

Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre

Salvatore Geraci¹, Issa El Hamad²

¹Area sanitaria Caritas Roma; ²1° Divisione Malattie Infettive-Spedali Civili di Brescia

Autore per la corrispondenza: Salvatore Geraci, Area sanitaria Caritas, via Marsala, 103, 00185 Roma
E-mail: s.geraci@areasanitaria.it

Premessa: accessibilità ai servizi per lo sviluppo sociale

Il profilo di salute degli stranieri in Italia è condizionato da molteplici fattori ed eventi. Tra gli altri ricordiamo la possibilità di avvenuta esposizione nel Paese di provenienza a eventuali specifici fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali e/o comportamentali); il percorso migratorio, a volte particolarmente logorante sul piano fisico e psicologico; e, al momento dell'arrivo nel Paese ospite, la capacità di accoglienza della società - condizionata e in parte anche condizionante lo status giuridico - e il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali [1,2].

Un approccio pluridimensionale alla promozione della salute degli immigrati non può quindi, ignorare proprio l'elemento della "permeabilità" dei servizi, come questione determinante per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici nell'ambito di una più generale funzione di advocacy e di contrasto alle disuguaglianze: "le disuguaglianze sanitarie sono il risultato non soltanto di una moltitudine di fattori economici, ambientali e connesse alle scelte di vita, ma anche di problemi relativi all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria". Questo è scritto in una recente risoluzione approvata dal Parlamento Europeo dal titolo "Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea" [3] in cui si invitano gli Stati membri "ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario", e in particolare, "a garantire che tutte le donne in gravidanza e i bambini, indipendentemente dal loro status, abbiano diritto alla protezione sociale quale definita nella loro legislazione nazionale, e di fatto la ricevano". E ancora, la Conferenza Europea "Health and Migration in the UE. Better Health for all in an inclusive society" promossa dalla Presidenza del Consiglio d'Europa [4], invita gli Stati ad avviare, nei confronti dei migranti,

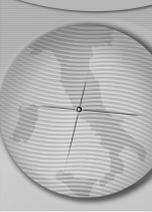
un'azione politica e sociale ad ampio spettro che includa: accoglienza, inserimento, casa, lavoro, diritti costituzionali in genere.

In questo senso vanno anche letti gli interventi sull'accessibilità ai servizi sanitari: "Le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestite, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei Paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo" (Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le migrazioni [5]). In modo sintetico ed efficace i ministri europei hanno voluto enfatizzare come anche le politiche sanitarie possano contribuire in modo determinante all'inserimento degli immigrati ed alla costruzione di una società basata sull'accoglienza, sull'integrazione e sulla crescita reciproca.

Questo quadro di diffusa "teorica" attenzione internazionale, stride con la quotidianità delle politiche dei singoli stati ed in particolare con quanto vissuto nei primi mesi del 2011 dal nostro Paese. "E' sotto gli occhi di tutti l'assenza di credibili politiche europee che considerino, insieme alla dimensione del controllo delle frontiere, anche quella di politiche sociali di inclusione. E' infatti indubbio il ruolo prioritario esercitato sulla salute dai cosiddetti "determinanti sociali" (istruzione, occupazione, reddito, alloggio, coesione sociale, etc) come ampiamente documentato dal Rapporto OMS "Closing the gap in a generation" del 2008 [6]. All'interno di questa debolezza e frammentarietà di visioni, riteniamo che anche l'Italia non sia stata finora capace di dare risposte coerenti alla complessità e alle potenzialità del fenomeno migratorio in corso, a partire da un'accoglienza attenta ed adeguata" [7].

Le politiche sanitarie e le norme per gli immigrati in Italia

Le politiche sanitarie per la tutela degli immigrati e dei rifugiati in Italia sono un patrimonio



relativamente recente. Se ne comincia a parlare agli inizi del 1990 ma solo nel 1998 il tema viene affrontato compiutamente con la legge n. 40 (la cosiddetta “Turco Napolitano”) [8] poi confluita nel Testo Unico (TU) sull’immigrazione (Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998) [9]. Il regolamento d’attuazione di questa legge (Decreto Presidente della Repubblica nr.394 del 31 agosto 1999) [10] e una Circolare del Ministero della salute (n. 5 del 24 marzo 2000) [11] completano l’impianto normativo coerente con il mandato costituzionale di garanzia di cure “... come fondamentale diritto dell’individuo ed interesse della collettività ...” (art. 32 della Carta Costituzionale).

L’articolo n. 34 del TU dal titolo “Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)” contiene le norme per gli immigrati ‘regolarmente soggiornanti’ sul territorio nazionale cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l’articolo 35 dal titolo “Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN” affronta il tema di tutela sanitaria “a salvaguardia della salute individuale e collettiva” anche nei confronti di coloro “non in regola con le norme relative all’ingresso ed al soggiorno”, i cosiddetti irregolari e/o clandestini (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP). L’articolo 36, dal titolo “Ingresso e soggiorno per cure mediche”, definisce le condizioni necessarie affinché un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Questi atti sanciscono definitivamente l’emersione del diritto alla salute ed all’assistenza sanitaria per i cittadini stranieri presenti nel territorio nazionale con l’obiettivo dichiarato di includere a pieno titolo i rifugiati e gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all’assistenza sanitaria a parità di condizioni e a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l’iscrizione al SSN, ...) e introdotti principi di equità (obbligatorietà all’iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all’assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali,

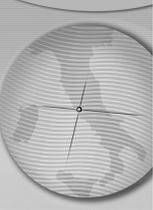
continuative e i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l’accesso alle cure, è stato vietato, da parte delle strutture sanitarie, la segnalazione all’autorità di polizia della presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico [12,13].

Quest’ultima scelta è stata confermata dall’esortazione dell’Assemblea del Parlamento Europeo, che, con la risoluzione n. 1.059 del 2006, invita ogni Stato ad “eliminare qualunque obbligo riservato al personale sanitario ... di fare rapporto ai poteri pubblici della presenza di immigrati irregolari”. In questo senso, l’Italia ha dal 1995 una specifica normativa di tutela (Decreto Legge n. 489/95, alcune ordinanze ministeriali, poi consolidate nel citato Decreto Legislativo n. 286 del 1998 e in altre norme collegate) che è bene ribadire sempre nella sua assoluta validità, anche e soprattutto come strategia di sanità pubblica, oltre che come obbligo deontologico (“Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità” della FNOMCeO [14]).

Considerando questa impostazione, la proposta di abrogare il divieto di segnalazione contenuta nel cosiddetto “pacchetto sicurezza” discusso a partire dal mese di ottobre 2008 è sembrata irrazionale e demagogica. Grazie alla reazione unanime del mondo socio assistenziale (tutti gli ordini professionali, società scientifiche, enti locali, singoli operatori, società civile) la proposta è stata stralciata e quindi la norma è rimasta invariata [15].

Queste norme dal 1998 non sono state modificate né dall’entrata in vigore della legge n. 189/2002 in materia di immigrazione (la così detta legge Bossi Fini) [16], né dalle varie normative legate alla “devoluzione in ambito sanitario” (ad esempio nei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA, sono comprese le prestazioni per immigrati regolari ed irregolari), né come abbiamo visto dal recente “pacchetto sicurezza”.

Tuttavia una ulteriore situazione di ambiguità normativa riguarda i comunitari, in quanto una interpretazione troppo “egualitaria” non ha tenuto conto della fragilità sociale di alcuni gruppi di popolazione, in particolare degli ultimi neocomunitari (rumeni e bulgari – inizio 2007 - ed in minor misura polacchi, “entrati” nell’Unione Europea qualche anno prima), che non avendo i requisiti richiesti (tessera europea assicurazione malattia-TEAM) e lavorando in nero o trovandosi in condizione di marginalità (ereditata da periodi di irregolarità giuridica) non hanno titolo per accedere ai servizi sanitari [17]. In parte tale situazione è stata affrontata a



livello regionale e da una nota ministeriale che, nell'ambiguità dell'impostazione, tuttavia invita ad "essere attivate, nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale" (precisazioni ministero Salute del 19.02.08).

Seppur con qualche criticità, questa specifica politica nazionale "inclusiva" deve però necessariamente accompagnarsi con una "disponibilità" da parte delle amministrazioni locali e degli operatori sanitari a renderla operativa ed è proprio in questo ambito che si evidenzia una preoccupante discontinuità applicativa in base agli umori politici nazionali e locali [18].

In questo senso va segnalato, a distanza di oltre 10 anni dall'entrata in vigore di molte delle norme suddette, come non ci sia ancora una uniformità di applicazione su tutto il territorio nazionale soprattutto per le disposizioni che regolano l'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati irregolarmente presenti e dei comunitari in condizione di fragilità sociale: alcuni ambiti di discrezionalità organizzativa (in base alla diversità del territorio regionale ed alla consistenza della presenza di stranieri) vengono presi a pretesto per non garantire adeguatamente i livelli assistenziali previsti dalla normativa nazionale e il clima politico più o meno "aggressivo" non favorisce percorsi di accessibilità ai servizi [19].

Le barriere per l'accesso e la fruibilità

Affinché il diritto formale (possibilità di accesso) garantito dalla legge si trasformi in diritto reale (fruibilità delle prestazioni) è indispensabile, come accennato, un'efficace politica sanitaria a livello locale: è a livello regionale, considerato anche l'avanzato federalismo proprio in sanità, che bisogna guardare perché delle buone norme nazionali diventino prassi e il diritto dalla carta si realizzi nella quotidianità [20]; bisogna vigilare perché la burocrazia, nazionale e locale, non ricominci a tessere la sua ragnatela che spesso paralizza anche le migliori intenzioni di tutela. E questo anche perché la normativa italiana, anche se avanzata e lungimirante, ha delle situazioni di ambiguità che possono creare dei problemi nell'accesso e fruibilità che di per sé sono ambiti critici nella promozione alla salute [21,22]. Nella quotidianità si possono

infatti frapporre una serie di ostacoli di varia natura, talora di tale entità da risultare vere e proprie «barriere» all'accesso che possiamo così schematicamente elencare:

a. *barriere giuridico-legali:*

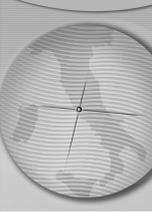
di questa prima tipologia di barriere si è già in parte detto, ad esempio citando i possibili effetti delle proposte contenute nel "pacchetto sicurezza" o le incertezze sui diritti assistenziali dei neocomunitari, e ne è comunque di immediata percezione la rilevanza.

b. *barriere economiche:* continuano a rappresentare un possibile ostacolo all'assistibilità delle persone straniere. Per ovviare ciò, la politica sanitaria espressa dal TU - anche in coerenza con il principio di uguaglianza e di piena parità di diritti e doveri sancita tra cittadini italiani e stranieri - ha previsto ad esempio la gratuità dell'iscrizione al SSN per i cittadini stranieri iscritti alle liste di collocamento, o l'esenzione dal ticket per richiedenti asilo e detenuti. Da sottolineare come in questo momento storico, l'enorme difformità regionale sulla compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria[23] rende complesso, per alcune gruppi di immigrati, l'accesso ai servizi sanitari.

c. *barriere burocratico-amministrative:* molteplici sono state finora le barriere burocratico-amministrative che hanno influenzato pesantemente l'accesso ai servizi. Talora, paradossalmente, il rispetto di adempimenti burocratici è più forte di quello per la legge: è il caso delle pratiche ospedaliere di richiesta di rimborso alle Prefetture per ricoveri effettuati su stranieri irregolari e indigenti che, violando una norma vigente e più volte ricordata in telex ministeriali, vengono spesso istruite con la segnalazione nominativa dello straniero.

d. *barriere organizzative:*

tra i numerosi esempi di questo tipo di barriere che potrebbero essere portati, vi è quello di una diffusa mancanza di flessibilità dei servizi, tale da poterne garantire l'apertura nei giorni e nelle fasce orarie in cui possano realmente accedervi i fruitori previsti; è il caso dell'accessibilità ai Consultori materno-infantili per le ragazze e le signore che lavorano come collaboratrici domestiche o nell'accudimento alle persone e che, col timore di perdere altrimenti il posto, possono disporre - in molte grandi città - unicamente del giovedì pomeriggio per poter effettuare visite e controlli. Va



rimarcato che questa esigenza non può essere considerata una pretesa velleitaria ed utopistica, ma anzi rispecchia coerentemente le più recenti ed importanti normative volte alla razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche [24]. Le barriere organizzative, oltre ad influenzare l'accessibilità - fisicamente intesa - ai servizi, ne modulano anche la fruibilità effettiva delle prestazioni. Un esempio è quello della richiesta da parte di alcune donne provenienti da specifici ambiti territoriali e culturali di essere visitate, soprattutto nell'area ostetrico-ginecologica, da medici donne. Favorire l'accesso sarà porsi il problema di organizzare i turni di servizio in modo che ci siano sempre delle ginecologhe, o altrimenti segnalare e diffondere l'informazione dei turni in cui sia possibile richiederne la 'presa in carico'.

Rappresentano invece possibili barriere nella fruibilità dei servizi socio-sanitari:

- a. barriere linguistiche;*
- b. barriere comunicative;*
- c. barriere interpretative;*
- d. barriere comportamentali.*

Non ci si soffermerà singolarmente su tali barriere, rimandando l'approfondimento a specifici testi. Diremo semplicemente che la maggior parte dei servizi mostrano attualmente dei significativi ostacoli di tipo linguistico, comunicativo e relazionale in genere, che vengono esaltati proprio nell'ambito assistenziale dei soggetti in condizione di maggiore fragilità sociale. Ciò a sottolineare, da una parte, come la relazione terapeutica sia costituzionalmente complessa, e, dall'altra, come i concetti di salute, malattia e cura siano fortemente condizionati dalla cultura d'appartenenza e dai valori simbolici a questa collegati, come accenneremo nel paragrafo seguente. Non si vuol certo dire con questo che gli operatori della salute dovrebbero conoscere tutte le culture e diventare esperti antropologi sanitari, quanto piuttosto rimarcare che il paziente eteroculturale rappresenta forse una formidabile occasione per recuperare una capacità di ascolto e una sensibilità nell'approccio olistico che la nostra medicina tecnologica e iperspecialistica ha dimenticato e che potrebbe rivelarsi particolarmente utile anche nei riguardi dei pazienti «nostrani».

Si inserisce a questo proposito il dibattito iniziato da alcuni anni sulla figura dei mediatori/mediatrici che, comunque interpretati - da una connotazione e funzione prettamente linguistica ad una più complessa

che li veda assommare attitudini comunicative, psicologiche, sociologiche ed antropologiche - rappresentano figure «di cerniera» preposte a facilitare anche la relazione terapeutica [25,26].

A tutto ciò, vanno aggiunte barriere comportamentali da parte degli utenti ma spesso anche da parte degli operatori condizionati sia da pregiudizi "politico culturali", sia da approcci inadeguati su un piano professionale.

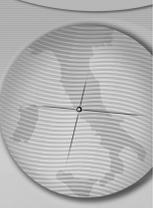
Sussidiarietà e partecipazione per una salute senza esclusioni

Storicamente il diritto all'assistenza sanitaria agli immigrati è stato prima garantito e poi rivendicato e fatto emergere grazie all'impegno di tanti gruppi e organizzazioni in Italia legate al mondo del volontariato e del privato sociale [27].

Ancora oggi, l'assistenza ai cittadini stranieri soprattutto quelli in condizioni di irregolarità giuridica e con maggiori difficoltà socio-economico e culturali, vede protagonisti, in un ottica di sussidiarietà e con una grande variabilità a livello nazionale, organizzazioni del terzo settore o realtà a carattere misto pubblico-privato sociale [28].

Di fronte ad una realtà così variegata e complessa, si è discusso a lungo nel nostro Paese sulla opportunità o meno di implementare strutture sanitarie "dedicate", in grado di rispondere più adeguatamente alle esigenze sanitarie di questa tipologia di immigrati. Il dibattito acceso da alcuni anni non ha potuto finora esprimere una posizione definitiva e univoca, limitandosi a fare emergere con più chiarezza quali possono essere gli elementi a favore o contro tale ipotesi. Sulla base di una vasta esperienza maturata in diversi anni di attività sul campo [29,30], riteniamo importante delineare quali debbano essere le caratteristiche e gli indirizzi generali di eventuale struttura "dedicata agli immigrati irregolari", indipendentemente da chi fosse gestita:

Innanzitutto, tale struttura/servizio dovrebbe essere collocata all'interno di una pianificazione istituzionale, con un coinvolgimento pieno della struttura pubblica territoriale, eventualmente in collaborazione con le organizzazioni del volontariato aventi esperienza specifica nel settore. Questo si rende particolarmente importante per la medicina del territorio, cardine delle attività di prevenzione primaria e secondaria, di educazione sanitaria, di assistenza di primo livello e di raccordo con l'ospedale per la continuità degli interventi.



La struttura territoriale dovrebbe essere in grado di garantire la “medicina essenziale”, che secondo le opinioni degli esperti riproduce i Livelli Essenziali di Assistenza normalmente garantiti alla popolazione generale. Si tratta in ultima analisi di assistenza di primo livello simile a quella fornita dai Medici di Medicina Generale.

Una risposta sanitaria efficace deve prendere in considerazione le difficoltà di carattere sociale e lavorativa di una popolazione particolarmente vulnerabile quale quella degli immigrati irregolari: le strutture territoriali dovrebbero essere quindi facilmente accessibili e di bassa soglia (accesso libero, diretto, senza necessità di impegnative e appuntamenti) con ampia flessibilità degli orari di apertura.

Inoltre, dovrebbe funzionare da osservatorio epidemiologico sul fenomeno della immigrazione irregolare conducendo indagini conoscitive e studi epidemiologici sui reali bisogni di salute e sul profilo sanitario dell'utenza straniera, in modo da supportare le istituzioni sanitarie nella realizzazioni delle politiche sanitarie locali e nazionali.

La struttura dedicata dovrebbe anche porsi al centro di una rete territoriale di servizi coinvolti nell'assistenza sociale e sanitaria degli immigrati e lavorare in stretta collaborazione con le strutture ospedaliere di secondo livello, in modo da garantire, ove necessario, la continuità assistenziale e favorire i percorsi di accesso e fruizione dei servizi da parte dell'utenza straniera.

A tal fine, fondamentale è l'azione di filtro e di orientamento socio-sanitario svolto nei confronti dei pazienti immigrati. Tale azione permette una maggiore conoscenza degli immigrati dei meccanismi di funzionamento del nostro SSN e contribuisce ad evitare il ricorso inappropriato al Pronto Soccorso, traducendosi in miglioramento della qualità assistenziale e minori costi per la collettività.

Di fondamentale importanza risulta il ruolo della struttura nel favorire la conoscenza dei contenuti della normativa nazionale in tema di assistenza da parte degli immigrati (ma anche degli operatori socio sanitari con cui, direttamente o indirettamente, si entra in contatto) allo scopo di favorire una partecipazione responsabile e una maggiore consapevolezza dei propri diritti e doveri.

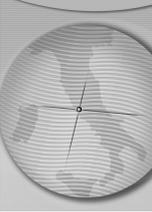
Dovrebbe altresì essere previsto, all'interno della struttura, un approccio appropriato al paziente straniero, ad alto impatto relazionale, in grado di tenere conto delle diversità socio-

sanitarie, culturali, linguistiche e religiose e delle potenziali difficoltà relazionali tra operatori sanitari ed utenza immigrata [31,32]. La struttura dovrebbe quindi essere dotata di personale adeguatamente formato sia sulle novità in ambito legislativo che in tema di medicina transculturale, avvalendosi eventualmente anche della collaborazione di interpreti e/o mediatori linguistico-culturali.

La struttura dovrebbe offrire corsi di formazione a diversi livelli in tema di medicina transculturale e di assistenza agli immigrati, rivolti ad operatori socio-sanitari e a tutti coloro che si occupano di immigrazione, in modo da diffondere una corretta cultura sul fenomeno e favorire l'accesso e la fruizione delle prestazioni.

Infine, una tale struttura dedicata dovrebbe avere un elemento intrinseco irrinunciabile (quanto realisticamente ancora ipotetico): quello di agire intensamente oggi per non esistere domani. Assolvendo alla sua funzione essenziale di “motore di integrazione socio-sanitaria”, dovrà contribuire a creare le condizioni perché l'accesso alle salute sia un diritto per tutti a cominciare dalle persone che hanno più bisogno. Non è casuale quindi come le analisi delle politiche sanitarie più avanzate stiano proponendo con sempre maggior convinzione il coinvolgimento nei percorsi assistenziali dei Medici di Medicina Generale e dei pediatri di libera scelta anche a favore degli immigrati irregolari, a partire dai minori stranieri [33-35].

Rimandiamo il lettore ad altri ambiti per le analisi dettagliate e la valutazione delle politiche sanitarie più efficaci [36] e per le proposte migliorative delle politiche e delle norme attuali (vedi documenti/raccomandazioni degli 11 Congressi SIMM dal 1990 al 2011 disponibili online da www.simmweb.it). Vogliamo però affermare, come sottolineato anche nell'ultimo congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni [37] la necessità di passare dalla fase di advocacy (impegnarsi in difesa di, a sostegno per) a quella di empowerment (impegno diretto e consapevole degli interessati) in quanto siamo convinti che per una reale piena tutela della salute non si possa comunque prescindere dalla “... effettiva possibilità degli individui, dei gruppi e delle comunità straniere di essere protagonisti dei processi relativi alla tutela della propria salute – poichè è scientificamente riconosciuto che la coesione sociale è strumento rilevante di protezione della stessa” [7].



Conclusioni

In questo breve capitolo abbiamo voluto accennare a come, nella tutela sanitaria degli immigrati, necessariamente si intreccino temi politici, sociali, normativi, organizzativi ed antropologico-relazionali oltre che, ovviamente, temi clinici e diagnostici.

Forse non ne siamo consci, ma ogni atto medico che facciamo ha bisogno prima, durante e dopo, di una lettura pluridimensionale del tema ed un approccio integrato. Questo spiega i successi e le sconfitte, una compliance più o meno marcata, le relazioni efficaci o gli abbandoni precoci. Per chi si occupa di medicina preventiva è fondamentale essere consapevole della complessità dell'approccio per valutare la strategia più efficace e per gestire, nel tempo, un rapporto (con l'immigrato, con la sua famiglia, con la sua comunità) che non può essere occasionale. In altre parole non basta avere disponibilità di vaccini o di pap test e di

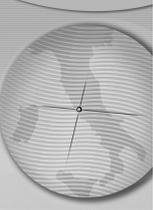
personale per somministrarli, ma poter contare su una organizzazione attenta, su una sensibilità individuale, su una disponibilità relazionale, su un clima socio-politico accogliente. Variabili che solo in parte dipendono dall'operatore e che a ben vedere non condizionano solo l'accesso dell'immigrato ma di tutta la popolazione seppur con peso diversificato. Tutte queste considerazioni ci suggeriscono in modo chiaro l'importanza di continuare lungo la strada intrapresa di certezza del diritto alla salute e di progettualità per garantire a tutti l'accesso alle strutture sanitarie e la fruibilità delle prestazioni con particolare riferimento a quelle di primo livello e l'adozione di iniziative e programmi di promozione ed educazione alla salute. Tutto ciò sarà comunque efficace se inserito in un percorso di politiche di integrazione che facciano dello straniero immigrato nel nostro Paese un cosciente e partecipe "nuovo cittadino"[38].

Bibliografia

- 1) Geraci S. Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela. *Ann Ital Med Int* 2001;suppl.1:167-71.
- 2) El-Hamad I, Scarcella C, Pezzoli MC, Scolari C, Geraci S. Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione. *Studi Emigrazione* 2005;157:133-51.
- 3) Parlamento europeo. Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea. Risoluzione n. 2010/2089 (INI) del 8 marzo 2011.
- 4) Presidenza del Consiglio d'Europa. Conclusioni e Raccomandazioni della Conferenza Europea "Health and Migration in the UE. Better Health for all in an inclusive society". Lisbona, 27-28 Settembre 2007.
- 5) Conferenza dei Ministri Europei della Salute (ottava): Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le migrazioni. Bratislava, 22 e 23 novembre 2007.
- 6) OMS. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. 2008. Disponibile online da: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 7) Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Raccomandazioni finali dell'XI Congresso della SIMM: Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie. Palermo, 2011. Disponibile online da: www.simmweb.it. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 8) Legge n. 40 del 6 marzo 1998. Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. *Gazzetta Ufficiale* n. 59 del 12 marzo 1998 - Supplemento Ordinario n. 40. Disponibile online da: <http://www.camera.it/parlam/leggi/98040l.htm>. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 9) Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998. Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. *Gazzetta Ufficiale* n. 191 del 18 agosto 1998 - Supplemento Ordinario n. 139 Disponibile online da: <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/98286dl.htm>. [Ultimo

accesso: ottobre 2011].

- 10) Decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999, (aggiornato con le modifiche apportate dal Decreto del Presidente della Repubblica 18 ottobre 2004, n. 334, in materia di immigrazione). Disponibile online da: http://www.esteri.it/MAE/normative/Normativa_Consolare/Visti/DPR394_1999modificato.pdf. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 11) Circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000, n. 5. Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria. (G.U. Serie Generale n. 126 del 1 giugno 2000. Disponibile on line da: <http://www.normativasanita.it/jsp/dettaglio.jsp?id=17884> (Ultimo accesso: novembre 2011).
- 12) Marceca M. L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti. *L'Arco di Giano* 1999;22:27-35.
- 13) Geraci S, Marceca M. La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali. In: *Atti della Conferenza nazionale "Migrazioni e salute"*. Bari, 3-4 maggio 2002. *OER Puglia* 2002; IV(3)Suppl:36-51.
- 14) FNOMCeO. Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità. Padova, 24 novembre 2007. Disponibile online da: http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/cmsfile/attach_5877.pdf. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 15) Geraci S. Segnalazione della presenza degli immigrati clandestini. In: *Università Cattolica del Sacro Cuore ed. Rapporto Osservasalute 2009. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane*. Milano: Prex SpA, 2009:253-4.
- 16) Legge n. 189 del 30 luglio 2002. Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo. *Gazzetta Ufficiale* n. 199 del 26 agosto 2002 - Suppl. ord. Disponibile online da: <http://www.camera.it/parlam/leggi/02189l.htm>. [Ultimo accesso: ottobre 2011].



- 17) Geraci S. Gli immigrati e il "sistema salute" italiano. In: Caritas/Migrantes. Immigrazione Dossier Statistico 2007. XVII Rapporto sull'immigrazione. Idos, 2007; 145:54.
- 18) Marceca M, Geraci S, Martinelli B. Politiche regionali per la salute degli immigrati. In: Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione. VII Congresso nazionale SIMM. Palermo, 2006:37-43.
- 19) Geraci S. Salute e immigrazione in Italia: il percorso del diritto all'assistenza sanitaria. In Trattato italiano di psichiatria culturale e delle migrazioni. Parte seconda, cap. 39. Roma: Società Editrice Universo, 2010:453-62.
- 20) Geraci S, Bonciani M, Martinelli B. La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali. Roma: Inprinting srl, 2010.
- 21) Geraci S. La salute degli immigrati: luci ed ombre. Agenzia Sanitaria Italiana (ASI) 2007;44:2-14.
- 22) Marceca M. Immigrazione, un'occasione per riorientare i servizi. Quaderni della Professione. Medicina, scienza, etica e società 2008;2:201-5.
- 23) Morandi I. Il ticket per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Principali caratteristiche dei sistemi regionali vigenti al 10 aprile 2011. Sezione monitoraggio costi e tariffe. Disponibile online da: http://www.agenas.it/agenas_pdf/Il%20ticket%20per%20le%20prestazioni%20specialistiche%20ambulatoriali_10aprile2011.pdf. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 24) Marceca M. La normativa sanitaria e l'accessibilità ai servizi. In: Geraci S ed. Approcci Transculturali per la Promozione della Salute. Roma: Edizioni Anterem, 2000:107-20.
- 25) Conti C, Geraci S. La mediazione culturale in sanità: esperienze e tendenze emergenti. In: Conti C, Sgritta GB, ed. Salute e Società. Immigrazione e politiche socio-sanitarie. Milano: Franco Angeli, 2004:123-9.
- 26) Marceca M. Mediazione interculturale. CARE - costi dell'assistenza e risorse economiche. 2005; 4: 22-5.
- 27) Geraci S, Marceca M. Immigrati ed assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato. Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali 2006;18:26-45.
- 28) Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche. Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali. 2008. Disponibile online da: http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_report.pdf. [Ultimo accesso: ottobre 2011].
- 29) Scarcella C et al. L'esperienza del Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale di Brescia nell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati provenienti da paesi extra-comunità europea. Tendenze Nuove 2004; 4-5: 361-84.
- 30) Geraci S. Salute senza esclusione: l'impegno dell'area sanitaria della Caritas romana. In: Deriu F, Sgritta GB (ed). Rapporto su Roma 2005. La città presente. Povertà, esclusione, disagio, solidarietà e politiche sociali. Milano: Franco Angeli, 2005:381-95.
- 31) Mazzetti M. Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto. Roma: Carocci Editore, 2003.
- 32) Maisano B. La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità. Studi Emigrazione 2005;157:75-85.
- 33) Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Società Italiana di Pediatria. Documento finale del Convegno Congiunto con Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato della SIP: Bambini e Migrazioni. Chieti, novembre 2010, pubblicato marzo 2011.
- 34) Mazzetti M. Dalla parte dei bambini "immigrati". Prospettive sociali e sanitarie 2010; 14: 4-6.
- 35) Cataldo F, Geraci S, Sisto MR. Bambini immigrati: tutela legale e politiche socio-sanitarie. Medico e Bambino 2011; 5: 306-10.
- 36) Geraci S. Immigrazione e salute: politiche sanitarie inclusive ed il nodo dell'accessibilità. In: Migrazioni, Sviluppo ed Enti locali: vincoli ed opportunità. Dossier Umanamente 2010. Arezzo: Ucodep, 2010:89-100.
- 37) Affronti M, Geraci S, Marceca M, Russo ML. Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie. Atti dell'XI Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Palermo, 2011.
- 38) Geraci S. Per una buona salute servono politiche giuste. In: Caritas/Migrantes. Immigrazione Dossier Statistico 2010. XX Rapporto sull'immigrazione. Idos, 2010; 227-32.