** By contrast, the epidemiological profile of such a heterogeneous population depends on the varying influence of health determinants in the life-course of migration. This article builds on those assumptions, and analyses the health of irregularly-staying immigrants by adopting a global approach to the migration phenomenon.

The article aims at identifying cross-sectional elements of continuity and epidemiological dynamics in the different categories. Different factors, strictly interacting with each other, strongly influence the resulting picture. Specific push-factors

primarily influence the starting phases (“healthy migrant effect”) and the final stages of the migration process (“salmone effect”). **These factors determine** good health in these groups, but **are also intertwined with other dynamics, connected both with the social integration process (“exhausted migrant effect”) and the relation with health services, which depends on the regional and local contexts of reference.**

Such dynamics have been thoroughly examined for “economic migrants” arriving on the Italian coasts. However, nowadays there is important evidence that the “healthy migrant effect” can be also applied to incoming international protection seekers, as demonstrated, for example, by the low prevalence of imported infectious diseases (including tuberculosis). Mental health deserves special attention and a particular final focus, for it is a topic still not adequately addressed, in spite of the high incidence of psychic problems, caused by violence endured either before or during the journey.

In the framework of migration phenomena, health issues of irregularly staying immigrants stands hence as most vulnerable, due to the overlapping effects of departure and travel conditions, and of marginalization experienced by a wide group of them in the host Country. It is, therefore, essential to pursue a balanced management of this phenomenon – rich both in implications and in opportunities – by developing highly inclusive and evidence-based public policies.

**Keywords:** undocumented immigrants, foreigners, immigrants’ health status, health care access

### GLI IMMIGRATI IRREGOLARI: UNA CATEGORIA FUZZY

Le caratteristiche di eterogeneità e diversificazione della presenza straniera in Italia fanno della nostra immigrazione un fenomeno particolarmente complesso da inquadrare, anche dal punto di vista epidemiologico, all’interno di facili schematismi e approssimate categorizzazioni socioantropologiche.

Si pensi, per esempio, alla distinzione tanto in uso oggi tra migranti “economici”, ossia coloro che scelgono di lasciare il proprio Paese per trovare condizioni di vita migliori, e migranti “forzati”, che invece fuggono da diverse situazioni di crisi. Si tratta di una distinzione assai vaga, se si considera che in molti contesti di provenienza la possibilità di scegliere implica la fuga, e che la fuga stessa esprime di per sé una legittima aspirazione a una vita migliore e a una tranquillità economica. Non mancano, peraltro, esempi in cui le situazioni politiche ed economiche all’origine delle migrazioni si intrecciano, sia a livello individuale sia di popolazione, nel concreto articolarsi dei processi migratori.

Allo stesso modo, si consideri la distinzione tra migranti “regolari” e “irregolari”. Da un punto di vista meramente definitorio, secondo l’Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM), per migrazione irregolare si intende «un movimento che avviene al di fuori delle norme vigenti nei Paesi di provenienza, transito e arrivo»; nel nostro Paese, si individuano come irregolari i cittadini extracomunitari privi di visto di ingresso o permesso di soggiorno in corso di validità. Nella realtà, però, la differenziazione tra regolari e irregolari si presenta incerta e pe-

riclitante, per via dei cambiamenti di status giuridico che possono intervenire anche più volte nel corso della vita di uno straniero (accesso alle sanatorie, mancato rinnovo del permesso di soggiorno a seguito della perdita del lavoro, accettazione o diniego della richiesta di protezione internazionale eccetera). Vi è sempre un intreccio di elementi e situazioni, per cui per esempio una donna irregolarmente presente ha diritto a uno speciale permesso di soggiorno, e dunque a una via di regolarizzazione, se vittima di tratta; o ancora, una persona può trovarsi nello stesso momento in cerca di un lavoro e in attesa del riconoscimento di protezione internazionale.

In questo senso, dovremmo abituarci a considerare gli immigrati come un insieme “sfocato”, difficilmente classificabile, dove l’attribuzione alle diverse categorie non si risolve in questioni del tipo tutto-o-niente, ma si gioca lungo un continuum di appartenenza, secondo una logica *fuzzy*<sup>1</sup> in cui nulla può essere separato dal resto una volta per tutte.

Le categorie possono anche mantenere una funzione di governamentalità, ma perdono coerenza se applicate rigidamente alla comprensione dei fenomeni sanitari, dal momento che non tengono in nessun conto i percorsi di vita e le traiettorie della migrazione, che sono in genere i principali determinanti di salute. A partire da tali premesse, il presente articolo tenta di ricostruire il profilo di salute degli immigrati definiti come “irregolari”, adottando un approccio globale che colga gli elementi di continuità e le dinamiche che operano trasversalmente alle diverse ti-

pologie di migranti, nella prospettiva di valutarne le implicazioni e l'impatto per la sanità pubblica.

### **CHE COSA SI SA OGGI DEGLI IMMIGRATI IRREGOLARI**

Il fenomeno delle migrazioni interessa ampiamente l'Italia da diverse decadi. All'1 gennaio 2016 il numero di stranieri presenti sul territorio nazionale era stimato pari a 5.498.000, di cui 5.026.153 residenti (pari all'8,3% della popolazione italiana).<sup>2</sup>

E gli irregolari? Le stime demografiche ci dicono che la quota di irregolarità ha subito nel corso del tempo forti fluttuazioni a causa dell'altalenante flusso delle iscrizioni anagrafiche alimentate dalle ricorrenti sanatorie. Tuttavia, questa quota negli ultimi anni è calata, assestandosi intorno al 6-7%.<sup>3</sup> Tale dinamica è sostanzialmente sovrapponibile a quella osservata tra gli stranieri regolarmente residenti, cresciuti nell'ultimo anno di sole 12.000 unità,<sup>2</sup> sullo sfondo di una crisi economica che ha visto ridursi la capacità di attrazione dell'Italia nel panorama delle migrazioni internazionali.

Parallelamente, si è registrato un aumento del flusso di profughi e richiedenti protezione internazionale che, nel triennio 2013-2015, ha portato sulle coste italiane oltre 500.000 persone: un fenomeno certamente non trascurabile, anche se contenuto nei numeri rispetto ai 5 milioni di stranieri residenti. All'interno di questo flusso è stata poi segnalata una quota di migranti cosiddetti "in transito", ossia di profughi che, allo scopo di eludere la Convenzione di Dublino e poter raggiungere altri Paesi dell'Unione europea, si sono sottratti all'identificazione, rendendosi invisibili sul territorio nazionale.<sup>4</sup> La quota di migranti "in transito" è stata stimata intorno a 100.000 unità nel 2014 e 70.000 nel 2015 (tale è infatti la differenza tra il numero di sbarchi e le domande di asilo presentate alle commissioni territoriali).

Questo spaccato demografico aiuta a comprendere quanto il fenomeno delle migrazioni sia eterogeneo, multifattoriale e dinamico. Così anche il profilo epidemiologico di questa variegata popolazione dipende dal diverso peso che i determinanti di salute finiscono per assumere nel *life-course* della migrazione. Se, infatti, al momento dello sbarco o dell'arrivo in Italia prevalgono le condizioni acute e le immediate conseguenze delle violenze psicofisiche subite durante il viaggio, a media e lunga distanza (a oltre un anno dall'arrivo) si manifestano situazioni latenti o si sviluppano nuove malattie quale effetto dei determinanti socioeconomici e della mancata integrazione. Per contro, il sistema di tutela della salute di stampo universalistico consente anche agli irregolari di ottenere assistenza sanitaria attraverso l'attribuzione del codice STP (straniero temporaneamente presente) per cure urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative.

### **I LIMITI DELLE FONTI INFORMATIVE**

A fronte della necessità di produrre evidenze sullo stato di salute e il ricorso ai servizi da parte degli stranieri presenti in Italia, non sono mancate in questi anni criticità nel reperimento e nell'utilizzo delle informazioni, tanto sul versante degli eventi d'interesse sanitario (numeratori) quanto su quello degli aggregati demografici (denominatori); e questo non solo rispetto agli immigrati irregolari (per i quali, si sa, non esistono dati ufficiali

sulla presenza in Italia), ma anche per gli stranieri regolarmente presenti e/o residenti.

Prima di addentrarsi nella disamina dei problemi legati alla disponibilità e alla qualità delle fonti, è utile accennare preliminarmente a una questione di fondo, che rimanda alla definizione stessa di "straniero/immigrato". Nonostante oggi i due termini siano considerati intercambiabili (e usati molto spesso come sinonimi), in realtà esistono differenze semantiche. La nozione di straniero si fonda sul criterio della cittadinanza, intesa come "nazionalità giuridica",<sup>5</sup> e dal momento che la cittadinanza dipende dalle situazioni legislative esistenti in un dato Paese e in un dato momento storico, ne consegue che la condizione di straniero è di per sé modificabile. Più problematica appare la definizione di "immigrato", che assume forti connotati culturali e rimanda alle categorie socioantropologiche dell'appartenenza etnica, del legame con il Paese d'origine, del riconoscimento nella comunità ospitante. In questo senso, il termine presenta strette connessioni con il concetto di "nazionalità", questa volta non giuridica ma etnologica e politica, espressione di un sentimento di appartenenza identitaria collettiva.

È pur vero che in Italia la legislazione vigente in materia di cittadinanza è molto restrittiva, quindi il numero di immigrati che hanno acquisito la nazionalità italiana risulta ancora oggi piuttosto contenuto; questo fa sì che, sul piano operativo, il criterio attualmente più aderente alla definizione concettuale di straniero/immigrato sia quello della cittadinanza. Tuttavia, tale criterio potrebbe rivelarsi non più adeguato in futuro, allorché gli aspetti etnici e culturali divenissero prevalenti in conseguenza della progressiva "naturalizzazione" della popolazione immigrata. Ma veniamo ai limiti delle fonti.

Sul fronte dei denominatori, i due principali sistemi di rilevazione demografica dell'Istat (Stras e P.3) forniscono annualmente una distribuzione della popolazione straniera residente, per sesso e singolo Paese di cittadinanza (P.3) e per sesso ed età (Stras); tuttavia, la conduzione disgiunta delle due rilevazioni non consente, a tutt'oggi, di incrociare le informazioni relative all'età, al sesso e al Paese di cittadinanza per singola regione di residenza.

Il problema è stato affrontato nell'ambito di un progetto di ricerca avviato dall'Isfol (ex Istituto per gli affari sociali), in collaborazione con l'Istat (anni 2009-2010). Tale progetto ha portato a sviluppare un algoritmo di calcolo che, a partire dalle distribuzioni marginali di Stras (per l'età) e P.3 (per la cittadinanza), mediante procedura iterativa (*iterative proportional fitting*), ha permesso di produrre stime attendibili della popolazione straniera residente per il periodo 2003-2011, disponibili a richiesta per scopi di ricerca.<sup>6</sup> La procedura di stima è stata successivamente rivista per gli anni post-censuari (2012-2014), a partire dalle liste anagrafiche comunali (LAC) che dall'1 gennaio 2013 ciascun Comune italiano invia all'Istat, con i dati individuali sui residenti (italiani e stranieri). Le stime prodotte per sesso, singolo anno di età e Paese di cittadinanza vengono poi riproporzionate con procedura iterativa, al fine di ottenere dati coerenti con le fonti Stras e P.3.<sup>7</sup> Tali dati si riferiscono, dunque, alla sola componente residente, mentre non esistono stime ufficiali sugli stranieri regolarmente presenti (ma non iscritti all'anagrafe), né sugli irregolari (le cui uniche stime provengono da istituti di ricerca privati).

Per quanto riguarda i numeratori, vengono segnalate gravi lacune in termini di disponibilità e qualità delle informazioni necessarie per l'identificazione degli stranieri all'interno dei flussi sanitari correnti e dei registri di patologia.<sup>8,9</sup> In particolare, permane a tutt'oggi l'indisponibilità della variabile «Paese di cittadinanza» nel sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della salute, limitatamente alle patologie di classe III (di cui fa parte anche la tubercolosi). Per il calcolo delle misure di incidenza, quindi, vengono utilizzati al numeratore i casi relativi a stranieri «nati all'estero», mentre al denominatore l'unico aggregato demografico disponibile è quello dei «cittadini stranieri residenti» in Italia. Questo disallineamento tra numeratore e denominatore di fatto impedisce di costruire veri e propri tassi, ma solo misure orientative di occorrenza, e inoltre può determinare distorsioni dovute alla possibilità di includere tra i casi anche eventuali italiani nati all'estero. Problemi analoghi riguardano il valore di riferimento che, nel caso della tubercolosi, è generalmente costruito sulla popolazione nazionale e non solo sugli italiani. Occorre peraltro sottolineare come la stessa informazione sul Paese di cittadinanza, presente in quasi tutti gli altri sistemi informativi, abbia una qualità non omogenea a seconda dei flussi e delle Regioni in cui i dati vengono raccolti.

Un'ulteriore criticità rimanda all'identificazione degli stranieri per luogo di residenza: la non corretta codifica della residenza anagrafica, che viene spesso confusa con l'effettivo domicilio, è in grado di determinare una misclassificazione di una certa quota di soggetti o eventi di malattia, con probabile sovrastima dei tassi a carico degli immigrati. Tale criticità assume particolare rilevanza, in considerazione del fatto che al denominatore viene riportata la popolazione straniera residente.<sup>8</sup>

Infine, una questione in parte ricollegabile al problema dei residenti riguarda la difficoltà di identificare (anche ai fini dell'esclusione) gli immigrati irregolari negli archivi sanitari, per mancanza di variabili utili allo scopo o per la scarsa qualità delle informazioni disponibili (per esempio, il codice del tesserino STP o la segnalazione di irregolarità in relazione all'onere economico della prestazione).

### **DINAMICHE DI SALUTE: UN INQUADRAMENTO GENERALE**

Nonostante le difficoltà e i limiti riscontrati sul versante delle fonti informative, è oggi possibile fare alcune considerazioni sul profilo di salute degli stranieri irregolari, allo scopo di fissare qualche punto fermo all'interno di un quadro epidemiologico coerente con quanto già documentato sui regolari e, in ogni caso, consistente rispetto alle evidenze disponibili.

In termini generali, il quadro appare fortemente condizionato da una serie di fattori che operano in stretta sinergia: specifiche spinte selettive (soprattutto nelle fasi iniziali e finali del progetto migratorio) si intrecciano con altre dinamiche riconducibili essenzialmente ai processi di integrazione sociale e alla relazione con i servizi sanitari, dipendenti in larga misura dai contesti regionali e locali di riferimento.

L'elemento essenziale del quadro è rappresentato dal cosiddetto «effetto migrante sano»: una sorta di selezione naturale all'origine, per cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute. La controprova epidemiologica della validità di

tale meccanismo sta nella bassa occorrenza di patologie infettive di importazione tra gli immigrati che arrivano nel nostro Paese (oltretutto con rischi di trasmissione alla popolazione ospite trascurabili, in assenza di vettori specifici e/o delle condizioni socioeconomiche favorevoli alla loro diffusione).<sup>10</sup> Un dato di conferma, in tal senso, viene dall'esperienza del poliambulatorio dell'INMP, a Roma: nel periodo compreso tra il 2008 e i primi dieci mesi del 2016, su 23.025 pazienti senza permesso di soggiorno (pari al 25% della casistica complessiva), sono state diagnosticate patologie infettive e parassitarie (codice ICD-9-CM 001-139) solo nel 10% dei soggetti visitati. Tra queste, solo 9 casi di rickettsiosi e altre malattie trasmesse da artropodi (080-088), 26 casi di elmintiasi (120-129) e 6 di malattie intestinali da protozoi a esclusione di amebiasi (007). Da tale esperienza non emerge, dunque, un quadro dominato dalla presenza di patologie tropicali o condizioni esotiche, ma da comuni affezioni della pelle (13%), alterazioni del visus e dell'udito (11%) e da problemi di salute mentale quali depressione (28%), disturbo post-traumatico da stress (27%), ansia (10%).

Un secondo meccanismo di selezione opera, invece, alla fine del progetto migratorio ed è ben conosciuto nella letteratura epidemiologica internazionale come «effetto salmone». Diversi studi condotti negli Stati Uniti su minoranze etniche avevano mostrato tassi di mortalità sistematicamente più bassi rispetto ai nativi americani per l'abitudine degli immigrati anziani di far ritorno nel proprio Paese d'origine, specie se malati (per tale ragione i loro decessi risultavano sottonotificati nei registri di mortalità). In una lettera alla rivista americana *JAMA*, Pablo-Mendez per la prima volta utilizzò l'espressione «salmon bias» per indicare questo tipo di «perdite» selettive, in analogia con il comportamento dei salmoni che risalgono il fiume per deporre le uova e lasciarsi morire alla fonte.<sup>11</sup> Anche in Italia i dati Istat confermano per gli stranieri rischi relativi inferiori all'unità rispetto agli italiani, tanto per gli uomini quanto per le donne.<sup>12</sup> Questo spiega anche perché gli immigrati contribuiscano al mantenimento del *welfare* più di quanto non ne usufruiscano, con un saldo attivo per lo Stato stimato per l'anno 2014 tra 1,8 e 2,2 miliardi di euro, considerando le entrate (gettito fiscale e contributivo degli immigrati) e le uscite (per sanità, scuola, servizi sociali, casa, giustizia, sicurezza e trasferimenti economici).<sup>13</sup> Se le spinte selettive sin qui descritte tendono a mantenere complessivamente alto il livello di salute della popolazione straniera, sui migranti (soprattutto irregolari) agiscono anche i fattori di rischio legati alla precarietà e allo svantaggio socioeconomico: è il cosiddetto «effetto migrante esausto», che si determina quando i processi di integrazione e le misure di tutela tardano a concretizzarsi nel Paese ospite.<sup>10</sup> Una recente indagine condotta a Roma su immigrati irregolari ha evidenziato condizioni di salute peggiori rispetto agli italiani e agli stessi stranieri regolari: in particolare, gli indici sintetici del questionario SF-12 (confrontati con i dati Istat per gli italiani) mostravano una differenza mediana del 4% per lo stato fisico e del 12% per lo stato mentale; un'ulteriore comparazione con una precedente indagine condotta sugli immigrati regolari rilevava una differenza, rispettivamente, del 5% e del 10%.<sup>14</sup>

Su tale quadro di vulnerabilità, e sulle conseguenze in termi-

ni di depauperamento del patrimonio di salute, si inserisce infine, come possibile modificatore d'effetto, la relazione con i servizi. Occorre sottolineare come in questi anni il progressivo decentramento politico-amministrativo, avviato con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001, abbia portato a un'estrema eterogeneità nelle garanzie di accesso ai livelli essenziali di assistenza, in ragione della diversa sensibilità e attenzione rivolte, nei contesti regionali e locali, ai temi del diritto alla tutela della salute e all'inclusione sociale. Tuttavia, laddove l'accesso alle cure e alle misure di prevenzione è assicurato e sostenuto, questo può rivelarsi un potente fattore in grado di migliorare sensibilmente le condizioni di salute, fino addirittura a invertire, in alcuni casi, i trend epidemiologici nazionali.

Un esempio significativo al riguardo è rappresentato dall'andamento dei tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri in Italia. Tale condizione si presta particolarmente all'analisi degli effetti delle cure sui trend di incidenza, in quanto l'accesso alle terapie è in grado di arrestare la progressione dalla sieropositività alla malattia conclamata, e quindi di agire non solo sulla prevalenza (attraverso una riduzione della durata), ma anche direttamente sulla comparsa di nuovi casi, e questo al netto delle dinamiche di propagazione epidemica. Se si prendono in considerazione gli immigrati adulti (soprattutto maschi) nel periodo 1992-2011 (figura 1),<sup>15</sup> si osserva che, dopo un primo vertiginoso aumento dei livelli di malattia, i tassi decrescono da 58,4 per 100.000 nel 1995 (anno di massima incidenza) a 9,1 per 100.000 nel 2011. Tale inversione di tendenza si deve essenzialmente a due ragioni concomitanti: da una parte, l'arrivo di terapie efficaci e, dall'altra, la possibilità per gli immigrati di usufruirne, grazie a una normativa che, proprio a partire dal 1995 (anno di emanazione del DL n.489/1995, cosiddetto «Decreto Dini»), garantisce anche agli irregolari l'accesso alle cure «essenziali ancorché continuative», e non solo a quelle erogate in regime di urgenza.

Occorre tuttavia rilevare che il diritto di accesso alle cure da parte degli immigrati, senza discriminazioni legate allo status giuridico, è elemento necessario ma non sempre sufficiente a garantire livelli di salute adeguati, se nella pratica permangono barriere culturali e organizzative. Un esempio in tal senso viene dalla tubercolosi. È vero che, in questi anni, l'incidenza della malattia tra gli stranieri nati all'estero è calata (da 99,5 per 100.000 nel 2003 a 47,1 per 100.000 nel 2015),<sup>16</sup> e questo dovrebbe di per sé essere sufficiente a ridimensionare l'allarme sociale connesso al cliché del migrante-untore.<sup>10</sup> Gli stessi dati dell'INMP riferiscono che

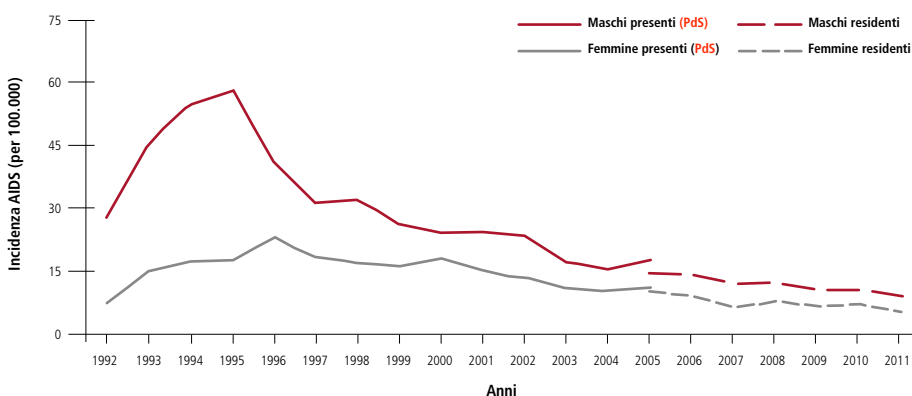
su 51.000 pazienti visitati nell'arco degli anni 2009-2014 sono stati riscontrati solo 24 casi confermati di tubercolosi (quasi tutti migranti di lunga permanenza), di cui 4 recidive di diagnosi precedentemente stabilite. Tuttavia, emergono importanti criticità sul versante della relazione con i servizi e dell'efficacia della presa in carico. In particolare, diversi studi segnalano da anni un più elevato rischio di perdita al follow-up tra gli stranieri rispetto agli italiani, e una bassa compliance ai protocolli terapeutici.<sup>17</sup> Una ricerca condotta dall'OIM nel 2010<sup>18</sup> su una coorte di 308 pazienti italiani e stranieri (regolari e irregolari), assistiti in diverse città italiane (Brescia, Milano, Roma e Napoli), evidenziava un rischio di mancato completamento del follow-up 3 volte più alto per gli immigrati regolari rispetto agli italiani (OR: 3,1; IC95% 1,1-8,9) e addirittura 5 volte più elevato per gli irregolari (OR: 5,4; IC95% 1,8-16,4).

I fattori che influenzano in modo determinante la compliance terapeutica sono molteplici. Dall'approfondimento qualitativo che ha accompagnato l'indagine epidemiologica sopra menzionata è emerso come la salute non sia sempre percepita dai migranti come una priorità. Anche la durata del trattamento costituisce un fattore rilevante. La tubercolosi, infatti, necessita di terapie che durano molti mesi, il che contrasta con un progetto migratorio fortemente orientato al lavoro e all'aiuto economico delle famiglie nel Paese di origine.

Sempre sul versante della relazione problematica con i servizi, una revisione sistematica condotta nel 2015 segnalava a livello europeo un minore ricorso alle cure da parte degli immigrati irregolari (soprattutto donne in gravidanza e bambini nelle prime fasi della vita) e un più basso accesso alle misure di prevenzione. Questo si traduce in un carico assistenziale superiore (e tendenzialmente inappropriato) per le strutture di pronto soccorso, con conseguente lievitazione dei costi sanitari. Dalla revisione è emerso anche un rischio maggiore di traumi legati a condizioni di lavoro nero, senza alcuna tutela e in situazioni di forte sfruttamento.<sup>19</sup>

### E PER I PROFUGHI, QUALI CONSIDERAZIONI VALGONO?

Le dinamiche di salute sopra descritte sono state evidenziate in questi anni sui migranti cosiddetti "economici", il cui progetto di vita, orientato alla ricerca di un lavoro nel Paese ospite, implica in partenza condizioni di piena integrità fisica e psichica. Ma le medesime considerazioni valgono per i profughi che sbarcano sulle coste italiane?



**Figura 1.** Tassi (per 100.000) di incidenza di AIDS nella popolazione straniera di età ≥18 anni, per genere. Italia, anni 1992-2011. Fonte: ISS.  
**Figure 1.** Incidence rates (per 100,000) of AIDS among foreign population, aged ≥18 years, by gender. Italy, years 1992-2011. Source: ISS.

Questa domanda continua a suscitare curiosità tra gli addetti ai lavori e allarme nell'opinione pubblica, soprattutto in relazione al rischio di potenziali epidemici e ai costi della sorveglianza sanitaria. Tuttavia, vi sono evidenze che l'“effetto migrante sano” si eserciti anche su tale popolazione, almeno per quanto riguarda le patologie infettive di importazione. In particolare, i dati raccolti dalle *équipe* dell'INMP presso gli *hotspot* di Lampedusa e di Trapani Milo nel periodo maggio 2015-ottobre 2016 non hanno evidenziato, su circa 6.000 visite effettuate, gravi malattie infettive e diffuse, ma solo malattie dermatologiche facilmente curabili: scabbia, prurito e affezioni correlate, pediculosi, varicella, impetigine e dermatite da contatto. Dalle testimonianze raccolte, è risultato invece che i pazienti – in prevalenza giovani, maschi, provenienti da Eritrea, Nigeria e Somalia – hanno intrapreso lunghi viaggi attraverso svariati Paesi prima di imbarcarsi in un porto libico, in condizioni al limite della sopravvivenza, con violenze e reclusioni nei posti di blocco (luoghi sovraffollati, privi di servizi igienici e ricambio d'aria) e sotto costante richiesta di denaro per recuperare la libertà e proseguire il percorso migratorio. Analogamente, i dati della sorveglianza sindromica condotta

dall'Istituto superiore di sanità presso 21 centri per immigrati in Sicilia, tra marzo e agosto 2015, hanno evidenziato, su una popolazione media giornaliera di 5.373 presenze, un totale di 48 allerte statistiche, 33 infestazioni (scabbia), 7 sindromi respiratorie febbrili, 7 malattie febbrili con rash cutaneo (morbillo e varicella) e 1 caso di sospetta tubercolosi polmonare.<sup>20</sup> Un'ulteriore conferma giunge infine dalle rilevazioni epidemiologiche condotte nel 2014 e nel 2015 a Roma, nell'ambito di un piano di assistenza sanitaria messo in atto dall'INMP e dalle ASL Roma A e Roma B, in collaborazione con diverse organizzazioni del privato sociale, su profughi in transito verso Paesi nordeuropei.<sup>21</sup> In considerazione delle caratteristiche di questa specifica popolazione, il modello adottato è stato quello della prossimità dell'offerta assistenziale, con prestazioni di primo livello garantite direttamente negli insediamenti spontanei e nei siti occupati. Le *équipe* sanitarie mobili hanno raggiunto circa 12.000 persone, in prevalenza maschi (88%) e giovani (età media 22 anni), provenienti da Eritrea e Somalia. Sono state riscontrate in maggioranza patologie dermatologiche (soprattutto scabbia, foruncolosi e impetigine), comuni infezioni delle prime vie aeree e sindromi influenzali (*tabella 1*). Inoltre, nel 2014

**Tabella 1.** Distribuzione delle visite effettuate, per diagnosi o sospetto diagnostico, nell'ambito di un intervento di assistenza sanitaria per migranti in transito a Roma. Anni 2014 e 2015.  
**Table 1.** Distribution of medical visits, by diagnosis or diagnostic suspect, in the context of health care intervention for immigrants *transiting* in Rome. Years 2014 and 2015.

Diagnosi*	ANNO 2014		ANNO 2015	
	n.	%	n.	%
Condizioni generali/sistemiche	176	4,7	519	6,4
<i>sintomi/disturbi</i>	113	3,0	256	3,2
<i>malattie infettive</i>	21	0,5	108	1,3
Sangue/organi emopoietici e sistema immunitario	3	0,1	10	0,1
Apparato digerente	329	8,8	641	7,9
Occhio	72	1,9	122	1,5
Orecchio	54	1,4	88	1,1
Sistema cardiocircolatorio	25	0,7	47	0,5
Apparato muscolo-scheletrico	93	2,5	301	3,7
Sistema nervoso	114	3,1	250	3,1
Problemi psicologici	5	0,1	8	0,1
Apparato respiratorio	734	19,6	1.040	12,8
<i>sintomi/disturbi</i>	252	6,7	371	4,6
<i>infezioni</i>	468	12,5	643	7,9
Cute	2.038	54,5	4.912	60,4
<i>infezioni</i>	1.341	35,9	3.894	47,9
<i>lesioni traumatiche</i>	236	6,3	432	5,3
Endocrino/metabolico/nutrizionale	34	0,9	94	1,2
Sistema urinario	22	0,6	27	0,3
Gravidanza/parto	19	0,5	34	0,4
Apparato genitale femminile	12	0,3	15	0,2
Apparato genitale maschile	7	0,2	24	0,3
Z-problemi sociali	2	0,1		
<b>Totale</b>	<b>3.739</b>	<b>100,0</b>	<b>8.132</b>	<b>100,0</b>

\*Per la codifica delle diagnosi è stata utilizzata la Classificazione internazionale delle cure primarie ICPC-2R (traduzione italiana: <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-Italian.pdf>), modificata dall'INMP. / The International Classification of Primary *Cares* ICPC-2R was used to encode diagnoses, with modification made by INMP.

sono stati segnalati 21 casi di malattie infettive sistemiche (pari allo 0,5% della casistica totale): 7 persone con sospetta tubercolosi polmonare (per nessuna delle quali è stata poi confermata la diagnosi); 8 casi di malaria e 6 di varicella. Nel 2015, le segnalazioni di sospetta malattia infettiva (in tutto 108) hanno riguardato prevalentemente casi di varicella (70) e malaria (27); i casi sospetti di tubercolosi sono stati 7 e solo per 2 di questi è stata confermata la diagnosi.<sup>21</sup>

In merito ai migranti in transito, è opportuno richiamare anche l'esperienza realizzata nel biennio 2013-2014 dal Comune di Milano, in collaborazione con la ASL e diverse organizzazioni del privato sociale (City angels, Save the children, Naga, Medici volontari italiani, Opera San Francesco, GrIS Lombardia). Inizialmente, è stato creato presso la stazione Centrale un punto di accoglienza con orientamento dei migranti (in prevalenza siriani) verso dormitori e mense. Successivamente, in seguito all'aumento dei migranti provenienti soprattutto dall'Eritrea e concentrati nell'area di Porta Venezia, sono state intraprese diverse iniziative volte a garantire accoglienza e assistenza sanitaria di base (anche mediante impiego di *équipe* itineranti). Nel 2015, sempre nel contesto della stazione, si è giunti alla ristrutturazione di un ampio spazio (*hub*), con un servizio di mensa, spazi di socializzazione e un ambulatorio gestito da personale sanitario (di lingua araba) della ASL.<sup>22</sup>

### LA QUESTIONE DELLA SALUTE MENTALE

Un discorso a parte merita il tema della salute mentale. Nonostante vadano accumulandosi evidenze sul carico di disagio psichico che grava sui migranti, per effetto delle violenze subite in patria o durante il viaggio, la questione rimane ancora oggi ampiamente sottovalutata. Un articolo apparso recentemente sulla rivista *Nature* riporta il dato secondo cui un elevato numero di rifugiati che vivono in Germania ha subito un'esperienza traumatica e circa la metà soffre di patologie psichiche, in particolare disturbi post-traumatici da stress.<sup>23</sup> Inoltre, i dati relativi a una coorte di 1,3 milioni di migranti giunti in Scandinavia prima del 2011 mostrano, a carico degli stranieri con status di rifugiato, un'incidenza di schizofrenia e psicosi tre volte più elevata rispetto ai nativi, e il 66% in più rispetto agli altri immigrati. L'incidenza di tali condizioni risulta essere maggiore nei bambini, in quanto strettamente associata alla precocità dell'esperienza migratoria e dei traumi a essa connessi.<sup>23</sup>

Pertanto, una revisione sistematica condotta nel 2015 (con 20 studi inclusi, per un totale di 7.000 rifugiati in diversi Paesi europei) aveva già evidenziato una prevalenza di disturbi post-traumatici da stress dieci volte superiore in questo specifico gruppo di migranti rispetto alla popolazione generale.<sup>24</sup>

Anche in Italia, un recente studio condotto su dati ospedalieri ha evidenziato a livello nazionale un aumento rilevante dei ricoveri effettuati presso i servizi psichiatrici da parte di pazienti stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria, dato questo che sembra confermare un impatto dei nuovi flussi di profughi sul profilo complessivo della salute psichica degli stranieri presenti in Italia. In particolare, i tassi di ospedalizzazione confermano, soprattutto tra gli uomini, un aumento del ricorso ai servizi psichiatrici: tra il 2008 e il 2015 si è passati da

22,4 a 28,3 ricoveri per 10.000.<sup>25</sup> Tale aumento, peraltro, risulta in controtendenza rispetto alla deospedalizzazione in atto nei reparti psichiatrici. Dal momento che l'analisi è stata condotta sul totale dei ricoveri della popolazione straniera, e non solo su quelli relativi ai profughi (non identificabili all'interno dell'archivio delle schede di dimissione ospedaliera), è presumibile che l'entità dell'incremento nel gruppo specifico dei richiedenti protezione internazionale sia molto più marcata.

### CONCLUSIONI

L'immigrazione, con il suo carico di complessità, sfugge agli stereotipi che la dipingono come emergenza inarrestabile e minaccia per la salute pubblica, ma anche a quelli che la liquidano come fatto ordinario e ne trascurano aspetti peculiari e criticità. Nel contesto delle migrazioni, la salute degli stranieri irregolari – per quanto sia instabile e dinamica questa definizione – si presenta come quella maggiormente vulnerabile, per il sommarsi degli effetti delle condizioni di partenza e di viaggio, e per la marginalità in cui molti di loro vivono nel nostro Paese. Per gestire un fenomeno così ricco di implicazioni e opportunità occorre progettare lo sviluppo di politiche pubbliche altamente inclusive e saldamente ancorate alle evidenze. A tal fine, un attento monitoraggio degli indicatori epidemiologici e delle scelte programmatiche locali, in un'ottica di *health impact assessment*, rappresenta il presupposto per una corretta e razionale azione di *governance*.

Sul piano della sanità pubblica, emerge il tema dell'accessibilità dei servizi come nodo centrale delle diverse azioni di tutela. Per migliorare il livello di permeabilità del sistema e costruire efficaci percorsi di cura, è necessario adottare strategie globali di mediazione (la cosiddetta "mediazione di sistema") che rendano i servizi più sensibili alle specificità culturali e sappiano valorizzare il vissuto delle persone. Rispetto a situazioni di particolare distanza dai servizi, vi sono esperienze significative di "medicina di prossimità" su gruppi "hard to reach" (come quelle maturate a Roma e a Milano con i migranti in transito),<sup>21-22</sup> che puntano sulla creazione di reti assistenziali tra istituzioni pubbliche e del privato sociale, e su modelli di offerta attiva in *outreach*.

Un aspetto particolarmente critico è rappresentato oggi dalla salute mentale. Per quanto riguarda tale ambito, l'"effetto migrante sano" sembra non determinare una selezione così efficace come avviene per altre condizioni (per esempio, le malattie infettive) e lo stesso "effetto migrante esausto" insorge piuttosto rapidamente, talvolta addirittura durante il viaggio. Rispetto all'emersione del bisogno – che certamente è reale – occorre tuttavia anche considerare la possibilità che l'arrivo in tempi brevi di migliaia di profughi che non conoscono la nostra lingua e con cui esiste un'oggettiva difficoltà a comunicare possa portare a una sovradiagnosi di psicopatologia e a un ricorso improprio ai servizi psichiatrici. Anche in questo caso, i dati indicano una situazione da monitorare e suggeriscono la necessità di studi più approfonditi per comprendere le complesse dinamiche operanti nella popolazione immigrata.

Con specifico riferimento ai profughi, ma in realtà con uno sguardo che si allarga all'intero fenomeno migratorio, vale qui richiamare le indicazioni dell'OMS contenute nel documento di

recente pubblicazione *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region* (oggetto dell'omonima risoluzione EUR/RC66/R6).<sup>26</sup> Il piano d'azione copre nove aree di intervento prioritario: stabilire una rete di collaborazione entro cui agire; fare *advocacy* per la tutela della salute di rifugiati, richiedenti asilo e migranti; tener conto dei determinanti sociali di salute; lavorare sulla competenza dei servizi sanitari e assicurare una risposta efficace commisurata ai bisogni; migliorare i

sistemi sanitari e la loro resilienza; prevenire le malattie infettive e ridurre i rischi rappresentati dalle malattie croniche; assicurare una sorveglianza sanitaria in modo etico ed efficace; migliorare l'informazione e la comunicazione sui temi della salute. Si tratta certamente di un'agenda ricca, su cui occorre canalizzare le migliori risorse del Paese per gli anni a venire.

**Conflitti di interesse dichiarati:** nessuno.

## BIBLIOGRAFIA E NOTE/REFERENCES AND NOTES

1. Vineis P. Methodological insights: fuzzy sets in medicine. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:273-38.
2. Centro studi e ricerche IDOS. *Dossier statistico immigrazione 2016*. Roma, Inprinting srl, 2016.
3. Blangiardo GC. Gli aspetti statistici. In: Fondazione Ismu (ed). *Ventesimo rapporto sulle migrazioni 2015*. Milano, Franco Angeli, 2015.
4. Baglio G, Napoli PA. *Salute e prevenzione tra i migranti invisibili*. Roma, INMP, 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://www.inmp.it/index.php/ita/Eventi-e-Formazione/Eventi-INMP/Eventi-Nazionali/Convegno-INMP-Salute-e-prevenzione-tra-i-migranti-invisibili>
5. Il Decreto legislativo 286/98 «Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero» all'art. 1 (comma 1) definisce lo straniero come «cittadino proveniente da Paese non appartenente all'Unione europea». Tale definizione non è stata modificata dalla successiva Legge 189/2002 (Legge Bossi-Fini).
6. Salvatore MA, Tucci E, Rosano A. Stima della popolazione residente straniera. In: *Rapporto Osservasalute 2011. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Approfondimenti 2011*:19-21. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>
7. Salvatore MA, Tucci E. La stima della popolazione residente straniera a partire dalle Liste Anagrafiche Comunali. In: *Rapporto Osservasalute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Approfondimenti 2015*:31-32. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>
8. Geraci S, Baglio G. Salute degli immigrati. In: *Rapporto Osservasalute 2012. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano, Prex Ed, 2013:203-204. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>
9. Geraci S, Baglio G, Burgio A. Salute degli immigrati. In: *Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano, Prex Ed, 2015:263-65. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>
10. Baglio G. Tuberculosis and immigration: the answers that epidemiology can provide (and society is waiting for). *Epidemiol Prev* 2015;39(2):73-74.
11. Pablo-Méndez. Mortality among Hispanics. *JAMA* 1994;271(16):1237-38.
12. Bruzzone S, Mignolli N. Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia. In: *Rapporto Osservasalute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano, Prex Ed, 2016:277-81. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>
13. Fondazione Leone Moressa, Stuppini A. L'impatto economico e fiscale dell'immigrazione. In: Centro Studi e Ricerche IDOS (ed). *Dossier statistico immigrazione 2016*. Roma, Inprinting srl, 2016: 315-23.
14. D'Egidio V, Mipatrinì D, Massetti AP, Vullo V, La Torre G. How are the undocumented migrants in Rome? Assessment of quality of life and its determinants among migrant population. *J Public Health* 2016 [Epub ahead of print]. doi: 10.1093/pubmed/fdw056
15. Camoni L, Boros S, Suligoi B, Baglio G. AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia. In: *Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano, Prex Ed, 2015:296-9. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>
16. D'Amato S, Bonfigli S, Cenci C, Maraglino F P. Tuberculosis tra gli stranieri in Italia. In: *Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane (in press)*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2016>
17. Faustini A, Andrew JH, Mantovani J, Sangalli M, Perucci CA. Treatment outcomes and relapses of pulmonary tuberculosis in Lazio, Italy, 1999-2001: a six-year follow-up study. *Int J Infect Dis* 2008;12(6):611-21.
18. Celmi R, Sacco V, Forcella E et al. Ricerca operativa tubercolosi e stranieri. Studio osservazionale prospettico. Progetto O.I.M – Organizzazione internazionale per le migrazioni, Area migrazione e salute, Roma, Italia. In: *Atti XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni «Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie»*. Palermo, 19-21 maggio 2011. Bologna, Pendragon, 2016:148.
19. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public health aspects of migrants health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2015.
20. Bella A, Napoli C, Riccardò F et al. La sorveglianza sindromica nei Centri per migranti della Regione Sicilia nel periodo marzo-agosto del 2015. In: *Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane (in press)*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2016>
21. Napoli PA, Gnolfo F, Renzi S, Mazzarini G, Pajno C, Baglio G, per la Rete di assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma (anni 2014 e 2015). L'esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma. In: *Atti XIV Congresso Nazionale Società Italiana di Medicina delle Migrazioni «Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute»*. Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna, Pendragon, 2016: 69-75.
22. Panizzut D. Dal mare al nord Europa: profughi in transito a Milano. In: *Atti XIV Congresso Nazionale Società Italiana di Medicina delle Migrazioni «Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute»*. Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna, Pendragon, 2016: 76-7.
23. Abbott A. The troubled minds of migrants. *Nature* 2016;538:158-60. Disponibile all'indirizzo: <http://www.nature.com/news/the-mental-health-crisis-among-migrants-1.20767>
24. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365:1309-14.
25. Mazzetti M, Geraci S, Burgio A, Baglio G. La salute psichica degli immigrati: cosa sta accadendo? In: *Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane (in press)*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2016>
26. Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. Regional Committee for Europe 66<sup>th</sup> Session. Copenhagen, WHO Regional Committee for Europe, 2016.