



DOSSIÊ: Migrações e Saúde

LE POLITICHE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI MIGRANTI: IL CONTESTO EUROPEO E IL CASO ITALIA

*Alessandro Rinaldi**

*Giulia Civitelli***

*Maurizio Marceca****

*Lorenzo Paglione*****

Intendendo la salute come un diritto umano fondamentale che non si esaurisce alla dimensione biologica ma si estende a quella sociale, economica e politica, gli autori, dopo aver descritto brevemente le politiche che a livello europeo sono state emanate per tutelare la salute dei migranti, analizzano l'esperienza italiana alla luce delle direttive internazionali. L'Italia rappresenta infatti un caso particolare ed avanzato di tutela della salute dei migranti; la sua politica sanitaria decisamente inclusiva riconosce parità di diritti e doveri ai cittadini regolarmente presenti ed ammette ampie possibilità di protezione ed assistenza anche per gli immigrati privi di permesso di soggiorno. Tuttavia, anche in un contesto avanzato come quello italiano, è necessaria un'evoluzione da un approccio di tipo assistenzialistico ad uno più ampio di promozione

* Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva. Sapienza Università di Roma – Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive. E-mail: alerinaldi84@gmail.com. Roma/Italia.

** Medico in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva. Sapienza Università di Roma – Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive. E-mail: giulia.civitelli@gmail.com. Roma/Italia.

*** Membro del Consiglio di Presidenza e del Comitato Scientifico della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Professore di Sanità pubblica presso l'Università Sapienza di Roma, socio dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, coordinatore dell'Area Migrazioni e salute di Salute Internazionale. E-mail: maurizio.marceca@uniroma1.it. Roma/Italia.

**** Studente al quinto anno in Medicina e Chirurgia. Sapienza Università di Roma – Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive. Roma/Italia.

della salute attraverso politiche di natura intersettoriale, alla luce della teoria dei determinanti sociali di salute. Affrontare la tematica della salute del popolo migrante rappresenta un'occasione per rendere i servizi sanitari in particolare e le politiche migratorie in generale più attente ad ogni persona, alla sua storia e al contesto nel quale essa vive.

Parole-Chiave: Migrazione; Salute; Politiche Sanitarie; Determinanti Sociali di Salute; Italia e Europa.

De-costruzione e costruzione di un linguaggio comune: cosa intendiamo per migrazione e salute?

Salute e migrazione sono diventati negli ultimi anni due termini utilizzati molto spesso nel linguaggio quotidiano a causa della loro ricorrenza nei fatti di cronaca, nelle contrapposizioni politiche e a livello legislativo.¹ Proprio la loro ricorrenza quotidiana espone queste due parole ad una banalizzazione di significato. Ed è proprio nella banalità della vita quotidiana che “la realtà concreta del popolo dei migranti (le persone reali, le loro storie) tende a scomparire: fino di fatto a non essere più riconosciuto come un popolo trasversale portatore di diritti umani inviolabili”². Ridare senso alla parola migrazione vuol dire comprendere i processi storico-politici all'interno dei quali avviene e da cui viene plasmata. Ridando senso alle parole è possibile produrre nuovi discorsi attraverso i quali sia possibile restituire dignità alle persone migranti, liberandole.

Il fenomeno migratorio ha caratterizzato da sempre la storia dell'umanità; negli ultimi anni però questo si è presentato in costante crescita, facendo registrare ad esempio alla fine del 2010 la presenza di 214 milioni di migranti in tutto il mondo.³ Questo aumento numerico va sicuramente inquadrato all'interno dell'attuale contesto storico della globalizzazione e delle principali istituzioni e politiche, di stampo neoliberalista, che lo hanno dominato fino ad oggi.⁴

Numerose evidenze scientifiche dimostrano come proprio in questo contesto si sia verificato un importante aumento delle disuguaglianze, da alcuni definito come una vera e propria “pandemia”. “La povertà e le disuguaglianze uccidono su larga scala”, così afferma il recente rapporto della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS *“Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of*

¹ TOGNONI, Gianni; BACCILE, Gianni; VALERIO, Marta; FRAUDATARIO, Simona; CAMPEDELLI, Massimo. *Il diritto alla prova della migrazione*, p. 121-133.

² *Ibidem*; cf. LEFEBVRE, Henri. *Critica della vita quotidiana*.

³ CARITAS/MIGRANTES. *Immigrazione Dossier Statistico 2012*. XXII Rapporto sull'immigrazione.

⁴ MACIOCCO, Gavino. *Politica, salute e sistemi sanitari*.

health". Nel rapporto viene ampiamente documentato come le disuguaglianze sociali nella salute e nell'assistenza sanitaria, sia tra i paesi che al loro interno, siano il principale effetto della globalizzazione.⁵

Tali diseguaglianze sono sicuramente alla base della scelta di molte persone di migrare alla ricerca di un futuro migliore per sé e per la propria famiglia. Proprio per restituire dignità a queste persone, da adesso in poi ci riferiremo loro non più come fenomeno migratorio bensì come popolo migrante.⁶ Il "fenomeno migratorio" non è portatore di diritti, storie ed emozioni ma solo di numeri, che se da un lato sono indispensabili per la sua reale conoscenza, dall'altro possono essere utilizzabili ed interpretabili per diversi interessi e ragioni. Il "popolo migrante", come affermato da Papa Benedetto XVI, in occasione dell'*Angelus* della Giornata Mondiale del Migrante e del Rifugiato (15 gennaio 2012) è formato da: "Milioni di persone [...] coinvolte nel fenomeno delle migrazioni, ma esse non sono numeri! Sono uomini e donne, bambini, giovani e anziani che cercano un luogo dove vivere in pace"⁷.

Il popolo migrante è costituito da persone che, non potendo godere degnamente del loro diritto alla vita e alla salute nel loro paese di origine, sono costrette a spostarsi in paesi dove la loro dignità umana dipende dalle restrizioni legislative imposte dalle esigenze economiche e strategiche degli stati ospiti, con l'assenza/assenso degli organi internazionali.⁸ Per descrivere tale situazione ben si prestano le parole del sociologo algerino Abdelmalek Sayad:

L'immigrazione si chiude con una presenza, l'emigrazione si traduce con un' assenza.[...] La presenza viene regolata, regolamentata, controllata, gestita, mentre l'assenza viene mascherata, colmata, negata. [...] Il discorso esplicito sull'immigrazione, e in particolare il discorso scientifico, hanno preso l'abitudine, per rispondere all'esigenza di ordine che devono soddisfare, di "accoppiare" gli immigrati alle differenti istituzioni con le quali essi necessariamente si confrontano a causa della loro immigrazione: gli immigrati e il lavoro, gli immigrati e la casa ecc.⁹

Il discorso sugli immigrati e la salute è sempre, o quasi sempre, un discorso sugli immigrati e la sanità pubblica in termini di rischio infettivologico che questi potrebbero rappresentare nei confronti della popolazione ospite.¹⁰

⁵ WHO. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*.

⁶ Cf. TOGNONI *et alii*, *op. cit.*

⁷ CARITAS/MIGRANTES, *op. cit.*

⁸ Cf. TOGNONI *et alii*, *op. cit.*

⁹ SAYAD, Abdelmalek. *La doppia assenza*. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2002.

¹⁰ MARCECA, Maurizio; GERACI, Salvatore. *Immigrazione e salute*, p. 169-200; MARCECA, Maurizio,



Non c'è spazio per il concetto di salute come diritto e fenomeno sociale nei discorsi sulla salute dei migranti. La loro salute viene rilevata solamente in funzione della loro capacità produttiva o quando questa degradandosi si trasforma in patologia rappresentando un rischio e un costo.

Considerando la salute in questi termini, come semplice assenza di malattia e in termini esclusivamente biologici, non viene quindi prestata alcuna attenzione a tutti gli altri diritti civili e politici e che a ragion veduta dovrebbero essere invece considerati fondamentali per la tutela e il mantenimento della salute delle persone. In linea con questa riflessione si pone l'osservazione proposta dall'antropologo francese Didier Fassin nel suo saggio *"La biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia"*, dove afferma che "la salute e la malattia sono diventate progressivamente il terreno più accreditato per ottenere uno status legale"¹¹. Questo perché, come afferma l'autore, la verità biologica incisa sul corpo, la malattia accertata quindi, è legittimata non solo ad esistere, ma fornisce anche la possibilità di risiedere legalmente nel paese ospite. Viceversa, ad una persona integra fisicamente e minacciata dall'esclusione sociale e dalla violenza, causate da una totale assenza di tutele politiche e civili, non le verrà riconosciuto letteralmente diritto ad esistere fintanto che il suo corpo non sarà sofferente, malato. In questo modo, afferma Fassin, "viene attribuita maggiore importanza al corpo sofferente rispetto al corpo minacciato, e il diritto alla vita viene spostato dall'ambito politico a quello umanitario".¹²

Salvatore Geraci, tra i massimi esperti italiani in politiche sanitarie per gli stranieri, definisce così la medicina delle migrazioni: "non è storia di malattie o di quadri nosologici inconsueti, ma spesso è storia di diritti negati o nascosti, di incomprensioni reciproche, di pregiudizi e paure"¹³. In questa visione, la salute non è definita come mera assenza di malattia, ma come un processo costituito da molteplici dimensioni che vanno dalla sfera dei diritti a quella delle relazioni sociali. Parlare quindi in generale di salute e nello specifico della salute dei migranti vuol dire accettare di abbandonare ogni tentativo di semplificazione definitoria e provare ad addentrarsi nella complessità.

A noi piace pensare alla medicina delle migrazioni non in termini di malattie o di rischio, ma come occasione per riconsiderare la persona nel suo insieme (corpo, psiche, ma anche cultura,

GERACI, Salvatore; MARTINO, Ardigò. Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze, p. 304-318.

¹¹ FASSIN, Didier. *La Biopolitica dell'alterità. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia.*

¹² *Ibidem.*

¹³ GERACI, Salvatore; MARCECA, Maurizio; MAZZETTI, Marco. Migrazioni e salute in Italia. In *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo.* Roma: Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, 2000, p. 1295-1382.





aspettative, desideri) ed in un contesto (inserimento o fragilità sociale, effetti delle politiche di accoglienza e d'integrazione, pregiudizi e discriminazioni), in un'ottica di salute globale che nell'epoca della globalizzazione non deve certamente sfuggirci.¹⁴

Provare quindi a descrivere la salute del popolo migrante vuol dire innanzitutto abbandonare e rifiutare la visione della salute come bene economico e assenza di malattia, vuol dire parlare di sofferenza sociale prima ancora che di patologia, "sfidare interessi potenti, combattere la globalizzazione e cambiare drasticamente le priorità politiche ed economiche"¹⁵.

Da qui in avanti parlando di salute ci riferiremo a questa come a un diritto umano fondamentale e a un concetto multi-dimensionale e contestuale, dipendente quindi dalle dimensioni relazionali, culturali, sociali, politiche ed economiche.

Dal globale al locale: le politiche per la salute dei migranti a livello internazionale

Nel corso degli ultimi anni, il tema della salute del popolo migrante sta avendo un interesse crescente a livello internazionale, sia da un punto di vista etico-giuridico sia da un punto di vista tecnico-scientifico.¹⁶

Dal punto di vista tecnico-scientifico, l'elemento di maggiore interesse è l'approccio fondato sul paradigma bio-psico-sociale e sull'analisi delle dinamiche correlate alla salute e sulle catene causali che la determinano. Tale approccio si basa soprattutto sulla teoria dei 'determinanti sociali della salute' che ha ricevuto un forte impulso soprattutto grazie alla pubblicazione del citato Rapporto dell'OMS del 2008.¹⁷

Recentemente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità – regione Europa, ha prodotto un documento, *Migration and health in the European Union*, nel quale sono contenute le indicazioni per definire e implementare le politiche per i migranti proprio a partire dalla cornice concettuale dei determinanti sociali della salute (figura 1).¹⁸

¹⁴ GERACI, Salvatore. La medicina delle migrazioni in Italia. Un percorso di conoscenza e di diritti. *Studi Emigrazione/ Migration Studies*, v. XLII, n. 157, 2005.

¹⁵ PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT. *The People's Charter for Health*. Bangladesh, Dicembre 2000. <http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-italian.pdf> Febbraio 2013.

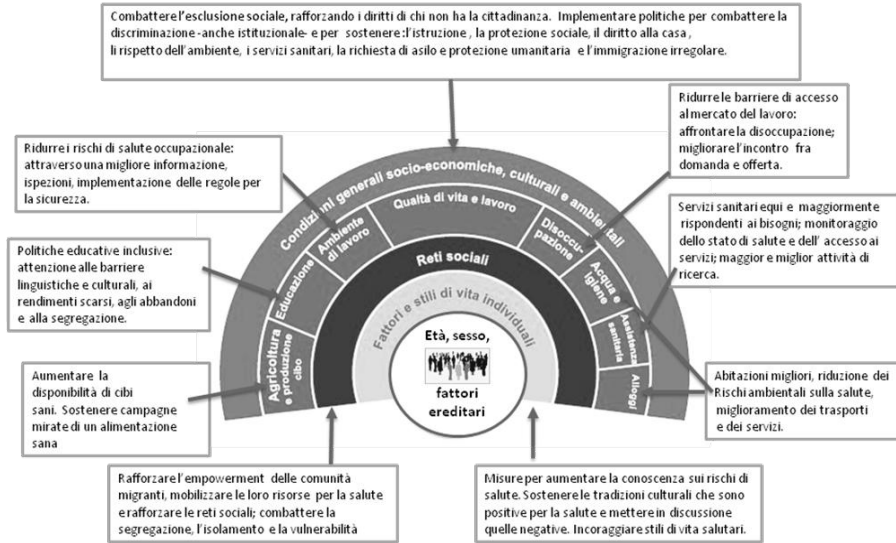
¹⁶ MARCECA, Maurizio; GERACI, Salvatore; BAGLIO, Giovanni. Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level, p. 1-11.

¹⁷ WHO. Commission on Social determinants of Health. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion paper for the Commission on Social determinants of Health. 2007.

¹⁸ RECHEL, Bernd; MLADOVSKY, Philipa; DEVILLÉ, Walter; RIJKS, Barbara; PETROVA-BENEDICT, Roumyana; MCKEE, Martin. *Migration and health in the European Union*.



FIGURA 1
Le misure politiche per affrontare i determinanti socioeconomici per la salute dei migranti



Fonte: MARCECA, Maurizio; RUSSO, Maria Laura, adattato da WHO "Health os migrants - The way forward", 2010.

Questa visione sistemica dei processi di salute e malattia si sposa appieno con lo spirito della "Promozione della Salute" espresso nella carta di Ottawa nel 1986 e rende necessaria l'implementazione e la costruzione di politiche intersettoriali secondo lo slogan "la salute in tutte le politiche"¹⁹. L'adozione di una simile visione implica il ricorso a modelli di intervento improntati alla complessità, caratterizzati da azioni capaci di integrare differenti professionalità e punti di vista, flessibili nelle strategie e attenti al contesto.²⁰

Dal punto di vista etico-giuridico, si può notare una convergenza internazionale sugli orientamenti raccomandati ai governi locali rispetto alle politiche e agli interventi per la salute da adottare nei riguardi dei migranti.²¹ Si segnalano in particolare la Risoluzione della 61^{ma} Assemblea Mondiale della Sanità del 2008 cui ha fatto seguito nel 2010 a Madrid la *Global Consultation on Migrant Health* organizzata dall'OMS, dall'Organizzazione Internazionale per i Migranti (OIM) e dal Ministero della Salute e delle Politiche Sociali spagnolo e il Rapporto del Parlamento europeo del 2010 sulla riduzione delle disuguaglianze

¹⁹ WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Adopted on 21 November 1986.

²⁰ *The Lancet*. Migration and health: a complex relation. Editorial, p. 1039.

²¹ BAGLIO, Giovanni; GERACI, Salvatore. Necessario ma non sufficiente, p. 20-23.



nella salute nell'UE (2010/2089 INI).²² Altri documenti di interesse in ambito europeo che ci sembra utile ricordare sono: le conclusioni e raccomandazioni finali della Conferenza *Health and Migration in the EU: better health for all in an inclusive society* tenutasi a Lisbona nel 2007 (nel periodo in cui la presidenza dell'UE era affidata al Portogallo);²³ la *Bratislava Declaration on health, human rights and migration* del 2007 approvata durante l'8ª Conferenza dei Ministri della Salute dei 47 paesi del Consiglio d'Europa, e infine il *Rapporto sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea* del marzo 2011. In quest'ultimo documento il Parlamento Europeo - anche per effetto di un'azione di *advocacy* esercitata da ONG²⁴ - invita gli Stati membri ad affrontare le disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie anche per gli immigrati irregolari, soprattutto delle donne in gravidanza e dei bambini.²⁵

Dalla lettura trasversale di questi documenti emerge come salute e migrazione siano due fenomeni globali che richiedono risposte globali urgenti, rispetto alle quali l'UE dovrebbe assumere un ruolo guida nell'elaborazione di politiche che sappiano aprire la strada a soluzioni pratiche in grado di assicurare migliore salute per tutti nell'attuale mondo globalizzato. In questo senso, sono di fondamentale importanza la riduzione della povertà e la promozione dell'integrazione dei migranti, garantendo a tutti loro, anche quelli sprovvisti di documenti, l'accesso a cure qualificate, eque e culturalmente sensibili.²⁶

In conclusione, nonostante negli ultimi anni sia maturata a livello internazionale la consapevolezza dell'importanza di incorporare nell'ambito delle politiche per la salute del popolo migrante la dimensione sociale insieme a quella etica, i processi di implementazione a livello locale permangono ancora precari ed incerti a causa del carattere non vincolante dei pronunciamenti sovranazionali. Infatti, almeno per quanto riguarda il caso UE, questa non ha alcuna competenza coercitiva nei confronti dei singoli Stati Membri, fatto salvo i casi in cui gli obiettivi dell'azione prevista non possano essere sufficientemente realizzati dai singoli Stati Membri per la tutela della salute dei migranti (il c.d. "principio di sussidiarietà").²⁷

²² WORLD HEALTH ASSEMBLY. *Resolution n. WHA61.17 of 24 may 2008*; WHO, Gobierno de Espana, IOM. *Health of migrants - The way forward*. Report on al global consultation.

²³ EUROPEAN COUNCIL. Final draft Lisbon Conference "Good practices on health and migration in the EU".

²⁴ MÉDECINS DU MONDE. *European Observatory on access to health care. Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European Countries*; PICUM. *PICUM's main concerns about the fundamental rights of undocumented migrants in Europe*. 2010; GLOBAL HEALTH WATCH. *Access to health care for migrants and asylum seekers*, p. 62-73.

²⁵ EUROPEAN PARLIAMENT. *Report on Reducing Health Inequalities in the EU (2010/2089(INI))*.

²⁶ EUROPEAN COUNCIL, *op. cit.*

²⁷ SEVERINO, Francesca. *Unione Europea e il diritto alla salute dei migranti*. Tra contraddizioni e titubanze.



Va inoltre segnalato come, purtroppo, la crisi economico-finanziaria stia mettendo fortemente in pericolo l'applicazione di tali orientamenti. Ne è un esempio la recente restrizione dei diritti assistenziali dei migranti (ed ancor più l'approccio governativo stigmatizzante che li addita come fonte di rischio infettivologico per gli autoctoni unito al tentativo di 'usare' la salute come pretesto di espulsione nei paesi di origine) che sta avvenendo in Grecia, il paese 'simbolo' della crisi in corso nello scenario europeo.²⁸

Riflessione sull'esperienza italiana nell'assistenza ai migranti

In Italia precise politiche sanitarie sulla salute dei migranti sono state delineate attraverso provvedimenti legislativi stabilizzati alla fine degli anni '90 e confluiti in una legge organica conosciuta come *Testo Unico sull'immigrazione*. A questa legge e ai successivi provvedimenti di regolamentazione vanno ricondotti gli orientamenti tuttora validi.²⁹

La filosofia di queste politiche sanitarie decisamente 'inclusive' può essere riassunta in due principali affermazioni: 1) la piena parità di diritti e doveri, circa la salute e i diritti assistenziali, tra cittadini italiani e cittadini stranieri regolarmente presenti, con piena copertura da parte del sistema sanitario pubblico; 2) ampie possibilità di protezione e assistenza anche per gli immigrati irregolari, con particolare riferimento a donne e bambini e all'ambito delle malattie infettive.³⁰

Le politiche per la salute degli immigrati originano dall'intersezione tra politiche sull'immigrazione e sull'asilo, politiche sociali e politiche sull'assistenza sanitaria in generale. Con riferimento al contesto italiano questo si traduce nel fornire assistenza sanitaria ad una popolazione minoritaria (la popolazione immigrata in Italia rappresenta oggi circa l'8% della popolazione residente - circa 5 milioni di persone- e per lo più arrivata alla seconda generazione) eterogenea ed in forte crescita all'interno di un sistema di offerta dei servizi universalistico e globale sostanzialmente pensato per gli italiani.³¹

In questo contesto, le principali criticità affrontate dalla popolazione immigrata sono legate soprattutto ai problemi di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari. L'accessibilità è definita dalle politiche e dalle norme che regolano l'utilizzo dei servizi assistenziali da parte della popolazione immigrata. Affinché l'accessibilità possa essere garantita, è necessario che venga ricono-

²⁸ MARCECA, Maurizio; MAVROMATIDI, Eleni. *Immigrazione in Grecia*. Dagli all'Untore.

²⁹ GERACI, Salvatore. *La nuova legge sull'immigrazione: verso una completa cittadinanza sanitaria*, p. 46-48.

³⁰ MARCECA, Maurizio. *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti*, p. 27-35; IDEM. *Il fenomeno immigratorio. Politiche sanitarie e percorsi di tutela*, p. 170-5.

³¹ Cf. CARITAS/MIGRANTES, *op. cit.*; MARCECA, *Il fenomeno...*, *op. cit.*

sciuto il diritto di accesso ai servizi e che la popolazione sia messa in grado di poterlo fruire attraverso un'opportuna informazione circa l'esistenza di tale diritto. Il diritto alla salute e alle cure può rischiare di rimanere solamente un "diritto di carta"³² se i servizi sanitari non sono in grado di intercettare e soddisfare adeguatamente i bisogni in salute della popolazione straniera, se non sono quindi fruibili. Gli interventi di sanità pubblica per gli stranieri dovrebbero essere quindi volti a massimizzare la fruibilità dei servizi, focalizzandosi soprattutto sul contrasto delle barriere che possono inficiare tale fruibilità.³³

Tali barriere possono essere distinte in diverse tipologie:

- burocratico/amministrative: l'eccessiva burocrazia delle pratiche amministrative aumenta il numero di immigrati che non avviano le procedure assistenziali al bisogno pur essendo in possesso di tutti i requisiti necessari;
- economiche e organizzative: orari inadeguati; incompatibilità con i ritmi di vita e di lavoro; servizi difficilmente raggiungibili perché o troppo distanti o mal collegati;
- psicologiche: paura di essere denunciati soprattutto per quanto riguarda gli immigrati irregolari. Inoltre, l'assenza di un'informazione corretta da parte dei servizi associata a delle politiche restrittive e persecutorie alimentano la paura e la sensazione di precarietà della persona immigrata;
- linguistico-culturali: il livello di incomprensione tra medico e paziente immigrato, ancora prima che culturale è di tipo comunicativo.

Anche se attualmente si sono raggiunti importanti risultati di salute nella popolazione immigrata, permangono importanti casi di disuguaglianze in salute. Rispetto alla popolazione italiana, quella straniera registra ad esempio un livello maggiore di interruzioni volontarie di gravidanza, di infortuni sul lavoro, di ricoveri inappropriati e difficoltà a rivolgersi ad interventi di elevata efficacia come gli *screening* oncologici.³⁴

Dopo aver fornito una descrizione di contesto riguardante la salute del popolo migrante a livello internazionale prima ed italiano poi, proviamo ora a riflettere sulle criticità attuali nella gestione della salute della popolazione straniera in Italia. Per farlo utilizziamo l'approccio proposto nel già citato rapporto della *Global Consultation on Migrant Health* organizzato a Madrid nel 2010. La consultazione ha fatto seguito alla 61^{ma} Assemblea Mondiale della Salute del 2008 che ha ratificato una risoluzione sulla "Salute dei Migranti". In quell'occasione è stato affermato che la salute dei migranti e le conseguenze sulla salute dei processi migratori in atto rappresentano una delle principali sfide di sanità pubblica che i governi di tutto il mondo stanno affrontando.

³² GERACI, Salvatore. *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale.*

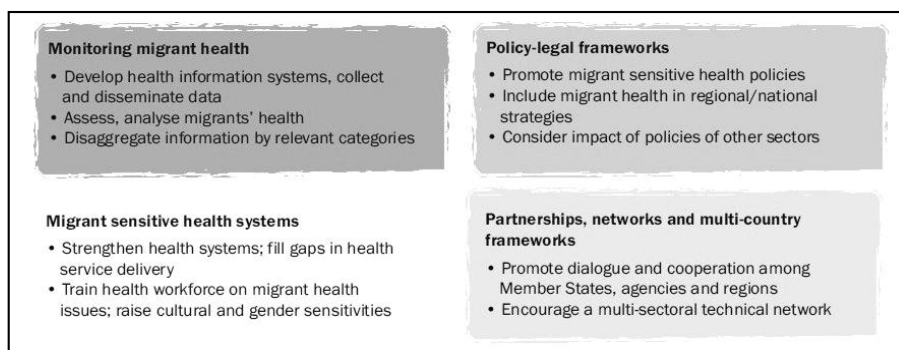
³³ MARCECA, *Il fenomeno...*, op. cit.

³⁴ GERACI, Salvatore; BAGLIO, Giovanni. *Salute degli immigrati*, p. 283-319.

La Risoluzione approvata dall'Assemblea Mondiale invitava gli Stati a mettere in atto politiche per la tutela della salute dei migranti ed esortava l'OMS, insieme ad altre rilevanti organizzazioni e settori, a promuovere una maggiore attenzione per la salute dei migranti a livello internazionale. In entrambe le occasioni sono stati individuati quattro assi tematici attorno ai quali sviluppare orientamenti operativi per implementare le politiche per la tutela della salute dei migranti (Figura 2).

FIGURA 2

Quattro assi tematici individuati dall'Assemblea Mondiale della Sanità



Fonte: "Health of migrant-The way forward".

Siamo convinti che questi indirizzi rappresentino la giusta direzione da percorrere e abbiamo ritenuto utile utilizzarli come traccia per una prima, non sistematica, riflessione sull'esperienza italiana. Proviamo quindi a guardare al contesto italiano attraverso questi quattro assi tematici.

Monitoraggio della salute dei migranti

Essere in grado di monitorare in maniera attendibile la salute della popolazione straniera vuol dire saper rilevare i suoi principali bisogni di salute e orientare al meglio l'offerta dei servizi sanitari. L'analisi dei bisogni di salute può essere effettuata solo avendo a disposizione dei dati affidabili che dovrebbero essere forniti dai cosiddetti sistemi informativi di ambito sanitario.

Ad oggi, in Italia, l'unico flusso informativo consolidato è il sistema informativo ospedaliero (SIO), un sistema che prevede di raccogliere obbligatoriamente tutti i dati relativi ai ricoveri sintetizzati nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO). La qualità del dato è tanto più alta quanto più antico è il flusso informativo e quanto più è formato e aggiornato il personale preposto alla sua gestione. Questo strumento di rilevazione può offrire solo una istantanea del percorso assistenziale e non è in grado di stratificare con



esattezza le informazioni riguardanti lo stato di salute in base allo status giuridico della persona straniera. Tuttavia, da questi dati parziali emergono delle criticità. Per esempio, il dato sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) in regime di *day hospital* ha dimostrato un tasso di abortività nelle donne straniere di circa 4 volte superiore rispetto alle donne italiane, e ancor più elevato nelle fasce più giovani. Inoltre, è stato evidenziato un maggiore ricorso alle cure ospedaliere per traumatismi, principalmente attribuito ad incidenti sul lavoro.

Alcune regioni stanno sviluppando in maniera autonoma altri flussi informativi. Ad esempio, la regione Lazio (la Regione nella quale si trova Roma, città con il più alto numero di migranti) ha sviluppato anche un sistema per l'emergenza sanitaria, che riguarda il pronto soccorso. Questo ha consentito di correlare i dati provenienti dal pronto soccorso con i dati dei ricoveri, in modo da avere un'idea sul processo e non solo un'istantanea sul dato. Per il futuro si sta cercando di raccogliere i dati relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale, che permetterebbe di raccogliere ancora più nel dettaglio le informazioni su altre tipologie di prestazioni assistenziali.

Attualmente in Italia, la possibilità di avere dei sistemi informativi specifici, capaci di raccogliere, analizzare e divulgare i dati relativi alla salute dei migranti è, tutto considerato, ancora poco sviluppata. L'unico modo ad oggi trovato di saldare questi "debiti informativi" è stato quello di vincolare la remunerazione delle prestazioni erogate alla trasmissione dei dati: un ospedale che oggi non trasmette le informazioni secondo le regole del SIO semplicemente non viene remunerato. La posta in gioco non è semplicemente quella di ottenere delle ricerche sistematiche su ambiti specifici, ma la possibilità che un intero sistema assistenziale possa monitorare il volume delle prestazioni erogate a specifiche categorie di popolazione: in questo caso gli stranieri. I sistemi informativi e l'analisi dei bisogni ad essa correlati sono quindi sempre più presenti in termini di necessità e di rilevanza, ma non ancora sufficientemente sviluppati. Consapevoli di ciò, nel 2009 il Ministero della Salute e il Centro Controllo delle Malattie (CCM) hanno finanziato un progetto dal titolo *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, il cui rapporto finale è stato pubblicato. L'obiettivo del progetto era quello di individuare indicatori utili alla descrizione dello stato di salute degli immigrati per fornire in modo omogeneo le informazioni necessarie per la programmazione degli interventi più appropriati di promozione della salute, di prevenzione e cura.³⁵ Questo documento, seppur solo simbolicamente, attesta un momento di avanzamento culturale e tecnico metodologico importante, essendo riuscito a riunire tutti i soggetti istituzionali interessati.

³⁵ *Ibidem*, p. 283-319.



Aspetti politico amministrativi

In riferimento a questo asse tematico è possibile affermare che la promozione di politiche sanitarie sensibili alla salute dei migranti in Italia sia abbastanza avanzata. Per esempio, il Piano Sanitario Nazionale (PSR) 1998-2000, presentava un intero capitolo dedicato ai soggetti potenzialmente fragili, tra cui venivano inclusi i migranti. Tuttavia, in seguito alla regionalizzazione del servizio sanitario pubblico introdotta nel 2001 con una riforma della Costituzione (art.117 della Legge Costituzionale n. 3 del 2001, che ha previsto modifiche al titolo V della II parte della Costituzione), la tematica “salute e immigrazione” appare ambiguamente sospesa tra le competenze di pertinenza dello stato (la cosiddetta legislazione “esclusiva”) e quelle riconosciute alle Regioni (la cosiddetta legislazione “concorrente”). Infatti con le modifiche introdotte le Regioni hanno oggi il potere di definire le norme sul tema della salute di tutti i residenti e quindi anche degli immigrati, mentre il tema dell’immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa. Questo “pendolo di competenze” può contribuire a generare disuguaglianze sia in ambito di accesso ai servizi, sia in ambito di profilo di salute della popolazione immigrata su base territoriale.³⁶

Per questo, già dal 1995 e più strutturalmente dal 1998, l’Area sanitaria della Caritas romana ha istituito un “Osservatorio sulle politiche locali per l’assistenza sanitaria agli stranieri” che ha prodotto specifiche ricerche e periodici rapporti, l’ultimo dei quali alla fine del 2010, nell’ambito di un progetto coordinato dell’Istituto Superiore della Sanità. Quest’ultima ricerca ha cercato di descrivere l’eventuale variabilità territoriale, raccogliendo ed esaminando complessivamente oltre 700 atti emanati dal 1995 a metà del 2010. Ciò ha messo in evidenza una oggettiva difformità ed evidenti disuguaglianze nell’offerta di servizi e prestazioni a livello locale.³⁷ Partendo anche da queste considerazioni, alla fine del 2008 è stato istituito un Tavolo Interregionale, presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, per realizzare una forma stabile di confronto e collaborazione tra le Regioni e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale sui temi della salute degli immigrati e dell’assistenza sanitaria, e per ridurre la discrezionalità interpretativa delle norme nazionali.³⁸ Dopo due anni di lavoro, il tavolo ha prodotto il documento *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione*

³⁶ MARCECA, *Il fenomeno...*, op. cit.; GERACI, Salvatore; MARCECA, Maurizio. La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull’accesso ai servizi e politiche locali, p. 36-51.

³⁷ GERACI, Salvatore; BONCIANI, Manila; MARTINELLI, Barbara. *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*.

³⁸ CARLETTI, Patrizia. La tutela della salute della popolazione immigrata: il lavoro della Regioni e Province autonome, p. 88-91.



straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane, approvato in forma ufficiale alla fine del Dicembre 2012.³⁹

Per quanto riguarda l'applicazione di politiche non-sanitarie per la tutela e la promozione della salute per gli immigranti (ed in particolare richiedenti asilo e rifugiati), occorre ammettere che l'Italia registra invece un forte ritardo culturale e politico. Ciò dimostra come sia ancora difficile far passare il messaggio della "salute in tutte le politiche". In particolare il tema della protezione sociale infatti resta estremamente critico: un paese come l'Italia che, per quanto riguarda le politiche di assistenza sanitaria agli stranieri ha fatto qualcosa di straordinario, per quanto riguarda le politiche di tutela sociale dell'assistenza agli stranieri non è stato in grado di esprimere delle tutele sociali altrettanto avanzate o credibili. Le due dimensioni non sono chiaramente separabili e tutto questo ha comportato, oltre alle ovvie azioni di denuncia da parte di ONG come Medici Senza Frontiere, un non completamento di quell'obiettivo che tutti noi riteniamo estremamente rilevante.

Sistemi sanitari "migrant sensitive"

È molto difficile esprimere una valutazione sull'offerta dei servizi sanitari per competenza e sensibilità dimostrata nei confronti degli stranieri. Questo perché mancano dei dati che siano in grado di dimostrare con esattezza le disuguaglianze esistenti nell'assistenza sanitaria tra la popolazione straniera e quella residente e gli effetti delle politiche messe in atto per contrastarle.

Gli sforzi che si stanno compiendo in questi anni per la formazione del personale sanitario, sia a livello pre-laurea che post-laurea, stanno tuttavia a testimoniare la volontà di costruire dei servizi che siano sempre più in grado di dare adeguate risposte alla popolazione migrante.⁴⁰ Rimane tuttavia la consapevolezza che la formazione, oltre a non essere ancora sistematicamente diffusa e sufficientemente approfondita, non possa da sola bastare a migliorare la qualità dei servizi offerti.

Promozione di partnership e network a livello locale e globale

L'Italia, paradossalmente, malgrado questa sua posizione decisamente avanzata in fatto di diritti all'assistenza ai migranti, non ha per nulla fatto conoscere all'estero, valorizzandolo, il proprio percorso, né in sede europea

³⁹ PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane.*

⁴⁰ MARCECA, Maurizio; RINALDI, Alessandro; CIVITELLI, Giulia et alii. *Fare rete per la formazione.* La collaborazione della SIMM all'interno della rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG).



né internazionale. A livello nazionale, invece, il panorama è molto più incoraggiante. Il lavoro di *advocacy* presso le istituzioni esercitato dalla rete di soggetti impegnati nella salute dei migranti, ed in particolare dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), è stato talmente forte da permeare una serie di atti istituzionali che sono la principale garanzia del diritto alla salute. Oggi, in Italia, salute degli stranieri, al di là dei tecnicismi epidemiologici, significa prima di tutto diritto alla salute in coerenza con l'articolo 32 della Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti [...]".

C'è la consapevolezza di dover incoraggiare una rete di lavoro tecnica che includa ambiti e settori diversi tra loro; l'esempio che si porta sempre in Italia, che ha avuto esattamente le caratteristiche del lavoro di rete dal basso, è quello messo in opera dalla SIMM attraverso i Gruppi Regionali Immigrazione e Salute (GrIS).⁴¹ Non tutti i gruppi oggi hanno questa capacità di forte interlocuzione tecnica con le istituzioni, o addirittura, nel caso della Regione Lazio, di coinvolgimento pieno in tutte le organizzazioni sanitarie pubbliche, ma è anche vero che i gruppi che hanno lavorato di più sono riusciti a coinvolgere maggiormente nella rete i diversi attori, dimostrando di riuscire a raggiungere risultati straordinari. L'esperienza della SIMM può essere presa, effettivamente, come modello fortemente partecipativo di *policy making*, e di processi decisionali partecipati dal basso; anche se faticoso in termini di consultazioni, organizzazioni e coordinamento, interlocuzione istituzionale, tale approccio di interlocuzione tra istituzioni e organizzazioni sociali ha permesso, in una regione come il Lazio, di continuare a mantenere standard più che accettabili di riconoscimento del diritto assistenziale e di applicazione delle norme.

Conclusioni

A nostro avviso, nel prossimo futuro, il cambiamento più importante dovrebbe avvenire a livello culturale, avendo il coraggio di proporre un cambiamento dei paradigmi di riferimento riguardanti la salute e l'assistenza sanitaria dei migranti, poiché come scriveva il patologo tedesco Rudolf Virchow già nel 1848: "Se la medicina vuole raggiungere pienamente i propri fini, essa deve entrare nell'ampia vita politica del suo tempo, e deve indicare tutti gli ostacoli che impediscono il normale completamento del ciclo vitale". In questo senso il cambiamento proposto deve essere volto alla tutela della salute di tutta la popolazione, compresa quella straniera, individuando delle politiche eque e inclusive per tutti.

⁴¹ GERACI, Salvatore; GNOLFO, Filippo. *In rete per la salute degli immigrati*. Note a margine di un'inaspettata esperienza.

Per raggiungere tale cambiamento di paradigma ci sembra necessario iniziare a pensare più in termini di promozione della salute e meno in termini di assistenza. Ciò vuol dire potenziare progetti di natura intersettoriale sposando l'approccio proposto dalla teoria dei determinanti sociali della salute, e passare da una medicina di "attesa", che attende il paziente nei singoli servizi, ad una medicina di "iniziativa", che raggiunge le persone ancora sane e che mantiene i pazienti nelle migliori condizioni di salute possibili attraverso attività pianificate e strategie di provata efficacia. Questo tipo di approccio dovrebbe anche garantire la partecipazione delle comunità, straniere e non, nelle scelte in sanità (*empowerment* e approccio *community-based*). In questo modo sarebbe anche possibile far emergere e valutare eventuali bisogni di salute "comunità specifici".

Siamo tuttavia consapevoli delle difficoltà attuali che si frappongono tra gli orientamenti proposti a livello internazionale e le loro applicazioni pratiche a livello locale, compreso l'ambito italiano. Riassumendo quanto finora detto, le principali criticità riscontrate a livello europeo sono rappresentate dalle difficoltà incontrate dall'Unione Europea nell'esprimere ed applicare politiche sociali credibili, superando l'approccio fortemente strumentale e demagogico con cui si è finora affrontato il tema di immigrazione e salute. A livello italiano, le principali criticità sembrano essere: l'instabilità cronica della politica italiana, che rende precari tutti i processi di cambiamento di una certa complessità; l'eccessiva improvvisazione dell'avvio del percorso di decentramento sanitario con un'incertezza di ruoli e poteri che rischia di lasciare sospesa la tematica "salute e immigrazione" tra competenze non chiaramente definite e quindi non chiaramente agite; una "cultura" gestionale dei servizi spesso esasperatamente aziendalistica e quindi fuorviante, con difficoltà ad esprimere politiche ed interventi integrati tra ambito sociale e sanitario, che è spesso incapace di dare risposte pronte e adeguate a nuove istanze sociali. A questo va aggiunto: l'insufficiente investimento sulla formazione e sulle risorse umane proprie del sistema del *welfare* e in particolare del sistema sanitario; l'eterogeneità della popolazione straniera sul territorio italiano che rende difficile il coinvolgimento delle comunità e la realizzazione di programmi di promozione della salute; infine il ruolo dei mezzi di comunicazione che, affrontando questi temi soprattutto in chiave sensazionalistica e/o allarmistica, non contribuiscono affatto ad alimentare un dibattito ed un confronto sociale costruttivo.⁴²

Il percorso che porta alla tutela della salute del popolo migrante, oltre ad essere lungo e faticoso, può rappresentare anche "l'occasione per

⁴² MARCECA, *Il fenomeno...*, op. cit.

riscoprire come il nostro 'ovvio' non sia assoluto, come le nostre strutture sanitarie si siano progressivamente allontanate dai bisogni reali delle persone, sommerse da burocrazia e affollate da false esigenze"⁴³. Partendo da tale consapevolezza è possibile provare a fare un esercizio continuo e condiviso di riscoperta e di creazione di nuovi linguaggi e approcci attraverso i quali sia possibile garantire e difendere, a livello culturale, ancora prima che giuridico o sanitario, il diritto alla salute del popolo migrante e di tutti.

Bibliografia

- BAGLIO, Giovanni; GERACI, Salvatore. *Necessario ma non sufficiente*. Janus, n. 3, 2011, p. 20-23.
- CARITAS/MIGRANTES. *Immigrazione Dossier Statistico 2012*. XXII Rapporto sull'immigrazione. Roma: Edizioni Idos, 2012.
- CARLETTI, Patrizia. La tutela della salute della popolazione immigrata: il lavoro della Regioni e Province autonome. In *Salute per tutti: da immigrati a cittadini*. "Aprire spazi ... costruire traiettorie". Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Lombar Key, 2011, p. 88-91.
- EUROPEAN COUNCIL. Final draft Lisbon Conference "Good practices on health and migration in the EU". 2007.
- EUROPEAN PARLIAMENT. *Report on Reducing Health Inequalities in the EU (2010/2089(INI))*. Document A7-0032/2011 on Febr 8, 2011. Final Approval March 8, 2011.
- FASSIN, Didier. *La Biopolitica dell'alterità*. Clandestini e discriminazione razziale nel dibattito pubblico in Francia. In QUARANTA, Ivo (a cura di). *Antropologia medica*. I testi fondamentali. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006.
- GERACI, Salvatore. *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Caritas Diocesana di Roma. Roma: Edizioni Anterem, 1996.
- _____. La nuova legge sull'immigrazione: verso una completa cittadinanza sanitaria. *Agenzia Sanitaria Italiana (ASI)*, n. 9, 1998, p. 46-48.
- GERACI, Salvatore; BAGLIO, Giovanni. *Salute degli immigrati*. Rapporto Osservasalute 2008, p. 283-319.
- GERACI, Salvatore; BONCIANI, Manila; MARTINELLI, Barbara. *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*. Roma: Inprinting srl, 2010.
- GERACI, Salvatore; GNOLFO, Filippo. *In rete per la salute degli immigrati*. Note a margine di un'inaspettata esperienza. Bologna: Pendragon, 2012.
- GERACI, Salvatore; MARCECA, Maurizio. 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. Lecce, 2002, p. 36-51.

⁴³ GERACI, MARCECA, MAZZETTI, *op.cit.*



- GLOBAL HEALTH WATCH. *Access to health care for migrants and asylum seekers*. In Global Health Watch 2. An alternative World Health Report. London: 2008, p. 62-73.
- LEFEBVRE, Henri. *Critica della vita quotidiana*. Bari: Dedalo Libri, 1993.
- MACIOCCO, Gavino. *Politica, Salute e Sistemi sanitari. Le Riforme dei Sistemi Sanitari nell'era della Globalizzazione*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2008.
- MARCECA, Maurizio. Il fenomeno immigratorio. Politiche sanitarie e percorsi di tutela. *Salute e Territorio*, n. 168, 2008, p. 170-175.
- _____. *L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti*. *L'Arco di Giano*, n. 22, 1999, p. 27-35.
- MARCECA, Maurizio; GERACI, Salvatore; BAGLIO, Giovanni. Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level. *Italian Journal of Public Health*, v. 9, n. 3, 2012, p. 1-11.
- MARCECA, Maurizio; GERACI, Salvatore; MARTINO, Ardigò. Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze. In *Osservatorio Italiano sulla Salute Globale – OISG. A caro prezzo. Secondo rapporto sulle disuguaglianze*. Pisa: Edizioni ETS, 2006: 304-18.
- MARCECA, Maurizio; GERACI, Salvatore. Immigrazione e salute. In: BERLINGUER, Giovanni; GEDDES, Marco (eds.). *La salute in Italia - Rapporto 1997*. Roma: Ediesse, 1997, p. 169-200.
- MARCECA, Maurizio; MAVROMATIDI, Eleni. *Immigrazione in Grecia*. Dagli all'Untore. Disponibile su: <<http://saluteinternazionale.info>>. Data di accesso: 04.05.2012.
- MARCECA, Maurizio; RINALDI, Alessandro; CIVITELLI, Giulia; SILVESTRINI, Giulia; BODINI, Chiara; MARTINO, Ardigò; GERACI, Salvatore; AFFRONTI, Mario e la RIISG. *Fare rete per la formazione*. La collaborazione della SIMM all'interno della rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG). Atti XII Congresso Nazionale SIMM, Viterbo 10-13 ottobre 2012.
- MÉDECINS DU MONDE. European Observatory on access to health care. *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European Countries*. 2009.
- MINISTERO DELLA SALUTE. Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie. Controllo Malattie (CCM). *La salute della popolazione immigrata: metodologie di analisi*. 2009.
- PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants). *PICUM's main concerns about the fundamental rights of undocumented migrants in Europe*. 2010.
- PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane*. 20 Dicembre 2012. Disponibile su: <<http://www.statoregioni.it>>. Data di accesso: 02.2013.
- RECHEL, Bernd; MLADOVSKY, Philipa; DEVILLÉ, Walter; RIJKS, Barbara; PETROVA-BENEDICT, Roumyana; MCKEE, Martin. *Migration and health in the European Union*. New York: Open University Press, 2011.
- SEVERINO, Francesca. *Unione Europea e il diritto alla salute dei migranti*. Tra



contraddizioni e titubanze. Disponibile su: <<http://saluteinternazionale.info>>. Data di accesso: 26.06.2011.

The Lancet. Migration and health: a complex relation. Editorial, v. 368, n. 23, 2006, p. 1039.

TOGNONI, Gianni; BACCILE, Gianni; VALERIO, Marta; FRAUDATARIO, Simona; CAMPEDELLI, Massimo. *Il diritto alla prova della migrazione. Il contributo di un'epidemiologia della cittadinanza*. La rivista delle politiche sociali/Italian Journal of Social Policy 2010,2: 121-133.

WHO, Gobierno de Espana, IOM. *Health of migrants - The way forward. Report on a global consultation*. Madrid, Spain, 3-5 March 2010. 2010.

WHO. Commission on Social determinants of Health. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social determinants of Health*. 2007.

_____. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report Geneva, 2008.

_____. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Adopted on 21 November 1986.

WORLD HEALTH ASSEMBLY. *Resolution n. WHA61.17 of 24 may 2008*. 61st World Health Assembly. Health of migrants. 2008.

Abstract

Policies for migrant healthcare: the European context and the case of Italy

Understanding health as a fundamental human right, not limited only to the biological dimension, but including the social, economic, and political ones, the authors, after briefly describing the politics enacted at the European level to protect migrant health, analyze the Italian experience in the light of international guidelines. Italy is, in fact, a specific and advanced case of migrant health protection; it's very inclusive health policy recognizes the equality in rights and responsibilities of legal citizens and offers protection and assistance to immigrants without legal authorization to reside in the country. However, even in an advanced context such as the Italian, it is important to transition from an assistance-based approach to a broader one of health promotion through intersectoral policies in light of the theory of the social determinants of health. Addressing the issue of migrant health represents an opportunity for the health services and, in general, for migration policies to become more focused on each person, his/her history, and the context in which he/she lives in.

Keywords: Migration; Health; Health policies; Social determinants of health; Italy; Europe.

Articolo ricevuto il 28/02/2013.

Accettato per la pubblicazione il 23/04/2013.

Received for publication on February, 28th, 2013.

Accepted for publication on April, 23th, 2013.