CITTA' DI TORINO

ORDINE DEL GIORNO N° 19

Approvato dal Consiglio Comunale in data 12 maggio 2025

OGGETTO: PER SVILUPPARE POLITICHE SANITARIE EFFICACI RIGUARDANTI “GLI ESCLUSI” (MIGRANTI IRREGOLARI, HOMELESS E DETENUTI) E' FONDAMENTALE PARTIRE DAI DATI EPIDEMIOLOGICI

Il Consiglio Comunale di Torino,

PREMESSO CHE

- il Bollettino Epidemiologico Nazionale dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha recentemente pubblicato una monografia dal titolo "La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria", presentata durante un convegno tenutosi presso l’ISS;
- le persone in condizione di grave marginalità sociosanitaria, definite anche come "esclusi", “invisibili” o “difficili da raggiungere” (hard to reach) soffrono delle forme più gravi di iniquità nella tutela della salute;
- dalla monografia e dal convegno si è evidenziata la necessità di maggiori informazioni e interventi integrati per migliorare l’assistenza sanitaria alle persone che vivono in condizioni di grave marginalità, come homeless, detenuti e migranti irregolari;
- durante il convegno sono state presentate diverse esperienze locali, tra cui studi dell’organizzazione no-profit INTERSORS operante in favore dei migranti spesso irregolari nell’area della Capitanata di Foggia, della Caritas di Roma e dell’Opera San Francesco per i poveri di Milano, che hanno rilevato importanti dati epidemiologici e carenze nell’assistenza sanitaria delle persone monitorate;
- è emerso uno stato di salute caratterizzato principalmente da patologie non trasmissibili anche nei migranti: queste evidenze favoriscono la decostruzione dello stereotipo del “migrante untore”.

CONSIDERATO CHE

- la monografia ha sottolineato la mancanza di infrastrutture per una raccolta sistematica dei dati sulla salute delle persone in condizione di detenzione, evidenziando la necessità di una maggiore collaborazione tra istituti penitenziari e strutture sanitarie locali. Nella nostra regione questo è particolarmente evidente;
- due studi hanno successivamente esaminato lo stato di salute delle persone emarginate nelle grandi aree urbane, che si rivolgono agli ambulatori del terzo settore per ricevere assistenza sanitaria. Il contributo della Caritas di Roma ha evidenziato un cambiamento nel quadro

epidemiologico degli assistiti nel corso di quarant'anni: un aumento delle malattie croniche, in particolare cardiovascolari e metaboliche e una diminuzione delle malattie infettive;
- l'Opera San Francesco per i poveri di Milano ha invece indagato la frequenza delle malattie croniche tra i propri assistiti, rilevando una maggiore prevalenza di patologie cardiovascolari, mentali e metaboliche (come il diabete) tra i migranti provenienti dal Sud America e dall'Asia rispetto alle popolazioni europee.

CONSIDERATO INOLTRE CHE

- le persone che si trovano in una condizione di grave marginalità sociale costituiscono una categoria difficile da definire con schemi immediati, poiché presentano una varietà di forme di marginalità sociale grave, che spesso si sovrappongono;
- quando si parla di individui in stato di grave marginalità, si fa riferimento anche a persone che sfuggono alle rilevazioni statistiche ufficiali, richiedendo metodi di rilevazione specifici, diversi da quelli utilizzati per il resto della popolazione;
- è importante segnalare il recente impegno dell'Istat in questo ambito. Nella terza edizione del Censimento permanente della Popolazione e delle Abitazioni, svolta nell'autunno 2021, per la prima volta sono state incluse le popolazioni particolari e difficili da raggiungere. I segmenti di popolazione specificamente rilevati sono coloro che vivono in convivenze anagrafiche (ad esempio, istituti assistenziali, centri di accoglienza per migranti, case famiglia), quelli che dimorano in campi autorizzati o insediamenti tollerati e spontanei, e le persone senza tetto e senza fissa dimora. Con la premessa di una probabile sottostima, l'indagine ha rilevato 463.294 unità, pari allo 0,8% della popolazione totale. Di queste, 351.338 vivono in convivenze anagrafiche, 96.197 sono senza tetto/dimora, mentre 15.759 sono coloro che dimorano in campi autorizzati o insediamenti tollerati e spontanei;
- in particolare, il 38% delle persone senza tetto è di nazionalità straniera (50% africana, 22% europea, 17% asiatica) e la metà risiede in soli sei Comuni: 23% a Roma, 9% a Milano, 7% a Napoli, 4,6% a Torino, 3% a Genova e 3,7% a Foggia. L'obiettivo dell'Istat era di rilevare alcuni segmenti demografici che, a causa della precarietà abitativa o di condizioni di vita particolari, sono difficilmente intercettabili sul territorio.

VERIFICATO CHE

- è ben documentato che le diseguaglianze di salute derivano da diverse condizioni socioeconomiche, crisi finanziarie e politiche economiche e sociali. In termini semplici, le persone più abbienti e con un livello di istruzione più elevato godono di una salute migliore, si ammalano meno e vivono più a lungo. Inoltre, esiste un gradiente di salute che si estende lungo tutta la scala sociale: la salute peggiora gradualmente man mano che si scende lungo la scala sociale, dalla fascia socioeconomica più alta a quella più bassa;
- esistono studi che evidenziano come, però, il gradiente sociale non sia adatto a cogliere le diseguaglianze di salute nelle popolazioni socialmente escluse ovvero coloro che si trovano ben al di sotto del livello più basso della scala sociale: su queste popolazioni agisce un grado estremo di iniquità nella salute che eccede di molto quello osservato tra gli individui inclusi nella scala sociale, con differenze importanti tra uomini e donne. Infatti, nelle persone in condizioni di grave marginalità le stime dei tassi di mortalità per tutte le cause sono circa 8 volte superiori alla media per gli uomini e 12 volte per le donne.

RILEVATO CHE

- i dati forniti dalla Caritas attraverso articoli aventi come oggetto l'Area Sanitaria della Caritas di Roma e dell'Opera San Francesco per i poveri di Milano dimostrano che nel tempo è aumentata la complessità e la fragilità della popolazione da assistere. Sono cresciuti sia il numero delle persone senza alcun titolo di studio, sia quello degli italiani e dei senza dimora, probabilmente anche a causa delle ricorrenti crisi economiche;
- a complicare ulteriormente l'attività assistenziale c'è stato l'incremento significativo del numero di Paesi di provenienza di coloro che sono costretti a lasciare il proprio Paese a causa di conflitti, emergenze umanitarie e ambientali;
- l'esperienza della migrazione è un fattore determinante per la salute e il benessere, poiché la salute dei migranti risulta particolarmente vulnerabile a causa della combinazione degli effetti delle condizioni di partenza, del viaggio e della permanenza nel Paese di transito o di accoglienza. È noto che i migranti in stato di irregolarità accedono con difficoltà ai servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, quando vi riescono, è solo in situazioni di emergenza, senza poter usufruire di una continuità assistenziale post dimissioni o di percorsi diagnostico-terapeutici per le malattie croniche. Qualsiasi siano le barriere di accesso alla prevenzione e alle cure primarie del SSN, la mancata presa in carico si può tradurre in ricorso alle strutture di pronto soccorso e alle ospedalizzazioni definite come evitabili.

PRESO ATTO CHE

- la ricerca epidemiologica ha poco esplorato la grave esclusione sociale come determinante di salute e il grado di iniquità di salute sofferto dalle popolazioni gravemente marginalizzate nei Paesi ad alto reddito**;**
- è fondamentale migliorare la raccolta e l'analisi dei dati epidemiologici relativi a queste persone per sviluppare politiche sanitarie più efficaci e mirate;
- la salute delle persone in condizione di grave marginalità sociosanitaria rappresenta un tema di grande importanza che richiede un approccio integrato e multisettoriale, politiche inclusive e risorse adeguate.

IMPEGNA

Il Sindaco e la Giunta a farsi parte attiva presso la Regione Piemonte per:

- promuovere la creazione di un sistema informativo regionale che consenta una raccolta sistematica e integrata dei dati sulla salute delle persone in condizione di grave marginalità sociosanitaria (carcerati, migranti irregolari, homeless) in collaborazione con le ASL, gli istituti penitenziari e le organizzazioni del terzo settore e con DORS, il Centro di documentazione per la promozione della salute nato per volontà della Regione Piemonte che da 26 anni si occupa di produrre ricerca autorevole e aggiornata sull'efficacia di progetti e interventi in Sanità Pubblica;
- sostenere iniziative di formazione e informazione destinate agli operatori sanitari dei servizi territoriali, al fine di migliorare l'assistenza sanitaria e l'integrazione delle politiche sociosanitarie a favore delle persone in condizione di grave marginalità;
- favorire la realizzazione di studi e ricerche epidemiologiche sullo stato di salute delle persone in grave marginalità sociosanitaria, coinvolgendo le Università e gli enti di ricerca locali, per fornire evidenze scientifiche utili allo sviluppo di politiche sanitarie regionali mirate;

- includere queste tematiche nei piani regionali di salute e prevedere adeguati finanziamenti per progetti ed iniziative volte a migliorare l'assistenza sanitaria alle persone in condizioni di marginalità.