Immigrati e salute: dal migrante sano al migrante esausto?

Maurizio Ambrosini, | 27 giugno 2018

La questione della tutela della salute della popolazione immigrata sta assumendo un crescente rilievo a diversi livelli. Il primo è indubbiamente quello politico: gli immigrati sono spesso percepiti e presentati come responsabili di un indebito ricorso alle cure del sistema sanitario italiano, finanziato dalle tasse dei cittadini-contribuenti, di un sovrautilizzo di servizi come il pronto soccorso, persino di ingressi strategicamente finalizzati ad accedere a cure mediche sofisticate e costose. Nel mondo anglosassone si usa l'espressione *welfare shopping* per esprimere questi timori, alimentati da tabloid, politici anti-establishment, TV bisognose di ascolti, che non hanno mancato di influire sul voto a favore della Brexit. Gli studi sull'argomento sono invece pressoché concordi nel sostenere che gli immigrati, in quanto giovani adulti in gran parte inseriti nel sistema economico (2,4 milioni di occupati regolari) versano allo Stato in termini di tasse e contributi più di quanto ricevono in termini di servizi. Nel caso delle cure, il loro ruolo presso le famiglie e gli anziani fragili rappresenta un complemento da tempo indispensabile del welfare pubblico (circa 800.000 iscritti all'INPS come collaboratori o assistenti familiari). La seguente tab.1 aiuta a cogliere la distanza tra l'immigrazione raccontata e quella effettiva, sulla base delle fonti statistiche.

Tabella 1. Rappresentazione e realtà dell'immigrazione in Italia

Rappresentazione corrente	*Evidenza statistica*
Immigrazione in drammatico aumento	Immigrazione stazionaria (5,5-5,9 milioni di persone)
Asilo come causa prevalente	Lavoro (prima) e famiglia (poi) come cause prevalenti. Asilo marginale (250.000 persone accolte, tra rifugiati e richiedenti protezione a fine 2016: meno del 5% del totale)
Provenienza dall'Africa e dal Medio Oriente	Prevalentemente europea
Largamente maschile	Prevalentemente femminile
Quasi sempre mussulmana	Proveniente in maggioranza da paesi di tradizione cristiana
Immigrazione largamente dannosa o parassitaria	Immigrazione largamente inserita nel sistema economico-produttivo: 2,4 milioni di occupati regolari. Decisiva per rispondere alle esigenze di famiglie e anziani fragili
Immigrazione come fardello per i conti pubblici	Immigrazione vantaggiosa per le casse dello Stato: pochi pensionati, relativamente poche persone bisognose di cure

Il secondo livello di analisi è quello socio-culturale, e si riferisce alla paura ricorrente, forse ancestrale, delle malattie importate da stranieri (poveri) e vagabondi. Dagli untori seicenteschi immortalati da Manzoni, ai controlli sanitari imposti ai neo-arrivati negli Stati Uniti all'epoca della grande immigrazione europea, la storia dei pregiudizi e delle chiusure verso l'immigrazione giustificate da ragioni igienico-sanitarie è lunga e tenace. Non c'è notizia di vere o più spesso presunte epidemie in arrivo, dalla SARS a Ebola, che non sollevi la richiesta di chiusura delle frontiere verso rifugiati e immigrati dal Sud del mondo. Anche in occasione degli sbarchi dal mare degli ultimi anni non sono mancate le voci allarmate circa l'importazione di malattie e i presunti contagi tra le forze dell'ordine addette ai controlli. Gli studi sul tema (in Italia in modo particolare quelli di Salvatore Geraci e della SIMM, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) mostrano invece che i migranti (molti di più degli sbarcati e dei richiedenti asilo) arrivano fondamentalmente sani, selezionati alla partenza dall'esigenza da parte delle famiglie che investono su di loro di puntare su persone giovani e produttive. Semmai il patrimonio rappresentato dalla buona salute degli immigrati si deteriora nel tempo, a causa dei lavori usuranti a cui si sottopongono, delle precarie condizioni di vita, della lontananza dagli affetti e dalle reti di prossimità. Pensiamo per esempio all'impatto della solitudine sul benessere psicologico e su comportamenti nocivi, come l'abuso di alcool. Il migrante sano rischia di diventare un migrante esausto. Un terzo livello di discussione riguarda questioni giuridiche fondamentali, e più specificamente il rapporto tra sistema sanitario pubblico, tipica espressione dello Stato sociale, e diritti umani universali. Le cure mediche sono un tassello fondamentale dei diritti sociali, così come si sono venuti configurando nell'Europa post-bellica. A loro volta i diritti sociali sono espressione di un patto di lealtà reciproca tra i cittadini e lo Stato: in cambio dell'adesione al sistema democratico e alle sue istituzioni, ai cittadini è accordata una tutela pubblica delle loro esigenze fondamentali. L'ingresso di immigrati stranieri e il loro inserimento nel sistema economico ha introdotto però una variabile imprevista, che ha complicato non poco

il rapporto tra lealtà e tutela. Posti di fronte all'esigenza di ammettere manodopera aggiuntiva per far funzionare il sistema economico, i governi avevano due alternative: escludere o limitare l'accesso degli stranieri ai diritti sociali, e segnatamente alla sanità; oppure ammetterli su un piano di parità o quasi parità, in relazione al loro impegno di lavoratori-contribuenti. La seconda strada si è imposta, soprattutto per un motivo: meno diritti per gli immigrati avrebbero comportato meno costi per i loro datori di lavoro, e quindi un incentivo ad assumerli a danno dei lavoratori nazionali. L'accesso ai diritti sociali limitava la concorrenza nel mercato del lavoro. Poi sono arrivate le convenzioni sui diritti umani, che hanno aperto la strada ai ricongiungimenti familiari e ai rifugiati, e gli allargamenti dell'Unione Europea hanno rafforzato i diritti di una componente non trascurabile della popolazione immigrata. Pur tra molte difficoltà le tutele inizialmente riservate ai lavoratori si sono estese all'universo o quasi dei residenti dotati di uno status legale. E' rimasta però aperta la questione dell'accesso alle cure per gli immigrati in condizione incerta o irregolare, che è oggetto di dibattito in molti paesi democratici. Le politiche migratorie volte a ribadire l'importanza dei confini e la sovranità nazionale si scontrano con la cultura e il riconoscimento internazionale dei diritti umani universali. La fragilità della condizione umana sfida la definizione politica di chi è titolato a ricevere cure da parte di uno Stato nazionale. Chiudere le porte completamente a questi bisogni non è ritenuto possibile, almeno finora, per uno Stato democratico, integrato in una comunità internazionale che inalbera la tutela dei diritti umani tra i suoi principi. Caricare i costi sui beneficiari è quasi sempre irrealistico, né hanno miglior fortuna le richieste ai paesi di origine. Le soluzioni adottate spaziano dalla limitazione dell'accesso alle cure mediche "urgenti e necessarie", a un ampio accesso alla sanità pubblica (il caso più noto è quello della Spagna fino alle restrizioni intervenute a seguito della crisi economica), a varie combinazioni tra intervento delle autorità locali e mobilitazione di risorse volontarie, come in diverse città e Stati degli Stati Uniti. In Lombardia, oltre alle cure urgenti garantite in ogni caso dagli ospedali, una rete di ambulatori in cui prestano servizio medici volontari assicura la sanità di base per molti immigrati in condizione irregolare. Un altro importante livello di analisi si colloca poi nell'ambito antropologico e culturale. Qui entrano in gioco le problematiche della concezione del corpo e della malattia, del rapporto tra psiche e salute, della nascita, della maternità, della morte. Pratiche alimentari, visioni e relazioni di genere, concezioni dell'intimità diventano luoghi sensibili, in cui tensioni e negoziazioni attraversano l'esperienza della cura. Lo scambio comunicativo e la mutua comprensione, mai scontati nei rapporti tra il sistema sanitario e i suoi pazienti, acquistano una priorità forse inedita. Aspetti collegati si riferiscono al ruolo dei professionisti delle cure e dei familiari nei confronti della persona malata o bisognosa di assistenza. Le differenti concezioni culturali di queste dimensioni cruciali dell'esperienza umana entrano in rapporto con un sistema sanitario pensato secondo criteri razionali e occidentali. La necessità di prendere in carico pazienti di provenienza e religione diversa interroga i modelli organizzativi e le pratiche professionali del sistema sanitario, e segnatamente degli ospedali. Tutto questo si traduce in esigenze di flessibilità, adattamento e mediazione da parte delle istituzioni sanitarie, di informazione, accompagnamento e rassicurazione sul versante dei beneficiari. Qui subentra un altro livello di analisi, quello dell'elaborazione, validazione e divulgazione di codici di comportamento, raccomandazioni, indicazioni operative per la presa in carico delle diversità culturali nell'ambito sanitario.