



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale (*ordinamento ex
D.M. 270/2004*)
in Lavoro, cittadinanza sociale, interculturalità

Tesi di Laurea

—
Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

Il diritto alla salute degli immigrati in Italia, tra legislazione statale, autonomie locali e prassi applicative

Relatore Prof. Marco Ferrero
Ch. Prof. Lauso Zagato

Laureando
Annalisa Zanin
Matricola 823904

Anno Accademico
2012/ 2013

Alle mie sorelle.

Irene, la mia forza, e Agnese, il mio coraggio.

Certa che sapranno sempre stare dalla parte dei più deboli.

Indice

<i>Introduzione</i>	I
Capitolo I. I fondamenti giuridici del diritto alla salute	
1.1 Il diritto alla salute nel diritto internazionale	1
1.1.1 <i>Il contesto storico della nascita del diritto alla salute</i>	1
1.1.2 <i>Il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'uomo</i>	3
1.1.3 <i>Gli strumenti giuridici di diritto internazionale a tutela del diritto alla salute</i>	4
1.2 Il diritto alla salute nel diritto comunitario	7
1.3 Il concetto di salute in Italia	11
1.3.1 <i>La dottrina pubblicistica</i>	11
1.3.2 <i>L'articolo 32 della Costituzione della Repubblica: il punto di svolta</i>	12
1.3.3 <i>Le difficoltà applicative</i>	14
1.3.4 <i>Il Servizio Sanitario Nazionale</i>	16
1.3.5 <i>La tutela della salute degli immigrati in Italia</i>	18
Capitolo II. La domanda attuale di salute dell'immigrato in Italia	
2.1 Le disuguaglianze e le politiche di discriminazione concernenti gli immigrati in Italia	20
2.2 Le disuguaglianze di salute	30
2.1 <i>Le politiche pubbliche per la salute: nascita e crisi del welfare State</i>	30
2.2.2 <i>I fattori di rischio per la salute dell'individuo</i>	32
2.2.3 <i>Le determinanti sociali di salute</i>	35
2.3 Il profilo di salute degli immigrati in Italia	40
2.3.1 <i>Disuguaglianze di salute e immigrazione</i>	40
2.3.2 <i>L'esperienza della migrazione e la richiesta di salute</i>	44
2.3.3 <i>Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali</i>	49

2.3.4 <i>La salute riproduttiva delle donne immigrate</i>	52
2.3.5 <i>Il disagio psichico degli immigrati in Italia</i>	56
2.3.6 <i>La salute infantile</i>	59

Capitolo III. Gli ostacoli alla tutela del diritto alla salute degli immigrati: le norme, le prassi

3.1 Il diritto alla salute degli stranieri in Italia: un diritto diversificato	62
3.1.1 <i>L'assistenza sanitaria prevista per gli stranieri comunitari presenti in Italia</i>	64
3.1.2 <i>L'assistenza sanitaria per gli stranieri extracomunitari regolarmente presenti in Italia</i>	66
3.1.3 <i>L'assistenza sanitaria per gli stranieri extracomunitari irregolarmente presenti in Italia</i>	68
3.1.4 <i>L'assistenza sociale prevista per gli stranieri in Italia</i>	71
3.2 L'assistenza sanitaria all'interno dei Centri di immigrazione presenti in Italia	72
3.3 Le normative regionali: la non uniformità operativa a livello nazionale	74
3.4 Le norme di legge che non trovano applicazione nelle politiche sanitarie: l'accesso e la fruibilità dei servizi socio-assistenziali	81
3.4.1 <i>Le barriere all'accesso ai servizi socio-assistenziali</i>	81
3.4.2 <i>Le barriere nella fruibilità dei servizi socio-assistenziali</i>	85
3.4.3 <i>Gli organismi che operano per supplire alle inadempienze sul piano pratico</i>	91
<i>Conclusioni</i>	92
<i>Bibliografia</i>	98

Introduzione

Questo lavoro tratta due temi, *diritto* e *salute*, destinati comunque a saldarsi nella vita sociale e nella pratica politico-amministrativa del nostro Paese, divenuto meta di continui flussi migratori. Si vuole tentare di fornire uno sguardo ragionato sulla condizione del diritto alla salute della popolazione immigrata presente oggi in Italia.

L'obiettivo principale è capire e far comprendere quali strumenti di diritto tutelino il diritto alla salute di queste persone e se vengano applicati in modo efficace e coerente nella prassi operativa, ovvero nella pianificazione regionale delle politiche sanitarie e nella quotidianità delle pratiche di erogazione di prestazioni e servizi sanitari.

La questione riveste un grande interesse alla luce delle varie situazioni sanitarie (ed esistenziali) degli immigrati nel nostro Paese, le quali saranno quindi successivamente esaminate lungo il percorso.

La tematica della salute migrante nel nostro Paese non è sicuramente trascurata, come dimostra l'ampia letteratura esistente in materia, tuttavia è sempre più urgente reperire una risposta alla domanda di salute migrante proprio ora che gli sbarchi sulle coste meridionali della nostra penisola si intensificano, conducendo a terra (quando riescono a raggiungerla) un gran numero di persone profondamente impoverite, affamate e debilitate che fuggono dai loro Paesi lasciandosi alle spalle guerre, torture, persecuzioni e vite di privazioni.

Dato quindi il carattere di *urgenza* della domanda sanitaria che gli immigrati portano con sé, essendo per la gran parte persone che hanno perso un buono stato di salute originario, e di *insistenza*, visto l'incremento della domanda di aiuto sanitario da parte di queste popolazioni migranti, sorgono spontanee diverse domande: quali strumenti tutelano la salute di queste persone? Quale diritto la garantisce, e con quali modalità? E una volta considerate le fonti che regolano questo ambito, possiamo dirci soddisfatti di come questo diritto viene applicato nella realtà quotidiana? In poche parole, quali sono le prassi all'interno delle strutture sanitarie, quali sono gli aspetti poco convincenti o addirittura contraddittori del *modus operandi* degli operatori della sanità o dell'organizzazione dei servizi (inerenti ad esempio la loro accessibilità e la loro fruibilità)?

La salute migrante, infatti, richiede oggi delle soluzioni a una situazione di occultamento della reale sofferenza sanitaria degli stranieri e di disuguaglianze in salute causate da diversi fattori.

Gli stranieri possono avere soglie di dolore o concezioni della malattia differenti da quelle afferenti alla nostra cultura; il modo di connotare la malattia può variare quindi da cultura a cultura e molti possono sottovalutare sintomi o disagi potenzialmente importanti.

Per ovviare a potenziali errori di diagnosi e individuare quindi i disturbi o le malattie, si rende necessaria sempre più nel nostro Paese la formazione e l'impiego di figure professionali qualificate, ovvero preparate adeguatamente da un punto di vista psicologico, linguistico e interculturale, predisposte all'ascolto e alla relazione, allo scopo di instaurare rapporti interpersonali validi e tali da favorire una vera possibilità di accesso alle cure per tutti così da rappresentare un primo, fondamentale tassello dell'integrazione degli immigrati nella nostra società.

Va poi ricordato, che presso gli immigrati non di rado i sintomi di una malattia possono essere sottovalutati per il timore di perdere il posto di lavoro, magari difficilmente ottenuto, anche se privo di contratto. Ciò avviene specialmente tra gli immigrati privi di documenti che preferiscono non rivolgersi a strutture di cura per paura di essere licenziati, arrestati o espulsi. Occorre quindi ammettere che il diritto vigente influenza pesantemente la reale possibilità di cura degli immigrati e che si rendono a questo punto necessari interventi che facciano emergere questo problema e lo trattino efficacemente, conferendo così al diritto alla salute migrante (regolare e non) pari dignità con il diritto alla salute di un cittadino italiano, così come vorrebbe la nostra Costituzione repubblicana.

Approfondendo tali argomenti scopriremo poi che le disuguaglianze in salute possono nascere anche da scorrette o parziali applicazioni della legislazione nazionale in materia nelle diverse legislazioni territoriali regionali; o ancora da debolezze o incapacità delle nostre politiche nel progettare interventi che tutelino il benessere psicofisico di queste persone attraverso iniziative efficaci riguardanti la casa, il lavoro e tutti quegli ambiti di vita che permettono un'esistenza serena. Ancora, i problemi della salute migrante sono nascosti perché non viene effettuata una corretta e capillare informazione: molti stranieri possono non conoscere il funzionamento del nostro Sistema Sanitario Nazionale e non sapere quindi a quale servizio e a quale figura professionale rivolgersi. Questa mancanza di indirizzo impedisce potenzialmente diagnosi precoci e/o efficaci, nonché un certo dispendio inutile di tempo e di risorse poiché generalmente il primo punto di accesso utilizzato da questi utenti è quasi sempre il Pronto Soccorso.

E' chiaro come questo stato di cose non faccia altro che rendere ancora più accidentato il percorso degli stranieri verso la salute, già molto difficoltoso se pensiamo alle fragili condizioni psicofisiche di arrivo dei migranti.

La ragione di questo lavoro, ovvero il perché ci sembri importante affrontare la tematica della tutela del diritto alla salute dello straniero in Italia, risiede nella convinzione che una concreta integrazione di queste persone possa realizzarsi solo se consideriamo la tutela della salute (e l'uguaglianza in salute) di questi soggetti l'obiettivo principale di una politica attenta all'inserimento degli stranieri nel nostro contesto sociale.

Tale convincimento deriva dall'imporre del diritto alla salute quale diritto fondamentale e universale dell'essere umano presso tutte le fonti del diritto, vale a dire tanto nel diritto internazionale quanto nel diritto comunitario che in quello nazionale, a prescindere dallo status dell'individuo, e soprattutto perché la salute rappresenta la base che garantisce una vita dignitosa, attiva nel lavoro e nei rapporti sociali e quindi soddisfacente per la persona umana.

Diventa allora irrinunciabile indagare sul perché oggi l'Italia non riesca a rispondere efficacemente al bisogno di salute dello straniero nonostante il fenomeno migratorio sia in atto da alcuni decenni e rivesta una sempre maggior importanza.

A tale scopo si è cercato di esaminare il problema da differenti punti di vista: giuridico, sociologico e della prassi operativa sanitaria, per avere una visione più ampia possibile della questione.

Nella prima parte di questo lavoro si è cercato di fornire la cornice giuridica che attiene al diritto alla salute passando in rassegna dapprima quali strumenti giuridici del diritto internazionale si pongano a tutela della salute (§ 1.1); in seguito si è esaminata la normativa dell'Unione Europea in materia (§ 1.2); e infine (§ 1.3) ci si è soffermati sul concetto di salute in Italia, ovvero sulla sua nascita ed evoluzione fino all'approdo all'articolo 32 della Costituzione della Repubblica, il quale ha incarnato il medesimo spirito universalistico e solidaristico che di lì a pochi decenni avrebbe ispirato la nascita del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Il II capitolo si sofferma sulla domanda attuale di salute delle persone immigrate in Italia. Siamo partiti dall'approfondimento dell'evoluzione della legislazione italiana in materia di immigrazione al fine di spiegare che proprio nel nostro diritto nazionale si trovano le radici delle disuguaglianze e delle politiche di discriminazione riguardanti gli immigrati in Italia (§ 2.1).

Abbiamo quindi cercato di capire e spiegare come si generino le disuguaglianze in salute, (ovvero attraverso quali meccanismi all'opera nella nostra società), ed è così che abbiamo scoperti responsabili la crisi del nostro sistema di welfare e il concetto di rischio e di determinante sociale, concetti che hanno trasformato la nostra società, modificando risorse disponibili e bisogni (§ 2.2).

Al § 2.3, si è tentato di entrare nel vivo della questione delle disuguaglianze di salute italiane e abbiamo indagato il profilo di salute degli immigrati, esaminando innanzitutto la relazione viaggio migratorio - stato di salute e cercando di capire la valenza e le conseguenze che tale viaggio può

avere sull'individuo, approfondendo poi quattro ambiti di particolare sofferenza sanitaria, ovvero gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, la salute riproduttiva delle donne immigrate, il disagio psichico e la salute infantile.

Infine, il capitolo III si propone di confrontare la legislazione nazionale attualmente vigente in materia di diritto alla salute degli immigrati, ovvero il *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero* (§ 3.1), che diversifica il diritto in base allo status di straniero regolarmente o irregolarmente presente sul suolo della Repubblica; la situazione di offerta sanitaria all'interno dei Centri di immigrazione italiani (§3.2) e le diverse normative regionali in materia (§ 3.3) con le prassi applicative del diritto nelle pratiche e nelle politiche sanitarie (§ 3.4), portando alla luce una dimostrata incoerenza tra l' impianto teorico - legislativo e piano operativo, ovvero prassi e atteggiamenti nel mondo della sanità che di fatto ostacolano opportune accessibilità e fruibilità delle prestazioni e dei servizi.

1. I fondamenti giuridici del diritto alla salute

In questo capitolo si intende fornire una visione globale delle fonti giuridiche internazionali, comunitarie e nazionali riguardanti il diritto alla salute. Si tenterà precisamente di indagarne le caratteristiche fondamentali, i legami con ulteriori strumenti giuridici e il contesto storico e culturale dal quale sono scaturite.

L'intento sarebbe rendere tale sguardo d'insieme funzionale ad una successiva analisi dell'odierna situazione degli stranieri nel nostro Paese: partendo da una rassegna delle fonti di diritto, siano esse di *soft law* o giuridicamente vincolanti, si potrà in un secondo momento notare agevolmente eventuali contraddizioni o disapplicazioni della norma nella prassi quotidiana all'interno dei luoghi deputati all'erogazione di prestazioni e servizi sanitari.

1.1 Il diritto alla salute nel diritto internazionale

1.1.1 Il contesto storico della nascita del diritto alla salute

L'ultima parte del XVIII secolo si colloca come sfondo della rivoluzione francese la quale ebbe il merito di diffondere in tutta Europa e oltre la fiducia e la spinta alla rivendicazione dei diritti della persona umana, fatto che si concretizza con la stesura della *Dichiarazione dei diritti dell'uomo e dei cittadini*.

Per quanto riguarda la salute, i lumi della ragione hanno immesso nella società il pensiero secondo il quale la salute sarebbe una questione che investe non solo la sfera biologica e personale dell'individuo, ma l'intero tessuto sociale in quanto soddisfazione delle esigenze di tutti i componenti della società¹.

Allo stesso tempo, però, le idee scaturite dalla rivoluzione contestavano allo Stato il ruolo di protettore che intervenisse nell'ambito sociale: se lo Stato infatti fosse stato investito di tale compito si sarebbero imbrigliate le *naturali* forze di classificazione (e gerarchizzazione) degli individui all'interno della società.

Oltre agli ideali illuministici, il corso stesso della storia si oppose ad un approdo ad un diritto alla salute che si configurasse come funzione dello Stato e universalistico: la rivoluzione industriale insieme all'avvento delle leggi di mercato incrementò a ritmi immani la

¹ G. Maciocco, *Politica, salute e sistemi sanitari*, Roma, 2008, p. 4.

produttività, ma a questa non si affiancò un'equa ripartizione della ricchezza e del benessere tra le differenti classi sociali. Secondo il pensiero liberista, ovviamente, questo era il prezzo scontato da pagare per il progresso e la libertà.

La svolta arrivò per merito dei tumulti dell'anno 1848 quando esplosero le rivendicazioni di carattere *sociale*. Esattamente da questi avvenimenti nacque l'opinione condivisa che la protezione sociale fosse un problema collettivo che richiedeva l'intervento statale, dal quale la società non poteva più tollerare un atteggiamento astensionista.

L'inizio del XX secolo vede quindi in tutti i Paesi un'organizzazione sanitaria sviluppata e dotata di strutture di sanità pubblica atte a controllare le malattie infettive, anche se l'investimento in campo assistenziale mostra ancora numerose falle dovute perlopiù al diverso trattamento dei soggetti in base alla posizione sociale.

E' in questo momento che su esempio della Germania (c.d. *modello tedesco*) lo stato sociale prende forma calandosi in interventi rivolti non più solo alla protezione di determinate categorie di lavoratori, ma a porzioni sempre maggiori della popolazione.

Nella Germania conservatrice di Bismarck, infatti, prende piede il primo esempio di una moderna organizzazione dell'assistenza sanitaria che, partendo dall'istituzione dell'assicurazione sanitaria obbligatoria (archetipo delle odierne casse mutue) per gli operai dell'industria, arriverà pochi anni più tardi a coprire con un'assicurazione sanitaria obbligatoria l'intera popolazione tedesca, iscrivendo d'ufficio all'assicurazione comunale anche coloro che non risultino iscritti a nessuna cassa.

Il sistema tedesco verrà emulato in tutti i Paesi d'Europa negli anni successivi ed esso

«rappresenta la prima vera affermazione del diritto alla salute per tutti nell'era moderna, in quanto le precedenti leggi inglesi² riguardavano provvedimenti di sanità pubblica (problematiche igieniche), rivolte quindi alla popolazione e non al singolo individuo»³.

² Ci si riferisce qui alle misure di sanità pubblica attuate dal governo inglese negli anni della rivoluzione industriale che videro i sobborghi dei centri urbani dell'Inghilterra sovraffollarsi con una conseguente diffusione rapidissima di malattie dovuta alle sovraumane condizioni igieniche. Si trattava perciò di misure d'urgenza mirate ad arginare un problema già esploso. Cfr. G. Maciocco, *Politica, salute e sistemi sanitari*, Roma, 2008, pp. 2-3.

³ P. Morozzo della Rocca, *Immigrazione e cittadinanza. Profili normativi e orientamenti giurisprudenziali*, Torino, 2008, p. 445.

1.1.2 Il diritto alla salute come diritto fondamentale dell'uomo

La concezione del diritto alla salute come *diritto fondamentale dell'uomo* nacque grazie ad un rapporto voluto dal premier inglese Winston Churchill, il cosiddetto *Beveridge Report* (1942), dal nome del presidente la commissione incaricata di stendere tale documento.

Tale atto si prefiggeva l'obiettivo di innescare una serie di riforme che andavano dall'istruzione alla maternità, dalle pensioni alla sanità e passò alla storia come atto che rivoluzionò il sistema di sicurezza sociale nel Regno Unito.

Il principio guida sotteso ai cambiamenti che questa carta voleva apportare era *l'universalità dell'assistenza pubblica*, ovvero il concepire i servizi sociali e sanitari come diritto di ogni cittadino⁴.

Tale linea di pensiero si concretizzò nell'istituzione del *National Health Service* (NHS, 1948) che rappresentò

«una fondamentale svolta nel concetto di salute (un “diritto universale”) e di assistenza sanitaria (“un servizio sanitario onnicomprensivo volto a garantire il miglioramento della salute fisica e psichica delle persone attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie”)»⁵.

Il sistema sanitario inglese si basò da subito sui principi di: *universalità*, per quanto riguarda l'accessibilità e l'onnicomprendività delle prestazioni; *fiscalità generale*, per essere finanziato quindi da ogni cittadino in base alle proprie possibilità; *gratuità*, nel punto di erogazione della prestazione.

Tali linee guida rivoluzioneranno negli anni successivi i modelli sanitari di molti Paesi e costituiranno l'ossatura del medesimo sistema sanitario nazionale italiano odierno.

⁴ G. Maciocco, *op. cit.*, p. 17.

⁵ *Ivi*, p. 19.

1.1.3 Gli strumenti giuridici di diritto internazionale a tutela del diritto alla salute

Il diritto alla salute è giunto a rappresentare oggi un *obbligo legale internazionale degli Stati*, ai quali è attribuito il compito di promuovere e tutelare la salute della propria popolazione.

La prima comparsa dell'enunciazione del diritto universale e fondamentale alla salute in uno strumento di diritto internazionale in epoca moderna⁶ avviene con la *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo* del 1948 dove ritroviamo espressamente sancito all'articolo 25 che:

«Ogni persona ha il diritto ad un adeguato livello di vita che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere, inclusi il cibo, il vestiario, l'abitazione, l'assistenza medica e i servizi sociali necessari, e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza e vecchiaia».

L'anno seguente l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel suo stesso *Atto costitutivo* determinò la seguente *definizione* di salute:

«La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un'assenza di malattia o infermità».

Tale definizione, destinata a rovesciare completamente il dualismo concettuale salute-malattia, tende a scardinare la concezione del bisogno di salute inteso come bisogno di mera assistenza sanitaria, e lo lega invece al contesto più ampio di vita sociale dell'individuo. Si intende tutelare dunque con questa affermazione lo *stato di benessere* dell'individuo, non più una situazione di assenza di malattia, attraverso interventi che siano preventivi, curativi o riabilitativi⁷.

Inoltre la definizione di salute dell'OMS stabilisce la necessità di *equità* nel processo di salvaguardia della salute:

«Il diritto alla salute non deve essere concepito in termini di uguaglianza, bensì di equità. La non equità nella salute si riferisce alle differenze non necessarie ed evitabili e che sono, allo stesso tempo,

⁶ P. Morozzo della Rocca, *op. cit.*, p. 425.

⁷ G. Maciocco, *op. cit.*, p. 20.

inaccettabili e ingiuste. Equità sarà dunque favorire, per ciascun individuo, le condizioni per raggiungere il livello potenziale di salute che gli è proprio».

Il diritto alla salute in questo senso inteso verrà riconfermato e ampliato in uno dei fondamentali documenti dell'OMS, ovvero nella *Dichiarazione di Alma Ata* del 1978.

Nella località di Alma Ata (all'epoca capitale della repubblica sovietica del Kazakistan) si tenne in quell'anno la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria di Base (*Primary Health Care – PHC*) promossa dall'OMS e dall'UNICEF.

Fu un'occasione di incontro tra i rappresentanti del campo sanitario di tutti i Paesi del mondo e fu anche la prima volta nella storia che la questione dell'assistenza sanitaria di base e dei ruoli relativi di governi e organizzazioni internazionali veniva affrontata nell'ottica di collegare il tema della salute con quello dello sviluppo⁸.

Per la prima volta, infatti, si cercò di delineare dei principi di riferimento comuni per la promozione e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria onnicomprensiva e universale e, inoltre, di trattare il problema sanitario che affliggeva i Paesi più poveri del mondo, pesantemente provati da lunghi periodi di oppressione coloniale.

La Conferenza di Alma Ata portò appunto alla stesura di una Dichiarazione che mirava a definire cosa si intendesse per PHC affinché le scelte politiche potessero permettere ai sistemi sanitari del mondo uno sviluppo efficiente e paritario:

«L'assistenza sanitaria di base è quell'assistenza sanitaria essenziale fondata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la comunità e i Paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo in uno spirito di fiducia in sé stessi e di autodeterminazione. Essa è parte integrante sia del Sistema Sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, che dello sviluppo economico e sociale globale della comunità. [...] Essa include almeno: l'educazione riguardo i più importanti problemi sanitari e i metodi per prevenirli e controllarli; la promozione di un'adeguata alimentazione; un'adeguata disponibilità di acqua potabile e condizioni salubri di vita; l'assistenza materno - infantile, inclusa la pianificazione familiare; le vaccinazioni contro le maggiori malattie infettive; la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche; l'appropriato trattamento delle comuni malattie e l'approvvigionamento dei farmaci essenziali. [...] Coinvolge oltre al settore sanitario, tutti i settori e gli aspetti correlati allo sviluppo nazionale e della comunità, in particolare l'agricoltura, l'allevamento, l'alimentazione, l'industria,

⁸ *Ivi*, p. 25.

l'educazione, la casa, i lavori pubblici, le comunicazioni, e altri settori; e richiede lo sforzo coordinato di tutti questi settori».

Un altro strumento di diritto internazionale in cui ritroviamo il diritto alla salute è il *Patto sui Diritti Economici, Sociali e Culturali* del 1966, all'art. 12:

«Gli Stati parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire. Le misure che gli Stati parti del presente Patto dovranno prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprenderanno quelle necessarie ai seguenti fini:

- a) la diminuzione del numero dei nati-morti e della mortalità infantile, nonché il sano sviluppo dei fanciulli;
- b) il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale;
- c) la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere;
- d) la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia».

Ancora, il diritto alla salute è sancito agli articoli 10 e 12 della *Convenzione OIL n. 143 del 24 giugno 1975*; all'articolo 12 della *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1979; e all'articolo 24 della *Convenzione sui diritti dell'infanzia*, dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 20 novembre 1989.

Nel campo della bioetica i medesimi principi salutarono la nascita del *Belmont Report* nel 1979, il quale ebbe il ruolo di identificare i principi etici che dovrebbero guidare la condotta della ricerca biomedica con soggetti umani che vennero individuati in: rispetto per le persone (sia per la loro dignità che per la loro *autonomia*), la *beneficenza* (nel senso di beneficio apportato al paziente da parte del medico che in base alla sua esperienza conosce il bene oggettivo del paziente) e la *giustizia*⁹, la quale tende al bene comune nell'ottica appunto di una salute pubblica equamente distribuita nel limite delle risorse disponibili.

⁹ F. Turoldo, *Bioetica e reciprocità*, Roma, 2011.

1.2 Il diritto alla salute nel diritto comunitario

Il diritto alla salute è tutelato oggi nell'ambito del diritto comunitario da due meccanismi differenti facenti capo rispettivamente al Consiglio d'Europa¹⁰ e alle istituzioni comunitarie.

Il Consiglio d'Europa si avvale della *Convenzione europea di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali*¹¹ (CEDU) come strumento giuridico di tutela dei diritti fondamentali a livello europeo, volto ad assicurarne il nucleo inviolabile.

Nel testo della CEDU manca tuttavia una previsione specifica che si pronunci espressamente sul diritto alla salute: la tutela di questo diritto verrà dunque esercitata attraverso una sorta di *tutela indiretta*, mediata cioè da altre previsioni.

Ritroviamo ad esempio all'art. 1 il diritto alla vita; all'art. 5, primo comma, lettera e) la Convenzione permette la limitazione del diritto alla libertà nel caso di individui in grado di propagare una malattia contagiosa, alcolizzati e tossicomani; all'art. 8, secondo comma, consente l'intervento dell'autorità pubblica nella vita privata e familiare di un individuo ai fini della protezione della salute; l'art. 9, secondo comma, indica la necessità di applicare una restrizione delle libertà di pensiero, coscienza e religione per perseguire il medesimo scopo, e stessa considerazione valga per gli artt. 10 e 11 in riferimento alla libertà di espressione e di riunione e associazione.

Dagli articoli della Convenzione sopra riportati è possibile evincere che

«non sono presenti [...] norme “positive”, ma l'esigenza di tutelare il diritto alla salute si desume *a contrario*, dalla possibilità di limitare altri diritti e libertà fondamentali [...]»¹².

Tale logica di tutela è apparsa a molti incompleta o, meglio, inadeguata ai fini della garanzia di uno degli interessi principali del cittadino europeo e dell'essere umano in generale. Cercando di tamponare questa situazione di malcontento generale il Consiglio d'Europa ha

¹⁰ Il Consiglio d'Europa è stato istituito il 5 maggio 1949. Si compone del Comitato dei Ministri, l'organo esecutivo, con sede a Strasburgo del quale fanno parte tutti i Ministri degli esteri di ciascun Stato membro; dell'Assemblea parlamentare, l'organo consultivo, composta da 281 rappresentanti dei parlamenti nazionali di ciascun Stato membro; del Congresso delle autorità locali e regionali europee il quale deve supportare i Paesi di recente democrazia nell'istituire governi efficienti; e del Segretariato generale, l'organo amministrativo.

¹¹ La Convenzione europea di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali è stata firmata a Roma il 4 novembre 1950 e ratificata dall'Italia con legge 4 agosto 1955, n. 848.

¹² C. E. Gallo, B. Pezzini, *op. cit.*, p. 61.

adottato nel 1961 la *Carta sociale europea*¹³ (CSE) la quale prevede espressamente il diritto alla salute. Si è detto infatti che tale Carta volesse essere un completamento della CEDU.

Tuttavia non è possibile in nessun modo equiparare il valore della garanzia della tutela del diritto alla salute della CSE a quello della CEDU: infatti solo la CEDU (la quale come è stato detto non prevede alcuna previsione esplicita circa il diritto alla tutela della salute) prevede un meccanismo di garanzia, ovvero di giustizia convenzionale. In questo modo il diritto alla salute non viene tutelato proprio nello strumento nel quale ottiene una previsione garantistica specifica. In conclusione, mediante la CEDU il diritto alla salute sarà tutelabile solo in negativo, ovvero facendo valere nei casi che lamentano la violazione di uno dei diritti fondamentali l'interesse della salute pubblica.

Un'altra Convenzione in materia ratificata dagli Stati membri del Consiglio d'Europa nel 1997 è la *Convenzione sui diritti umani e la biomedicina*¹⁴.

In tale Convenzione l'interesse scientifico è totalmente subordinato al benessere psicofisico dell'essere umano e viene imposto agli Stati contraenti l'obbligo di fornire cure di qualità nel rispetto di standards professionali adeguati (artt. 3 e 4).

All'art. 26 della medesima Convenzione troviamo la clausola relativa all'inammissibilità di restrizioni ai diritti espressi dalla Convenzione, a meno che esse non siano dovute a motivi di pubblica sicurezza, prevenzione del crimine, protezione della salute pubblica.

Per quanto concerne, invece, la tutela del diritto alla salute da parte dell'Unione Europea, si deve considerare che essa ha un ruolo più marginale poiché il suo intervento si rivolge prevalentemente agli obiettivi di integrazione economica e monetaria.

Il suo impegno si configurerebbe come un'azione di completamento delle politiche nazionali circa la tutela della salute, attraverso politiche che si prefiggono il miglioramento della salute pubblica, lo sviluppo di operazioni di prevenzione delle malattie facilmente trasmissibili che siano adeguate e su vasta scala e l'eliminazione delle potenziali fonti di pericolo per la salute umana, ad esempio nel luogo di lavoro o negli alimenti, in conformità con l'art. 168 del TFUE¹⁵.

¹³ La Carta sociale europea è stata firmata a Torino il 18 ottobre 1961. E' entrata in vigore il 26 febbraio 1965 ed è stata successivamente emendata con un protocollo il 21 ottobre 1991.

¹⁴ La Convenzione sui diritti umani e la biomedicina è stata firmata ad Oviedo il 4 aprile 1997 ed è entrata in vigore il 1 dicembre 1999.

¹⁵ Il Trattato sul funzionamento dell'Unione europea ha sostituito il precedente Trattato che istituisce la Comunità europea (TCE) in seguito al Trattato di Lisbona del 13 dicembre 2007, entrato in vigore il 1 dicembre 2009.

A proposito degli strumenti a disposizione delle istituzioni comunitarie per raggiungere l'obiettivo prefissato, è necessario ricordare la comunicazione della Commissione COM(93) 559 del 24 novembre 1993 la quale indica le questioni sanitarie che gli Stati membri devono affrontare e fissa i principi dell'azione comunitaria.

Innanzitutto, secondo il principio di sussidiarietà che governa la materia (art. 3B Trattato CE), la Comunità avrà il ruolo di coordinatrice dell'azione nazionale e sarà suo compito favorire lo scambio di conoscenze, competenze e materiali necessari; inoltre, nella sua azione dovrà tenere conto delle differenze culturali ed economiche degli ambiti di riferimento e comunque dovrà sempre lasciare libera la collettività di decidere mediante processi democratici di garantire essa stessa una situazione in cui il singolo individuo possa assumere le proprie libere scelte legate a una questione che riguarda direttamente la propria persona.

Tuttavia, oltre allo strumento delle comunicazioni che indirizzerebbero gli Stati membri verso le corrette politiche da applicare a livello nazionale e coordinerebbero le varie azioni degli Stati costruendo così un quadro europeo quanto più possibile omogeneo riguardo le politiche attuate di tutela della salute, le istituzioni comunitarie si avvalgono anche dei programmi pluriennali relativi a determinati settori prioritari di intervento. Esempi di programmi pluriennali recenti sono stati quello rivolto al cancro, all'AIDS e ad altre malattie trasmissibili.

Diverse sono state anche le Carte elaborate dal Parlamento europeo, quali la *Carta europea dei diritti del paziente*¹⁶, la *Carta europea dei diritti dei bambini in ospedale*¹⁷, la *Carta europea dei diritti della partorientente*¹⁸.

Tuttavia in materia di tutela del diritto alla salute la competenza primaria rimane a livello statale e sono dunque i Ministri della sanità dei diversi Stati membri a possedere un potere molto rilevante riguardo all'attuazione delle politiche sanitarie.

Sono inoltre da ricordare la *Convenzione europea di assistenza sociale e medica* dell'11 dicembre 1953, ratificata e resa esecutiva con legge n. 385/1958; la *Carta sociale europea* del 18 ottobre 1961, ratificata e resa esecutiva con legge n. 929/1965 e con legge 9 febbraio 1999 n. 30; e il *Regolamento n. 1231/2010* del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 novembre 2010 che estende il *Regolamento CE n. 883/2004* e il *Regolamento CE n. 987/2009*

¹⁶ Risoluzione del 19 gennaio 1984, in GUCE C 46 del 20 febbraio 1984.

¹⁷ Risoluzione del 13 maggio 1986, in GUCE C 148 del 16 giugno 1986.

¹⁸ Risoluzione dell'8 luglio 1988, in GUCE C 235 del 12 settembre 1988.

ai cittadini di Paesi terzi ai quali tali regolamenti non siano già applicabili unicamente a causa della nazionalità.

Più specificamente relative all'ambito della salute migrante sono alcune recenti risoluzioni dell'Unione Europea. La prima di queste, dal titolo *Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea*, approvata dal Parlamento Europeo, invita ogni Stato membro dell'Unione

«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»,

rivolgendo inoltre una particolare attenzione a donne in gravidanza e bambini, facendo in modo che abbiano garantita la protezione sociale indipendentemente dal loro status giuridico. La Conferenza Europea *Health and Migration in the UE. Better Health for all in an inclusive society* promosso dalla Presidenza del Consiglio d'Europa ha invece invitato gli Stati membri a mettere in atto una politica di integrazione a trecentosessanta gradi nei confronti dei migranti, provvedendo alla casa, al lavoro, alla scuola, all'accoglienza, all'inclusione sociale, la quale deve passare anche attraverso la garanzia della possibilità di accesso alle prestazioni socio-sanitarie.

Ancora, la *Dichiarazione di Bratislava* sulla salute, i diritti umani e le migrazioni insiste a sua volta sull'accessibilità per gli stranieri ai servizi sanitari dei Paesi membri:

«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».

Dall'Europa perciò arriva un incoraggiamento alle politiche sanitarie nazionali, affinché consentano pari opportunità di accesso per tutti, nella convinzione che le politiche sanitarie possano fare la differenza nell'inserimento degli immigrati e nella creazione di una società più accogliente e integrante.

1.3 Il concetto di salute in Italia

1.3.1 La dottrina pubblicistica

Nei primi decenni del XX secolo la nozione di tutela della salute in Italia è considerata in chiave essenzialmente *pubblicistica*, in perfetta adesione al permeante liberismo individualistico dell'epoca.

Ne consegue direttamente che l'intervento dello Stato in campo sanitario si configurava come *limitato e strumentale*.

Non era previsto infatti alcun dovere da parte dello Stato di provvedere al mantenimento dello stato di salute dell'individuo,

«non essendo compito dello Stato di surrogarsi all'individuo e di provvedere a tutti i bisogni di lui»¹⁹.

E' diretta espressione di questa linea di pensiero la definizione di salute approvata dalla dottrina del tempo come *assenza di malattia*: lo Stato, di conseguenza, mirava a curare l'individuo dall'evento morboso in atto o, al massimo, ad avviare delle minime strategie preventive quali la vaccinazione, ma non si preoccupava in nessun caso di migliorare e sviluppare ulteriormente il quadro complessivo di salute di un corpo già sano.

Al contempo, tuttavia, lo Stato auspicava il migliore stato di salute possibile per la propria popolazione poiché una realtà sociale in cui le malattie non sono diffuse è in grado di offrire allo Stato medesimo un numero elevato di soggetti sani, sull'efficienza dei quali lo Stato costruisce la propria produzione, il proprio progresso e, in definitiva, la propria potenza.

La salvaguardia della salute pubblica diviene così la preoccupazione principale per lo Stato il quale indirizzerà in questo periodo le proprie politiche sanitarie al mantenimento dell'ordine pubblico cercando di arginare i potenziali danni arrecati al corpo sociale che potrebbero provenire da alcuni individui malati²⁰, sia fisicamente che psichicamente.

Il fine perseguito è l'ottenimento di una società quanto più possibile *libera da malattie*, quindi *sana e produttiva*. L'individuo malato non produce ed è potenzialmente una minaccia per gli altri individui; addirittura, con il radicamento dell'ideologia fascista, verrà additato come responsabile del deperimento della razza.

¹⁹ F. Cammeo, *Diritto amministrativo italiano*, Milano, 1905, p. 213.

²⁰ C. E. Gallo, B. Pezzini, *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998, pp. 7-8.

Perciò tutti coloro i quali potrebbero non rientrare in questo sistema atto a *massimizzare il rendimento dei corpi*²¹ sono necessariamente curati o esclusi²², così da non poter più inceppare il normale ingranaggio della c.d. *società dei sani*²³.

Ne discende quindi che

«quando la legge limita la libertà individuale, il fine è sempre quello di salvaguardare un interesse non tanto sostanzialmente diffuso nel corpo sociale, quanto formalmente imputato all'ente pubblico»²⁴.

1.3.2 L'articolo 32 della Costituzione della Repubblica: il punto di svolta

Il punto di svolta nell'intendere la salute e la sua relativa tutela avviene all'interno del contesto democratico e solidaristico di stesura della Costituzione della Repubblica quando finalmente si comincia a guardare alla salute come un diritto fondamentale dell'uomo e interesse per tutto il contesto sociale in cui egli si trova a vivere.

Si configura così nell'immediato dopoguerra il passaggio da una concezione autoritaria e produttivistica dello Stato ad una personalistica e partecipativa in cui si annovera la salute tra i presupposti basilari della crescita del singolo individuo ma anche del contesto sociale in cui egli sviluppa ed esprime la propria personalità²⁵.

L'articolo 32 della Costituzione racchiude le due differenti accezioni nelle quali si intende il diritto alla salute, ovvero il *diritto alla difesa dell'integrità psico-fisica della persona umana* di fronte a potenziali danni arrecati da terzi, il quale si configurerebbe come un obbligo *erga omnes* direttamente garantito dalla Costituzione (*diritto di libertà*); e il *diritto alla percezione di prestazioni positive da parte della Repubblica italiana per la tutela della salute*²⁶ (*diritto a prestazioni*).

L'enunciazione costituzionale del diritto alla salute all'art. 32, 1° comma, conferisce a tale diritto valore di principio programmatico nel quale la tutela della salute è considerata oggetto

²¹ Cfr. M. Foucault, *Sorvegliare e punire*.

²² A proposito, è doveroso il riferimento alla legge manicomiale del 1904 (*Legge 14 Febbraio 1904, n.36. Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati.*), espressione del carattere strumentale della tutela pubblicistica della salute.

²³ F. D. Busnelli, U. Breccia, *Il diritto alla salute*, Bologna, 1979, p. XI.

²⁴ *Ivi*, p. 3.

²⁵ *Ivi*, p. 14.

²⁶ D. Morana, *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, 2002, pp. 1-3.

di tutela da parte della Repubblica italiana. E' inoltre considerato diritto fondamentale dell'individuo e allo stesso tempo interesse della collettività.

La tutela della salute grazie alla Costituzione diviene dunque *funzione dello Stato*.

In questo modo, tuttavia, viene anche lasciata un'estrema discrezionalità al legislatore nel gestire e amministrare le modalità di erogazione delle prestazioni e dei servizi: dallo strumento legislativo, infatti, viene indicato solo il *fine* da perseguire, ovvero la tutela della salute, ma non quali debbano essere i mezzi e gli strumenti da utilizzarsi per raggiungerlo.

La Costituzione non invoca espressamente la necessità della presenza di un apparato pubblico per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e di conseguenza conferisce massimo potere al legislatore nel ripartire ruoli e competenze tra pubblica amministrazione ed enti privati²⁷.

Il 2° comma dell'art. 32 Cost. riguarda l'imposizione di trattamenti sanitari obbligatori, ovvero le autonome determinazioni di volontà di ciascun soggetto inerenti al se, come e quando adottare trattamenti sanitari per la propria persona, intesi come interventi di prevenzione, cura o riabilitazione, tutti mezzi per raggiungere l'obiettivo auspicato, cioè la tutela della salute.

Tale secondo comma rappresenta il punto di intersezione tra i due obiettivi specificati dall'art.32: la tutela della salute come interesse della collettività e la tutela della salute come interesse individuale. Viene sancito il principio secondo il quale un individuo possa scegliere se curarsi o meno in base alla propria volontà ma anche il principio in base al quale la tutela della salute è diritto e interesse della collettività in quanto somma di individui e quindi somma di volontà individuali.

Dall'enunciazione del 2° comma dell'art.32 Cost. l'interesse collettivo alla tutela della salute non rappresenta più, come nel secolo precedente, l'interesse della collettività ad essere composta da individui sani in un'ottica di efficienza produttiva e mantenimento dell'ordine pubblico, bensì *l'interesse di tutti i membri della società a difendere la propria salute*.

In questo senso perciò l'interesse collettivo è la somma degli interessi individuali potenzialmente in conflitto con l'autodeterminazione del singolo e l'intervento curativo può assumere contemporaneamente il ruolo di *mezzo diretto* di tutela della salute per quanto concerne l'individuo che si autodetermina in base alle proprie scelte e quello di *mezzo*

²⁷ C. E. Gallo, B. Pezzini, *op. cit.*, pp. 10-11.

indiretto di tutela della salute degli altri individui non coinvolti direttamente nel trattamento e perciò privi del potere/capacità di scegliere riguardo al trattamento stesso²⁸.

Perciò l'interesse collettivo dà facoltà al legislatore di comprimere la libertà di scelta individuale assumendo decisioni in nome della tutela degli interessi degli individui terzi che non hanno potere di scelta in merito alla questione non avendo interessi individuali.

Resta in ogni caso che la dignità della persona

«costituisce il limite non valicabile per individuare le misure di protezione della salute dei terzi che possono essere imposte»²⁹.

1.3.3 Le difficoltà applicative

Nonostante l'enunciazione costituzionale del diritto alla salute incarnasse lo spirito solidaristico e universalistico tipico del dopoguerra e del periodo post-fascista in Italia, molto tempo dovette trascorrere perchè tale principio raggiungesse un'effettiva applicazione ed ispirasse le scelte operative del mondo sanitario e politico italiano.

L'ostacolo maggiore e causa di questo ritardo fu la mancata acquisizione da parte della coscienza collettiva del principio di tutela della salute in quanto diritto fondamentale dell'essere umano.

E' possibile riscontrare tale tendenza già nel corso dei lavori dell'Assemblea costituente, durante i quali si scontrarono due scuole di pensiero di segno opposto: da un lato, chi percepiva l'affermazione del diritto alla salute come superflua e senza ragione di esistere in una Carta costituzionale in quanto non appartenente né ai diritti di libertà né ai diritti sociali, posizione perciò a favore della soppressione dell'intero art. 32; dall'altro, gli onorevoli che ritenevano indubbio che le condizioni di salute della popolazione fossero da considerarsi diritti sociali a tutti gli effetti in quanto la salute costituirebbe il primo requisito essenziale per la libertà dell'individuo e auspicavano un'affermazione del diritto alla salute nella Carta costituzionale che potesse essere la base per l'eliminazione delle radicate disparità di salute presenti nel Paese³⁰.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Ivi*, p. 39.

³⁰ U. Breccia, F. D. Busnelli, *op. cit.*, pp. 14-17.

Inoltre, la stessa giurisprudenza continuerà per molto tempo a riflettere la concezione di uno Stato che difende se stesso dal malato, dall'anomalo, come nel vecchio concetto di salute, o meglio di sanità, dello Stato liberale.

Nei manuali stessi di diritto amministrativo dell'epoca non ci si riferiva al diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo ma si faceva riferimento solo alla *sanità* di una persona, la quale veniva considerata

«un fine non essenziale dello Stato unitamente al benessere economico ed al progresso intellettuale e morale»³¹.

Altrettanta responsabilità ha avuto nella questione la dottrina civilistica, la quale considerava la tutela della salute come interesse pubblicistico e non concernente i rapporti tra privati. Così il fine della tutela della salute diventava la sola conservazione o reintegrazione dell'integrità fisica in quanto

«intesa non come valore in sé ma come “bene strumentale al perseguimento di finalità ritenute essenziali per lo Stato”»³².

Come si poteva dedurre dalle differenti sensibilità nei confronti del nascente diritto alla tutela della salute in ottica democratica, i principi enunciati dalla Costituzione diedero i loro frutti solo più tardi, con l'affermarsi di uno Stato di tipo sociale-interventista che provvedesse esso stesso al benessere di tutti i propri cittadini sulla base dei principi di uguaglianza e libertà.

Il pensiero contemporaneo della transizione a questo nuovo modello di Stato che porterà alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale è chiaramente espresso nella seguente considerazione di Costantino Mortati³³ :

«L'istanza fatta progressivamente valere dalla coscienza sociale è rivolta ad ottenere che all'uguaglianza formale di tutti i cittadini avanti la legge proclamata dalla rivoluzione francese, si aggiunga un'uguaglianza sostanziale, tale cioè da mettere ogni uomo nelle condizioni di esplicitare pienamente le capacità in esso racchiuse, senza subire gli ostacoli dovuti all'assetto sociale. La realizzazione di tale istanza comporta una sostanziale trasformazione del modo di intendere i fini e i

³¹ *Ivi*, p. 19.

³² D. Morana, *op. cit.*, p. 11.

³³ Costantino Mortati (Corigliano Calabro, 27 dicembre 1891 – Roma, 25 ottobre 1985) tra i più autorevoli giuristi italiani del XX secolo, fu giurista e costituzionalista.

limiti dell'azione dello Stato, dato che, com'è chiaro, senza l'intervento dei pubblici poteri non si potrebbe giungere al risultato di consentire a tutti l'effettivo esercizio dei diritti»³⁴.

1.3.4 Il Servizio Sanitario Nazionale

E' dagli anni Settanta del secolo scorso che la giurisprudenza giunge finalmente a considerare il diritto alla salute come diritto assoluto e fondamentale della persona umana.

In realtà è la nozione medesima di salute che in questi anni comincia ad assumere significati diversi, o meglio, ulteriori: essa infatti si estende dalla sfera meramente biologica e fisica a quella sociale e relazionale. Anche il concetto di tutela tende ad espandersi, fino a non riferirsi più solamente al mantenimento dell'integrità psicofisica della persona, ma anche alla promozione e allo sviluppo ulteriore di questa stessa integrità³⁵.

Ecco dunque che dalla percezione della salute come stato di assenza di malattia, peculiare del secolo precedente, si passa a un concetto di salute non solo biologico ma anche eticamente e socialmente connotato. Ne consegue che se nel passato si mirava a curare l'evento morboso quando si era già manifestato o al più a prevenire l'insorgenza di alcune malattie e la loro diffusione, dagli anni Settanta del XX secolo si guarda allo stato di salute come un *equilibrio tra ambito fisico e psichico*, equilibrio che dipende anche dal *contesto relazionale* in cui la persona viene a trovarsi.

Per questo motivo grande rilevanza assumono fattori come il luogo di lavoro e tutti gli ambienti di vita, in quanto contesti in grado di influenzare la salute dell'individuo.

Di conseguenza in questo periodo si nota un evidente incremento delle misure di tipo preventivo e riabilitativo volte ad assicurare condizioni di equilibrio ambientale anche qualora non sussistesse evento morboso in atto.

Ne discende che

«l'esistenza della salute debba essere individuata con riferimento “non più soltanto alla situazione momentanea (e perciò incerta) dell'essere fisico o psico-fisico dell'individuo, ma alla sfera esterna in cui questi si muove, vive e lavora [...] e che costituisce il principale fattore condizionante del mantenimento o della perdita, nel futuro talora anche immediato, dello stato di salute”»³⁶.

³⁴ C. Mortati, *Istituzioni di diritto pubblico*, Padova, 1952, p. 130.

³⁵ D. Morana, *op. cit.*, p. 16.

³⁶ *Ivi*, p. 18.

Questa svolta nell'intendere la salute si concretizza negli anni '70 con i primi progetti di *riforma sanitaria* volti ad azzerare lo squilibrio finora esistente tra momento curativo e momento preventivo e riabilitativo.

Da questo momento la legislazione anche non strettamente sanitaria comincia ad operare a favore della tutela della salute sul lavoro, dell'igiene e dell'alimentazione³⁷.

Esempi ne sono la Legge 20 maggio 1970, n. 300, il c.d. *Statuto dei lavoratori*, volto a promuovere il diritto dei lavoratori ad operare in un ambiente salubre e rispettoso della loro salute psicofisica; la Legge 22 dicembre 1975, n. 685 concernente la disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope che sottolinea l'importanza di un intervento riabilitativo nei confronti di coloro che facciano uso personale e non terapeutico di tali sostanze; la Legge 29 luglio 1975, n. 405 sull'istituzione dei Consultori familiari e la Legge 22 maggio 1978, n. 194 riguardante le norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza; o ancora la Legge 11 novembre 1975, n. 584 sul divieto di fumare sui mezzi di trasporto pubblico.

Per quanto attiene invece alle riforme dell'organizzazione sanitaria, l'opera di trasformazione comincia dall'emanazione di due leggi fondamentali: la Legge 13 marzo 1968, n. 132 con la quale l'ente ospedaliero non possiede più carattere caritativo come nel passato e viene considerato come strumento essenziale "per la difesa attiva della salute" (art. 2) ; e la Legge 18 marzo 1968, n. 431 che scardina l'antico intento custodialistico del malato di mente puntando principalmente sull'aspetto terapeutico dell'intervento e introduce la possibilità per l'individuo del ricovero volontario all'interno di un ospedale psichiatrico.

Nel 1978 si arriva alla *legge quadro istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale* (SNN), la quale si presenta come spartiacque all'interno del quadro delle politiche sanitarie: fino a questo momento la struttura sanitaria pubblica separava l'igiene e la sanità pubblica (gestita dal Ministero, prima dell'Interno e dal 1958 della Sanità) dall'assistenza sanitaria rivolta ai singoli, erogata da una costellazione variegata di enti ospedalieri, previdenziali e mutualistici, sistema che, peraltro, lasciava dubbi di costituzionalità riguardo al frazionamento delle prestazioni e delle competenze, all'utilizzo delle risorse finanziarie e alla disparità di trattamento dei destinatari delle prestazioni.

La Legge 23 dicembre 1978, n. 833 imprime una svolta di impostazione configurando

³⁷ U. Breccia, F. D. Busnelli, *op. cit.*, pp. 23-26.

«un servizio sanitario nazionale articolato sulla base dei principi di *globalità* delle prestazioni, di *universalità* dei destinatari, di *uguaglianza* di trattamento»³⁸.

Da questa legge di riforma, la salute, individuale e collettiva, è tutelata per mezzo del servizio sanitario nazionale, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana (art. 1). Tale tutela si esplica nei tre differenti momenti di: *promozione, mantenimento e recupero della salute*, perfettamente in linea con la rivoluzione di pensiero che ha investito in questi anni la concezione del diritto alla salute³⁹.

Per quanto riguarda la gestione della tutela della salute, invece, la legge quadro unifica sul piano legislativo la materia sanitaria di tutto il territorio nazionale, mentre decentra in senso territoriale l'organizzazione sanitaria: gli organi centrali possiedono funzioni di *indirizzo e coordinamento* delle attività amministrative delle Regioni (art. 5), mentre gli enti territoriali, ovvero Regioni e Comuni, detengono l'*esercizio* delle funzioni amministrative concernenti le materie loro delegate o subdelegate (art. 7).

Tale assetto è stato pensato nell'ottica di conferire uniformità d'intervento in materia sanitaria tra Regione e Regione, fino ad ora inesistente.

1.3.5 La tutela della salute degli immigrati in Italia

Sulla base dell'enunciazione costituzionale del diritto alla salute oggi in Italia è garantito a *ciascun individuo*, almeno in via teorica, il diritto alle prestazioni sanitarie.

La Costituzione ha saputo infatti individuare nel diritto alla salute uno dei diritti fondamentali dell'essere umano per il cui godimento *non rileva il criterio della cittadinanza*: essa non può diventare perciò un fattore escludente dal diritto alla salute per coloro che non siano italiani.

La Corte costituzionale ricorda infatti che

³⁸ C. E. Gallo, B. Pezzini, *op. cit.*, p. 13.

³⁹ U. Breccia, F. D. Busnelli, *op. cit.*, p. 31.

«l'assistenza sanitaria ha natura di servizio pubblico che corrisponde ad un diritto pieno e incondizionato della persona e perciò la cittadinanza non rileva ai fini della posizione di utente dei servizi sanitari»⁴⁰.

Inoltre, ancora secondo i dettami dell'art. 32 Cost., il diritto alla salute per gli stranieri è sancito ulteriormente dalla seconda accezione nella quale si intende il diritto alla salute in Italia, ovvero come interesse per la collettività.

Proprio in questo senso, infatti, la Costituzione utilizza il termine “individuo” per indicare la persona umana senza distinzioni di cittadinanza, possibilità economiche, condizione giuridica. Il diritto alla salute è perciò tutelato come diritto fondamentale di *chiunque si trovi all'interno dei confini della Repubblica*.

Tale indirizzo è sicuramente in linea con la *ratio* generale della Costituzione e agisce secondo una logica di tutela e prevenzione collettiva poiché tutelando il singolo individuo si tutela il benessere stesso della società intera. Per raggiungere questo fine l'art. 53 Cost. prevede che ogni cittadino debba compartecipare alla spesa sostenuta dallo Stato attraverso un gettito contributivo differenziato in base al reddito.

La domanda che a questo punto sorge spontanea è quanta aderenza ci sia di fatto tra gli indirizzi giurisprudenziali e la prassi operativa, ovvero fino a dove e in che modo il diritto alla salute degli stranieri in Italia sia tutelato effettivamente e se davvero la condizione giuridica dello straniero non rilevi ai fini della tutela della salute.

2. La domanda attuale di salute dell'immigrato in Italia

In questo secondo capitolo si tenterà di analizzare quale sia la richiesta di salute attuale della popolazione immigrata nel nostro Paese, ovvero quali siano le circostanze di salute degli immigrati che si trovano e lavorano entro i confini della Repubblica.

Innanzitutto si presenterà il sistema della disuguaglianza razziale, nuova arrivata tra le disuguaglianze attive nel Belpaese (§ 2.1), la quale si offre come base imprescindibile per analizzare il gioco complesso di disuguaglianze e discriminazioni che convergono nella persona dell'immigrato.

⁴⁰ B. Nascimbene, *Diritto degli stranieri*, Padova, 2004, p. 974.

Successivamente si analizzerà la realtà delle disuguaglianze di salute presenti nel nostro Paese, create e mantenute dalle cosiddette determinanti sociali e aggravate dalla crisi del sistema di welfare (§ 2.2).

Si concluderà, infine, col delineare il profilo di salute degli immigrati in Italia (§ 2.3), tentando di far luce sulla loro situazione epidemiologica in quattro ambiti quali la salute sul luogo di lavoro, la salute femminile in relazione alla maternità, il disagio psichico e la salute infantile.

La panoramica che se ne ricaverà risulterà essere il punto di partenza per introdurre le misure messe in atto dalle politiche per la salute e dal sistema di welfare a vantaggio della componente immigrata italiana e per poter valutare se tale offerta di salute (e di sanità) soddisfi effettivamente la domanda attraverso la comparazione tra prassi e diritto (cap. III).

2.1 Le disuguaglianze e le politiche di discriminazione concernenti gli immigrati in Italia

La condizione di salute degli immigrati in Italia necessita obbligatoriamente di essere inclusa nella cornice più ampia delle disuguaglianze presenti attualmente nel nostro Paese, si tratti di disuguaglianze di reddito⁴¹, di razza⁴², di salute⁴³, di genere⁴⁴, di status giuridico⁴⁵.

Una larga fetta della letteratura in materia ha assodato come vi sia di fatto una stretta e continua interazione tra i diversi profili di disuguaglianza e come i molteplici effetti di esse possano arrivare a sommarsi ed a influenzarsi a vicenda. Il risultato è la creazione di quello che è corretto denominare *sistema di disuguaglianze*.

Da trent'anni a questa parte, ovvero da quando i flussi migratori verso il nostro Paese hanno cominciato a farsi consistenti, è comparsa nel novero delle disuguaglianze la disuguaglianza razziale

46

In particolare questa disuguaglianza razziale o di nazionalità si presenta come *sistematica*, poiché possiede la prerogativa di mescolarsi alle disuguaglianze radicate da tempo in Italia, e

⁴¹ L. Cappellari, P. Naticchioni, S. Staffolani, *L'Italia delle disuguaglianze*, Roma, 2009.

⁴² P. Basso, F. Perocco, *Gli immigrati in Europa. Diseguaglianze, razzismo, lotte*, Milano, 2011.

⁴³ A. Genova, *Le disuguaglianze nella salute*, Roma, 2008.

⁴⁴ G. Priulla, *C'è differenza. Identità di genere e linguaggi: storie, corpi, immagini e parole*, Milano, 2013.

⁴⁵ M. Ferrero, F. Perocco, *Razzismo al lavoro. Il sistema della discriminazione sul lavoro, la cornice giuridica e gli strumenti di tutela*, Milano, 2011.

⁴⁶ F. Perocco, *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso italiano*, Milano, 2012.

si presenta anche come *multidimensionale*, poiché investe i diversi ambiti di vita delle persone immigrate, si tratti di lavoro, scuola, sfera giuridica, abitativa, salute ⁴⁷ . Si veda a tale proposito il caso paradigmatico dell'assistente domestica extra-comunitaria, lavoratrice irregolare per lo Stato italiano, chiamata a svolgere attività di cura presso il domicilio di un anziano⁴⁸ .

Essa oltre a essere costretta ad una quotidianità sacrificata all'altro, alla solitudine e dunque a una sorta di auto-esclusione sociale indotta, qualora rimanesse coinvolta in un incidente domestico preferisce non denunciare l'accaduto. La persona immigrata si ritrova in casi come quello appena esemplificato con le mani legate, impossibilitata ad agire a favore della propria salute in ragione delle conseguenze che potrebbero scaturirne: dagli insulti ai maltrattamenti, dalla disoccupazione alla denuncia all'espulsione.

Si percepisce dunque come sia semplice oggi nella vita di un immigrato, ma non solo, essere vittima di discriminazioni effettive che nascono da disuguaglianze intrecciate tra di loro a formare un sistema che individua in ogni singola persona molteplici motivi di discriminazione in base alle differenti "categorie" a cui essa appartiene: nel caso dell'immigrato, ad esempio, la discriminazione e l'esclusione agiscono in chiave razziale, giuridica, di genere e lavorativa. Ecco che, infatti, tra le categorie sociali a rischio di esclusione, quella degli immigrati mostra una correlazione particolarmente stretta tra esperienza di marginalità e compromissione dello stato di salute⁴⁹ .

Appare chiaro che se ogni individuo cittadino e non cittadino, immigrato e autoctono, risente nel suo percorso di vita di questa convergenza di disuguaglianze, la persona immigrata ne risente maggiormente in ragione del suo *essere* immigrato, causa della sua situazione di svantaggio ed esclusione nei diversi ambiti di vita.

Alla creazione della disuguaglianza razziale hanno concorso tre strutture della disuguaglianza o della stratificazione sociale⁵⁰: il *mercato del lavoro*, *l'ordinamento giuridico nazionale* e i *mass-media*.

⁴⁷ F. Perocco, *Immigrati e disuguaglianza lavorativa nel sistema delle disuguaglianze italiane in Immigrati: una risorsa in tempo di crisi, Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione*, Fondazione Leone Moressa, Bologna, 2012.

⁴⁸ G. Chiaretti, "Badanti", *mal da lavoro, mal da rapporti sociali, fronteggiamenti in C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro? Medici e sociologi a confronto*, Milano, 2005.

⁴⁹ Aa. Vv., *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, III, Milano, 2004, p. 35.

⁵⁰ F. Perocco, *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso italiano*, Milano, 2012, p. 83.

Prima di considerare questi tre fattori della disuguaglianza razziale cerchiamo di fornire il quadro dell'andamento degli *ingressi* nel nostro Paese, per poter mettere in relazione i diversi anni con i relativi accadimenti. Negli anni Settanta il numero di italiani che annualmente emigravano era superiore a quello degli stranieri soggiornanti. Da allora si è notato un rapido e costante incremento dei nuovi arrivi nel paese: circa 300.000 negli anni Ottanta, più che raddoppiati negli anni Novanta, circa 650.000, e ancora raddoppiati nel 2000 con oltre 1.340.000 presenze. Nel 2003 si sono superati i due milioni di presenze e, ad oggi, in Italia si contano 5.560.323 persone immigrate⁵¹: il nostro Paese è diventato così un grande paese di immigrazione, un'immigrazione che dimostra peraltro una forte tendenza all'insediamento stabile. Insieme alla Spagna il nostro Paese è lo Stato dell'Unione europea che mostra i più consistenti ritmi di aumento della popolazione immigrata. La peculiare collocazione geografica del nostro Paese, il quale presenta confini piuttosto estesi all'interno di un'area a forte pressione migratoria e una programmazione dei flussi debole e operativamente inefficace da parte delle nostre politiche rappresentano i fattori che determinano questo forte incremento della presenza immigrata in Italia⁵².

Sin dagli anni Settanta, anni in cui, l'abbiamo appena considerato, l'immigrazione straniera in Italia non era ancora considerata un fenomeno significativo numericamente e nemmeno in termini di "pericolo", gli immigrati in Italia sono stati relegati nelle mansioni o nei *lavori più insalubri, sottopagati, precari, a forte tendenza di sommerso e meno tutelati*. Ci si riferisce qui ai lavori nelle campagne come braccianti stagionali in Sicilia e Campania, nei servizi a bassa qualifica nelle grandi città della penisola, nell'edilizia, nella vendita ambulante e nel settore turistico-alberghiero sulle coste italiane, ma anche alla forte concentrazione di manodopera immigrata nei ranghi più bassi del lavoro di fabbrica, ovvero come manovali o operai generici, soprattutto in seguito alla migrazione di massa dal Sud al Nord d'Italia avvenuta negli anni Novanta che ha segnato il passaggio dall'ambulante e dall'agricoltura al lavoro nelle piccole e medie industrie e imprese. Questa situazione ineludibile di subalternità ha perpetrato e cronicizzato nei decenni l'equivalenza lavoratore immigrato-sfruttamento e si può così ancora oggi contare su una manodopera precaria, irregolare, senza diritti, mal alloggiata e mal pagata che di conseguenza è pronta a subire di tutto, è facilmente ricattabile e senza pretese: questi, infatti, sono i tratti caratteristici del lavoro immigrato. Si può facilmente

⁵¹ Dato Istat, Archivio "Immigrati e nuovi cittadini".

⁵² M. Ardigò, S. Geraci, M. Marceca, *Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze in A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, Pisa, 2006, p. 295.

immaginare, tra l'altro, come questa realtà abbia implicato un'espansione ulteriore nel nostro Paese dell'economia sommersa.

Per quanto riguarda poi lo *status giuridico dell'immigrato* sancito dal nostro ordinamento interno, siamo passati da una fase in cui non si voleva vedere il problema della mancanza di diritti e regolarizzazione degli immigrati a una fase, odierna, in cui le politiche migratorie e il diritto hanno istituito meticolosamente tutti quei meccanismi di stampo repressivo e proibizionista per regolarizzare l'entrata di migranti nel nostro Paese. Vediamo di seguito il percorso legislativo in materia, sul quale è necessario soffermarsi per darne un'idea esaustiva. Nella prima fase del processo immigratorio, l'unica legge italiana di riferimento al riguardo era il *Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza* del 1931 (TULPS)⁵³ che vedeva l'immigrato come un nemico interno e che influenzerà con questa vena tutte le politiche e leggi successive. In questi anni e fino al 1990, l'Italia ha approntato un sistema di gestione dell'affare immigrazione totalmente peculiare e illogico, ovvero ha sancito una netta divisione tra diritto per i cittadini italiani e diritto per gli stranieri. Ai cittadini venne riservato il diritto canonico, composto da leggi, mentre agli immigrati si diressero le circolari amministrative, norme di rango inferiore e portatrici di una grande discrezionalità, socializzando così la concezione che queste genti non fossero degne di un diritto pari a quello dei cittadini e composto da norme di rango primario. Ecco dunque che per vent'anni in Italia sono stati in vigore due regimi paralleli di applicazione del diritto, fatto che ha incentivato il permanere oggi di un *diritto speciale* per gli immigrati e anche di una certa *rappresentazione mentale e sociale* della persona immigrata da parte del cittadino italiano medio.

Nel 1990, coerentemente alla ratifica di Schengen, ovvero l'atto istitutivo della fortezza Europa, viene emanata la cosiddetta *Legge Martelli*, la legge 39/1990⁵⁴. Questa ha introdotto il decreto flussi triennale o annuale il quale sancisce il numero massimo di ingressi per lavoro consentiti nel Paese, ma per diversi anni non ne è stato emanato alcuno oppure ha previsto un numero di ingressi piuttosto esiguo. E' ovvio come tale strategia comporti un enorme incremento dell'immigrazione attraverso canali "irregolari" (immigrazione *undocumented*) e dell'assunzione in occupazioni del settore del sommerso. Gli strumenti per la regolazione di questi ingressi vennero individuati nell'espulsione amministrativa, nella chiamata nominativa e nel presupposto che dovesse esistere un contratto stipulato tra datore di lavoro e persona

⁵³ Il *Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza* (TULPS) è un testo unico emanato con il R.D. 6 novembre 1926 n. 1846, approvato con regio decreto 18 giugno 1931 n. 773.

⁵⁴ Legge 28 febbraio 1990, n. 39.

immigrata *prima* dell'entrata in Italia. Inoltre, con tale legge si è avviato l'iter burocratico per l'autorizzazione all'ingresso da parte del datore di lavoro: in questo modo la persona immigrata non viene considerata titolare del diritto *soggettivo* a richiedere per sé il permesso di soggiorno, ma anzi la sua posizione viene rovesciata in quella di *oggetto* di un diritto altrui. Queste novità hanno contribuito a radicare la condizione di asservimento e precarietà degli immigrati, costringendoli a vivere nell'attesa di una sanatoria o di un decreto flussi nella speranza di poter essere regolarizzati e diventare almeno parzialmente detentori di diritti per lo Stato italiano e, nel frattempo, a passare obbligatoriamente attraverso canali non regolari. Nel 1998 viene emanata la cosiddetta legge *Turco-Napolitano*, la legge 40/1998⁵⁵, salutata come una novità e come una grande opportunità per dare consistenza organica a una disciplina in materia di immigrazione. E se alcuni effetti positivi ci sono stati, soprattutto sul piano dei diritti sociali e culturali, tale legge ha avuto comunque l'effetto generale di istituzionalizzare le due diverse e opposte categorie di regolari e irregolari, i primi ammessi a soggiornare sul suolo della Repubblica e al godimento dei diritti, i secondi no. Tuttavia la conseguenza probabilmente più rilevante della *Turco-Napolitano* è stata l'introduzione del *legame inscindibile tra lavoro, soggiorno e alloggio*. Ancora, perciò, l'immigrato viene costretto a passare per la tappa della clandestinità e sarà ammesso ad un'eventuale regolarizzazione solamente a discrezione del datore di lavoro. In più, da questo punto, per essere ammesso al godimento dei diritti offerti dallo Stato dovrà soddisfare anche il requisito del possesso di un alloggio idoneo, sarebbe a dire una sorta di lotta contro i mulini a vento se si pensa al mercato immobiliare italiano prettamente destinato agli immigrati. Ne risulta evidente come in questo modo si sia facilitata di fatto anche la possibilità di ricaduta nella clandestinità qualora uno dei tre pilastri lavoro-soggiorno-alloggio dovesse mancare; eventualità che, tenendo conto dello stato di precarietà esistenziale degli immigrati, è tutt'altro che rara. In questo caso il permesso di soggiorno non potrebbe essere rinnovato e ricomincerebbe per l'immigrato il cammino estenuante e irto di ostacoli verso la regolarizzazione. Inoltre, tale legge ha introdotto la frammentazione delle tipologie di permesso di soggiorno e la pluralizzazione della durata dei permessi di soggiorno, completando così la stratificazione dello status giuridico dell'immigrato nell'ottica di una gerarchia della precarietà che verrà poi istituzionalizzata e acuita dalla legge Bossi-Fini.

⁵⁵ Legge 6 marzo 1998, n. 40.

Una domanda che può essere posta a questo punto è: quale sistema, quali esigenze permettono o anzi si adoperano affinché tale stato di cose venga mantenuto? E' necessario pensare che tale circostanza di subordinazione permanente giova innanzitutto alle imprese. Esse, infatti, da trent'anni a questa parte hanno potuto disporre di un'ingente quantità di manodopera a bassissimo prezzo che fosse disponibile a qualsiasi trattamento e a qualunque richiesta. Così è stato possibile introdurre nel mondo dell'impresa italiana i meccanismi della flessibilizzazione e della precarizzazione del lavoro, meccanismi che è stato poi facile applicare a cascata sul mondo del lavoro in generale: se infatti oggi gli immigrati sono i primi a risentire di queste manovre perché meno integrati nelle reti di supporto sociale e meno sindacalizzati, anche donne e giovani italiani devono fare i conti con contratti di lavoro caratterizzati da breve scadenza, scarsa valorizzazione del proprio profilo professionale, assorbimento di spazi e tempi di vita e stipendi minimi⁵⁶.

Con l'arrivo degli anni Duemila si ha l'impressione che le politiche e il diritto si inaspriscano ulteriormente nei confronti degli immigrati. Si sta parlando della legge 189/2002⁵⁷, la tanto discussa *Bossi-Fini*, fondata sull'imprescindibile subordinazione del soggiorno ad un rapporto di lavoro, il quale diventa l'unica condizione di legittimazione della legalità del soggiorno dell'immigrato. Se possibile, a questo punto l'immigrazione è diventata ancora più ricattabile, istituzionalizzando così la *clandestinità di massa*. Tuttavia, non è bastato creare la clandestinità di massa: si è voluto infatti *criminalizzarla* e gli effetti sugli immigrati sono stati un'immediata restrizione dei diritti e una fortissima precarizzazione a livello esistenziale. Tale legge inoltre ha ristretto i canali di ingresso regolari e ha rafforzato la dipendenza del lavoratore immigrato dal datore di lavoro. Attraverso l'emanazione di questa legge il governo italiano ha potuto di fatto fare propria l'esperienza già svizzera e tedesca del lavoro stagionale, ovvero del *Gastarbeiter*, legando la durata del permesso di soggiorno alla durata del contratto di lavoro. In questo modo la forza-lavoro immigrata ha potuto soddisfare il bisogno impellente del lavoro *just in time* tipico del lavoro stagionale e, al medesimo tempo, si è potuto disincentivare la stabilizzazione più o meno permanente degli immigrati in Italia. Così la durata del permesso di soggiorno in Italia è indissolubilmente legata a quella del contratto di lavoro e viene penalizzato il ricongiungimento familiare. Questa riproposta italiana del *Gastarbeiter* è avvenuta nel contesto di forte crisi economica e di capitalismo

⁵⁶ C. Morini, *Per amore o per forza. Femminilizzazione del lavoro e biopolitiche del corpo*, Verona, 2010.

⁵⁷ Legge 30 luglio 2002, n. 189.

flessibile: ciò ha aggravato ulteriormente le condizioni di questi lavoratori, scissi tra la rigidità della normativa sull'immigrazione e la flessibilità richiesta dalle dinamiche del mercato del lavoro⁵⁸. Come ha affermato Perocco:

«La legge 189/2002 ha formalizzato ciò che le leggi precedenti, le circolari amministrative, le prassi della pubblica amministrazione, avevano prodotto nei decenni passati, sancendo l'esistenza di una condizione di inferiorità giuridica, politica e sociale degli immigrati [...]»⁵⁹.

Il nostro excursus giuridico è giunto agli anni più recenti in cui troviamo il cosiddetto Pacchetto antiterrorismo del 2005 e il Pacchetto sicurezza del 2009. Col *Pacchetto antiterrorismo*⁶⁰ viene introdotta la nuova espulsione amministrativa per motivi di prevenzione del terrorismo, in relazione ai fatti dell' 11 settembre 2001. Si dà così l'avvio alla prassi di fermare, trattenere e perquisire degli individui semplicemente in base al loro profilo "razziale", ovvero qualora dimostrino tratti somatici altri da quelli autoctoni (c.d. *racial profiling*). Ecco quindi che la razza diviene indicatore di pericolosità e nuove forme di discriminazione razziale vengono legittimate dalla retorica del sospetto e della sicurezza.

Il *Pacchetto sicurezza*⁶¹ muove invece nella direzione dell'esplicitazione della criminalizzazione di *tutti* gli immigrati, tanto che si è parlato di passaggio

«da criminalizzazione esplicita a razzismo istituzionale»⁶².

Tale legge ha sancito un punto di svolta fondamentale nella politica migratoria italiana, il quale è consistito nell'introduzione del *reato di clandestinità*, da scontarsi con un trattenimento nei centri di identificazione ed espulsione, cosiddetti CIE, prolungato da due mesi a sei nel caso di mancata cooperazione al rimpatrio del cittadino da parte del Paese terzo. Oltre a ciò tale legge ha previsto la restrizione dei ricongiungimenti familiari, la limitazione di acquisto della cittadinanza per matrimonio, il permesso di soggiorno a punti (la cui perdita determinerebbe l'espulsione con accompagnamento alla frontiera).

Dalla criminalizzazione dell'immigrazione sono scaturite quelle pratiche tanto discusse attualmente quali i respingimenti di massa in mare e gli internamenti nei CIE, le quali violano

⁵⁸ M. Ferrero, F. Perocco, *op. cit.*

⁵⁹ F. Perocco, *op. cit.*, p. 102.

⁶⁰ Decreto Legge 27 luglio 2005, n. 144.

⁶¹ Legge 15 luglio 2009, n. 94.

⁶² M. Ferrero, F. Perocco

apertamente l'art. 10 Cost. e i fondamenti democratici sui quali si basa la nostra Repubblica. E tuttavia non solo: viene negato infatti un antichissimo diritto dei popoli, ovvero il diritto di emigrare, il cosiddetto *ius migrandi*⁶³.

Il diritto di emigrare, e conseguentemente di fare ingresso in un Paese diverso dal proprio, è stato teorizzato nel XVI secolo ed oggi si configurerebbe come un principio elementare del diritto internazionale consuetudinario, incluso per di più nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948 all'articolo 13, 2° comma⁶⁴ e anche nella nostra Costituzione, all'articolo 35, 4° comma⁶⁵. La contraddizione che risulta evidente tra l'esistenza di tali norme e la loro mancata applicazione è facilmente spiegabile dal fatto che il libero diritto all'emigrazione era rivendicato nel passato proprio da noi, italiani e occidentali che migravano in Europa e nelle Americhe per lavoro o in vista di un'espansione coloniale, e necessitava quindi di una legittimazione legale. Mentre oggi sono proprio quelle popolazioni affamate dal colonialismo storico di un tempo e dal colonialismo finanziario odierno a varcare le nostre frontiere, le frontiere della fortezza Europa. Tuttavia, insieme al rovesciamento di questa asimmetria si è prodotto anche un rovesciamento del diritto e lo *ius migrandi* viene represso

«con la stessa feroce durezza con cui lo si è brandito alle origini della civiltà moderna a scopo di conquista e di colonizzazione»⁶⁶.

E' fondamentale notare, però, che è vero che il diritto di emigrare è scomparso da tutti i paesi occidentali,

«ma in Italia, addirittura, tale diritto si è capovolto nel suo contrario, essendo stato il suo esercizio tramutato in reato»⁶⁷.

Infatti, per la prima volta dopo le leggi razziali del 1938, lo Stato ha penalizzato una condizione di status, ovvero quella di immigrato clandestino, attraverso l'introduzione del

⁶³ L. Ferrajoli, *Politiche contro gli immigrati e razzismo istituzionale in Italia, in Razzismo di Stato. Stati Uniti, Europa, Italia*, P. Basso (a cura di), Milano, 2010, pp. 115-125.

⁶⁴ “Ogni individuo ha diritto di lasciare qualsiasi Paese, incluso il proprio, e di ritornare nel proprio Paese”.

⁶⁵ “La Repubblica riconosce la libertà di emigrazione, salvo gli obblighi stabiliti dalla legge nell'interesse generale, e tutela il lavoro italiano all'estero”.

⁶⁶ L. Ferrajoli, *op. cit.*

⁶⁷ *Ibidem.*

reato di immigrazione avvenuta per merito del Pacchetto sicurezza già citato. Tali fatti non minano solo le fondamenta democratiche del nostro Paese, ma violano anche tutti i principi basilari dello stato di diritto in materia penale: dal *principio di legalità*, per il quale si può essere puniti solo per *ciò che si è fatto* e non per *ciò che si è*; al *principio di uguaglianza*, in base al quale è proibita qualsiasi discriminazione di condizioni personali e sociali; al principio di eguale *dignità delle persone*; ai *principi di offensività e colpevolezza*, poiché l'eventuale perdita del permesso di soggiorno non è colpa dell'immigrato e non è un comportamento dannoso.

La precedente riflessione va eseguita alla luce di un altro elemento, ovvero quello della *cittadinanza come privilegio di status*. Appare chiaro passando in rassegna le legislazioni in materia di immigrazione italiane come il concetto di cittadinanza si configuri sempre più profondamente come *ius excludendi alios*⁶⁸. Del resto la cittadinanza nella sua essenza contiene già un meccanismo di separazione e quindi di esclusione nei confronti di chi è straniero: per il diritto internazionale infatti lo Stato possiede la massima discrezionalità⁶⁹ nel determinare l'ingresso degli stranieri e nello stabilire le condizioni per l'acquisto della cittadinanza sulla base del concetto di appartenenza⁷⁰ in quanto non tutti possono fare parte dello Stato, pena il venir meno dell'essenza e del senso stessi dello Stato. Tuttavia si pone un conflitto tra questa accezione consolidata e storica della cittadinanza e i diritti umani: nonostante la nostra Corte costituzionale abbia affermato che l'articolo 3 della Costituzione⁷¹

⁶⁸ L. Zagato, *Introduzione ai diritti di cittadinanza*, Venezia, 2011, pp. 87-88.

⁶⁹ La cittadinanza sarebbe tra quegli elementi che rientrano nel cosiddetto *riservato dominio* degli Stati.

⁷⁰ Alla base vi è la concezione di cittadinanza, o meglio, di *nazionalità* prevista da Pasquale Stanislao Mancini (1817-1888), giurista e politico, il quale individuò la nazione e non lo Stato come soggetto del diritto internazionale privato e pubblico, poiché lo Stato “poggia sugli instabili arbitri delle combinazioni diplomatiche” e si regge perciò solo sulla forza. Al contrario, la nazionalità esprime un legame profondo tra individuo e collettività con la quale questo condivide appartenenza etnica, storia, tradizioni, lingua e religione. Questi apportano nel loro insieme il *senso di appartenenza* a una nazione alla coscienza dell'individuo. Ecco che dunque il criterio da applicare ad un soggetto nell'ambito del diritto privato internazionale sarebbe quello della nazionalità, anche detto perciò *diritto internazionale privato e necessario*.

⁷¹ “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”.

sia da leggersi insieme all'art. 2 Cost.⁷² e all'art 10 Cost.⁷³, essa ha anche distinto tra titolarità e godimento dei diritti fondamentali, distinzione che pare artificiosa e non farebbe altro che evidenziare la concezione di cittadinanza come meccanismo di separazione. Dunque il fatto che attualmente con la crisi degli Stati e con le migrazioni di massa la cittadinanza si rafforzi come fattore di discriminazione non è l'inevitabile conseguenza di determinate politiche migratorie atte a preservare il Paese e le proprie risorse, bensì il presupposto agli antipodi che si tenta di ribadire mediante gli strumenti di governo.

Un ruolo fondamentale, come accennavamo nell'introduzione a questo paragrafo, nel percorso di inferiorizzazione e discriminazione dell'immigrato è stato giocato anche dalle rappresentazioni pubbliche portate all'evidenza dal sistema dei mass-media. Loro, infatti, è la responsabilità della creazione di quel *sistema simbolico di stigmatizzazione*: essi hanno diffuso immagini stereotipate, ostili poiché sempre negative dell'immigrato, dall'immagine del nemico interno, al ruba-lavoro, al parassita, alla prostituta, allo spacciatore, allo scansafatiche. Tali idee sono state socializzate mediante i mass-media che avrebbero così generato un

« regime di rappresentazione razzializzato della società e delle popolazioni immigrate, organico all'inserimento sociale subalterno degli immigrati »⁷⁴.

Si è cercato qui di rendere conto di come queste tre determinanti – mercato del lavoro, ordinamento giuridico e rappresentazioni pubbliche - abbiano di fatto prodotto una disuguaglianza razziale oggi ben radicata in Italia, la quale porta a legittimare e perpetrare non solo lo sfruttamento lavorativo e la discriminazione nei diritti, ma anche rapporti sociali fondati sul disprezzo e sul sospetto dell'immigrato da parte dei cittadini italiani. E' ovvio come maggiormente questo senso di paura e ostilità verrà fomentato nei cittadini autoctoni,

⁷² “La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”.

⁷³ “L'ordinamento giuridico italiano si conforma alle norme del diritto internazionale generalmente riconosciute. La condizione giuridica dello straniero è regolata dalla legge in conformità delle norme e dei trattati internazionali. Lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica secondo le condizioni stabilite dalla legge. Non è ammessa l'estradizione dello straniero per reati politici”.

⁷⁴ F. Perocco, *op. cit.*, p. 103.

maggiormente le politiche otterranno una larga base di consenso nell'indirizzo della repressione e dell'asservimento.

2.2 Le disuguaglianze di salute

Trattando in questa parte il tema delle disuguaglianze di salute nel nostro Paese ci si propone di indagarne i pilastri, ovvero i concetti chiave come quello di politiche pubbliche per la salute, rischio, e determinante sociale.

Si vuole perciò cominciare con un rapido excursus delle fasi di instaurazione, consolidamento e crisi del welfare state che hanno costretto a ripensare l'atteggiamento nei confronti della malattia (§ 2.2.1), mediante i concetti di rischio e di determinante sociale (§ 2.2.2 e § 2.2.3), perni attorno ai quali ruota la tutela della salute da parte delle politiche pubbliche per la salute del nostro Paese.

L'analisi delle determinanti di salute sociali e degli effetti del contesto di vita sulla salute dell'individuo dimostra che sempre qualora sussistano condizioni di privazione o emarginazione lo stato di salute è compromesso e di livello nettamente inferiore rispetto a quello di una persona di livello sociale più elevato (esisterebbe cioè un *gradiente sociale di salute*): per questo motivo tali premesse negative per la salute sono condensate nella persona dell'immigrato.

Si vuole infine mettere in evidenza i meccanismi fisici e biologici attraverso i quali lo svantaggio sociale, relativo e assoluto, agisce sulla salute.

2.2.1 Le politiche pubbliche per la salute: nascita e crisi del welfare State

Le disuguaglianze di salute presenti oggi nel nostro Paese nascono storicamente dall'incontro e dalla sovrapposizione di due processi distinti la cui compresenza ha causato la crisi del precedente modello statale di protezione della salute, ovvero la crisi economico-finanziaria e il cambiamento della tipologia dei diversi bisogni sociali⁷⁵.

Sul finire del XIX secolo in tutti i Paesi dell'Occidente prende piede la strategia di gestione collettiva dei rischi dell'individuo connessi alle condizioni socioeconomiche della nuova

⁷⁵ A. Genova, *op. cit.*, p. 45

società industriale: in questo periodo cosiddetto di *instaurazione del welfare State* si comincia a gestire con assicurazione obbligatoria rischi quali la perdita del lavoro, la malattia, l'infortunio e la perdita delle capacità lavorative per anzianità.

Nel periodo del dopoguerra, frangente storico in cui gli Stati sperimentano una crescita economica incalzante e senza precedenti, vengono delineati quattro precisi ambiti di rischio nei confronti dei quali lo Stato promuove una gestione collettiva assicurativa: anzianità, malattia, disoccupazione e povertà. Questa fase spensierata è detta fase di *consolidamento* e perdurò fino ai primi decenni degli anni Settanta del '900, allorché la battuta d'arresto della crescita economica, insieme a sconvolgimenti sul piano sociale quali la ridefinizione dei ruoli di genere e l'invecchiamento della popolazione, condussero al momento di *crisi del welfare*.

A quel punto lo Stato, il quale aveva basato fino a quel momento il proprio sistema di protezione sociale sulla capacità redistributiva di quote fiscali ingenti (poiché frutto di un'economia in rapida crescita), non resse più la duplice pressione della crisi economica e dei rivolgimenti sociali in atto: i debiti pubblici arrivarono nel giro di pochi anni alle stelle e così mantenere il precedente welfare si rivelò insostenibile.

Il periodo di reazione a tale situazione si situa verosimilmente nei primi anni Novanta, gli anni della cosiddetta *riforma*. Si assiste in questa fase a una riorganizzazione territoriale delle politiche di welfare.

Tale riorganizzazione muove in due sensi opposti: verso il basso, infatti, alcuni poteri fino a prima appannaggio dello Stato vengono distribuiti tra Regioni e Comuni; verso l'alto, altri poteri passano dallo Stato a organizzazioni sovranazionali come l'Unione Europea oppure l'OMS.

A questo processo è stato dato il nome di *rescaling*, ovvero il meccanismo in base al quale a processi di *devolution* (ovvero di decentralizzazione dei poteri regolativi) si affiancano processi di valorizzazione delle istituzioni sopranazionali. Si viene così a creare una rete di poteri posizionati su diversi livelli territoriali che si trovano a dialogare/negoziare tra di loro in base a gerarchie non chiaramente delineate: ciò rispecchierebbe la cosiddetta *multilevel governance*, modello auspicato sulla base del principio di sussidiarietà che ritroviamo nella Costituzione Europea⁷⁶.

Il limite di tale assetto di governance consiste nel rischio di creare eventuali differenze territoriali nell'erogazione dei servizi palesemente in contrasto con l'affermazione dei diritti di cittadinanza sociale.

⁷⁶ Cost. Europea, Titolo 3, art. I, II.

La crisi del welfare state nata negli anni Settanta mise fortemente in discussione il ruolo e l'efficacia dei sistemi sanitari dei Paesi occidentali e fu così che si misero in atto strategie per passare alla cosiddetta *new public health*, la quale guardava alle strategie cardine di cura e prevenzione assumendo come presupposto l'esistenza di fattori influenzanti la salute dell'essere umano insiti nella suddivisione della società in classi e nello stile di vita individuale, dunque portatori di potenziali disuguaglianze. In altre parole, si cominciò a guardare al concetto di *rischio* e alle *determinanti di salute* come punti di partenza per lo sviluppo di politiche pubbliche per la salute, punti dai quali non si poteva prescindere.

2.2.2 I fattori di rischio per la salute dell'individuo

Molta letteratura sottolinea come il concetto di rischio sia diventato il perno dell'esistenza umana nella società contemporanea. Infatti è divenuto la nozione in base alla quale l'uomo contemporaneo si sentirebbe portato a costruire il proprio percorso di vita⁷⁷. Percependosi in balia di situazioni e rapporti precari, complessi e incerti nei diversi ambiti esistenziali, dalla formazione all'occupazione, dai rapporti sociali ai propri progetti di vita, ognuno di noi si vede costretto a pianificare se stesso ricercando compromessi soddisfacenti nella società del rischio. Inoltre, la nozione di rischio è sempre più richiamata nella società contemporanea in tutta quella serie di discorsi pubblici tendenti a mettere in luce i mali del nostro vivere sociale: ecco quindi che i medici parlano di “comportamenti a rischio per la propria salute” e i politici fanno riferimento ai “comportamenti a rischio dei giovani in relazione alla criminalità”⁷⁸. In altre parole, il rischio è divenuto la cifra onnipresente per stimare e gestire i problemi sociali. Analogamente, esso riveste il ruolo di fulcro delle politiche pubbliche per la salute a partire dagli anni Ottanta del Novecento.

E' stato dimostrato come il termine rischio utilizzato in ambito sociologico abbia assunto oggi una connotazione prettamente negativa, ovvero di pericolo, di un'eventualità che possibilmente è bene per l'individuo evitare, snaturando così il significato originario del termine stesso che stava ad indicare invece un concetto neutro di mera probabilità matematica in relazione al verificarsi o al non verificarsi di un evento⁷⁹.

⁷⁷ U. Beck, *Costruire la propria vita*, Bologna, 2008.

⁷⁸ M. Bucchi, F. Neresini, *Sociologia della salute*, Roma, 2001, p. 181.

⁷⁹ A. Genova, *op. cit.*, p. 63

Ed è proprio in questa accezione che l'OMS ha menzionato i fattori di rischio per la salute dell'individuo, ovvero quei fattori che causano problemi di salute potenzialmente prevenibili. Per citarne qualcuno basti pensare alla sicurezza nei luoghi di lavoro, allo smaltimento dei rifiuti, a stili di vita scorretti come l'abuso di alcol o di sostanze psicotrope. Tali fattori di rischio sono stati suddivisi dall'OMS in due filoni: i rischi cosiddetti *downstream* (o comportamentali) quali il sovrappeso dovuto ad un'alimentazione non sana, il consumo di tabacco, l'inattività fisica, l'abitudine al sesso non sicuro; e i rischi classificati come *upstream* (o strutturali) come le scelte delle politiche neoliberiste o la povertà.

Per quanto attiene alle politiche pubbliche per la salute, esse hanno suddiviso i rischi per la salute in rischi esterni ed interni⁸⁰. I primi fanno riferimento a fattori sui quali il singolo individuo non può esercitare il proprio controllo. Si tratterebbe perciò di rischi invisibili e quindi piuttosto insidiosi per lo stato di salute umano, quali la presenza di tossine negli alimenti o l'elevata presenza di polveri sottili nell'aria. In parole povere, tutti quegli agenti estremamente nocivi per la salute umana che a causa di specifici interessi politici ed economici non vengono debellati. I rischi interni, invece, sarebbero tutte le conseguenze scaturite dallo stile di vita del singolo, ad esempio le malattie cardiovascolari dovute alle abitudini come il consumo di tabacco e la scarsa attività fisica.

Per combattere tali propensioni individuali le politiche pubbliche hanno attuato interventi di prevenzione primaria, ovvero interventi finalizzati alla prevenzione dell'insorgenza di malattie di questo tipo. Un forte limite della logica sottesa alla prevenzione primaria è rappresentato dal disconoscere la stretta connessione tra scelte individuali e appartenenza sociale.

E' confermato, infatti, come abitudini quali l'abuso di alcol o il fumo siano scelte verso le quali individui appartenenti agli strati sociali più bassi e poveri sono più portati in ragione di una non efficace informazione o in ragione del percepirsi ai margini della società⁸¹, il che non farebbe altro che alimentare comportamenti dannosi per la salute. Così persone che si autorappresentano in condizioni di relativa deprivazione rispetto ad altre occupanti livelli più elevati nella gerarchia sociale sono sopraffatte da una sensazione di disagio e di stress che le indurrebbe a comportamenti malsani⁸².

La prevenzione primaria preferisce piuttosto insistere sulla dimensione della responsabilità dell'individuo, ignorando la sua potenziale vulnerabilità, attivando così il meccanismo

⁸⁰ *Ibidem*.

⁸¹ K. Pickett, R. G. Wilkinson, *La misura dell'anima*, Milano, 2009, p. 86

⁸² A. Maturo, *Sociologia della malattia*, Milano, 2007, p. 41.

cosiddetto di *victim blaming*, ovvero di colpevolizzazione della vittima di una malattia che verrebbe a trovarsi in quella data situazione per colpa propria, non avendo saputo scegliere uno stile corretto di vita e anzi avendo voluto consapevolmente correre dei rischi.

E' necessaria la consapevolezza che lo stato di difficoltà economica e sociale rappresenta la prima condizione di rischio per molte patologie⁸³. Numerose ricerche su disuguaglianza sociale e salute, infatti, hanno dimostrato che persone aventi un *basso status socio-economico* (SES) hanno più probabilità di ammalarsi di persone con un SES più elevato. Inversamente, persone che possiedono cattive condizioni di salute rimarranno più probabilmente a un basso livello di SES o scenderanno ulteriormente. Tali considerazioni sono confermate dal fatto che

«su persone che hanno poche reti protettive (istituzionali, lavorative e relazionali) una malattia può avere un effetto catastrofico causando maggiore precarietà, e quindi creando disuguaglianza»⁸⁴.

Esiste per alcune malattie una relazione analoga tra SES e incidenza anche se rovesciata: è l'esempio del tumore al seno nella donna, il quale presenta un'insorgenza più elevata tra le classi sociali più alte. In casi come questo si attua la cosiddetta *prevenzione secondaria*, ovvero le pratiche di screening.

La riflessione che nasce spontanea da questa descrizione del sistema rischio è che le politiche pubbliche a tutela della salute non sono altro che il risultato di una attenta selezione di alcuni fattori di rischio che vengono presi in esame e gestiti dal potere politico, mentre altri sono oggetto di un altrettanto attento scarto. Così la medicina di sorveglianza tiene in pugno i corpi individuali e il corpo sociale come insieme, mettendo in atto quell'ingranaggio misto di potere e conoscenza di cui parlava Foucault⁸⁵.

La popolazione tutta, perciò, è divenuta bersaglio di sorveglianza e i rischi l'hanno suddivisa in innumerevoli categorie i cui membri sono accomunati da alcuni fattori di rischio: tutti i membri della società appartengono almeno ad una categoria a rischio. Da qui alla medicalizzazione della vita quotidiana il passo è breve.

Tuttavia ciò che ci interessa maggiormente in tutto questo è che la selezione dei rischi effettuata da una società è funzionale all'esistenza della stessa coesione sociale: ecco che si addossa la colpa alla vittima favorendo il controllo sociale interno, così come si addossa la responsabilità della mancanza di posti di lavoro ai flussi migratori.

⁸³ A. Genova, *op. cit.*, p. 65

⁸⁴ A. Maturo, *op. cit.*, p. 39.

⁸⁵ M. Foucault, *op. cit.*

Sorge così il dubbio che le politiche pubbliche selezionino i rischi non tanto per migliorare il livello di salute della popolazione quanto per mantenere entro determinati ranghi la società stessa⁸⁶.

2.2.3 Le determinanti sociali di salute

Dalla seconda metà del Ventesimo secolo si è cominciato a dare adeguata rilevanza a tutti quei fattori in grado di determinare in positivo o in negativo lo stato di salute dell'individuo. L'attenzione degli esperti si concentrò sui determinanti di salute in conseguenza all'avvento della fase della cosiddetta *transizione epidemiologica*, da quando cioè le cause principali di morte tra la popolazione smisero di essere le malattie infettive e cominciarono ad esserlo le malattie croniche quali quelle cardiovascolari e i tumori, allora si dovette cominciare a considerare i fattori di rischio insiti nella società⁸⁷.

Allo scopo di individuare le cause delle malattie cardiovascolari e degli altri disturbi cronici, a partire dal 1967 si avviarono degli studi di follow-up, i cosiddetti *Whitehall Studies*, i quali misero in evidenza che il fattore stress e la percezione di avere il controllo sul proprio lavoro erano i fattori più influenti sullo stato di salute. Ecco quindi perché automaticamente ad uno status sociale basso e/o ad una posizione lavorativa subordinata, corrisponde un livello di salute basso, e ciò non vale esclusivamente per coloro che si trovano negli ultimi gradini della scala sociale.

La società infatti sarebbe attraversata da un *gradiente di salute* e quindi la posizione occupata da ognuno di noi all'interno della scala sociale rispetto agli altri diventa per forza rilevante: chi si trova sopra di noi gode di salute migliore, chi si trova sotto di noi gode di salute peggiore.

Allo stesso tempo, per avvalorare questa tesi, è sufficiente pensare che, oltre al sentimento di controllo sulla propria vita, anche l'ottimismo, la serenità, l'ostilità o l'aggressività nei confronti degli altri influenzano la nostra salute poiché il *benessere psicologico* influisce direttamente sulla salute fisica ed è piuttosto difficile sentirsi soddisfatti e felici avendo uno status sociale basso. Tale benessere non sarebbe altro che la conseguenza del percepire la realizzazione, o perlomeno il non fallimento, della propria persona in alcuni ambiti di vita (ad

⁸⁶ A. Genova, *op. cit.*, p. 69.

⁸⁷ K. Pickett, R. G. Wilkinson, *op. cit.*, p. 84.

esempio nel lavoro in termini di sicurezza nel luogo di lavoro, di contenuto delle attività svolte, del ruolo ricoperto, del salario, delle ore lavorative)⁸⁸.

A influire sulla salute perviene anche il cosiddetto *capitale sociale*, ovvero la quantità delle relazioni che un individuo intrattiene con gli altri. Non è infatti un caso se la correlazione tra densità delle reti sociali e benessere/qualità della vita è stata assorbita nei programmi di politiche socio-sanitarie tra le più avanzate. Una vasta letteratura sociologica sostiene ormai questa connessione la quale fu concepita per la prima volta da Emile Durkheim nel suo celebre studio sul suicidio⁸⁹. Egli dimostrò appunto che i tassi di suicidio sono strettamente collegati al grado di integrazione sociale. Oggi è dato per acquisito come avere amici, appartenere ad un'associazione di volontariato o ad un gruppo religioso, in parole povere il trovarsi all'interno di *reti sociali*, sono da considerarsi tutti fattori tutelanti la salute⁹⁰. Per contro, l'isolamento sociale e l'assenza di supporto sociale conducono a comportamenti nocivi per se stessi e gli altri. Se una situazione di stress si viene a sommare ad una condizione di povertà materiale e di mancanza di supporto sociale è facile immaginare come ne risulti un caso potenzialmente esplosivo, riscontrabile nel profilo esistenziale di numerose famiglie immigrate⁹¹.

Come è stato rilevato⁹², l'effetto benefico sulla salute è esercitato da parte del capitale sociale mediante i network che l'individuo è capace di creare, i quali sono a loro volta portatori di norme e sanzioni, e mediante la fiducia. Attraverso questi il capitale sociale può infatti facilitare la riuscita scolastica di una persona, contribuire alla diminuzione del crimine e accorciare il periodo nel quale un individuo disoccupato cerca un lavoro. Insomma, il capitale sociale donerebbe quella serenità che permette ad un'esistenza di svilupparsi il più stabilmente possibile.

L'impatto che esso esercita direttamente sul benessere psicofisico è rappresentabile in quei forti legami di comunità, famiglia o vicinato, che supportano e aiutano una persona, pensiamo ad un anziano o ad un immigrato, qualora si presentassero problematiche di vita legate all'esclusione (e quindi alla solitudine) o alla mancanza di conoscenza della lingua del Paese ospitante.

⁸⁸ Aa. Vv., *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, III, Milano, 2004, p. 41.

⁸⁹ E. Durkheim, *Il suicidio*, Milano, 1987.

⁹⁰ K. Pickett, R. G. Wilkinson, *op. cit.*, p. 86.

⁹¹ A. Genova, *op. cit.*, p. 76.

⁹² A. Maturo, *op. cit.*, p. 17.

Tuttavia, analizzando ogni eventualità, ci si rende conto che il capitale sociale può diventare anche un sistema di esclusione esso stesso: alcuni network comprendenti interazioni molto forti tra i propri membri sono a vantaggio di chi vi è incluso, certamente, ma potenzialmente deprivano chi ne è escluso in partenza poiché

«un'elevata solidarietà *intra* gruppo sociale, non è detto che si tramuti in solidarietà *inter* gruppi sociali: basti pensare alla segregazione razziale»⁹³.

Un ulteriore determinante di salute individuata è proprio l'emarginazione sociale⁹⁴. Per emarginazione sociale intendiamo non solo la precarietà materiale della povertà economica relativa, ma anche l'esclusione da molteplici aspetti della vita sociale e di comunità. E' fondamentale dunque mettere in luce la multidimensionalità del concetto poiché i processi di esclusione sono legati alla disoccupazione, al basso reddito, alle condizioni abitative, ai livelli di istruzione, alla salute e anche alla discriminazione. I processi fautori di emarginazione sociale sono ravvisabili sia nella crescita della disoccupazione che nella precarietà occupazionale, sia nell'aumento del numero di persone sole (famiglie monogenitoriali e anziani soli) che nella segregazione di determinati gruppi sociali. Gli individui più facilmente oggetto dell'emarginazione risultano essere gli immigrati stranieri, in ragione di precisi regolamenti giuridici che li escludono dalla società civile mediante l'espropriazione di determinati diritti o in ragione di deficit linguistici; i senzاتetto, a causa della mancanza di adeguati alloggi; i disabili, in assenza di servizi efficienti a loro dedicati.

Per queste categorie di persone la prima conseguenza dell'esclusione da una comunità è la relegazione in contesti spaziali ben delimitati. Si instaurerebbe così un circolo in base al quale tali aree in cui si concentrano gli esclusi divengono a loro volta sempre più deprivate e svantaggiate, rendendo impossibile uno sviluppo di queste in termini di servizi e opportunità di lavoro, formazione e ricreative. E' stato inoltre evidenziato come la percezione del proprio habitat sociale e fisico (in termini di qualità dell'abitazione, reputazione della zona del domicilio e presenza/assenza di servizi) possa influenzare il benessere psicofisico di un individuo.

I fattori precedentemente illustrati sono chiamati dai ricercatori *fattori psicosociali* ed

⁹³ Ivi, p. 19.

⁹⁴ Aa. Vv., *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, III, Milano, 2004, p. 33.

«essi assumono un'importanza sempre crescente nei paesi ricchi ed economicamente sviluppati, dove [...] il tenore di vita materiale è ormai talmente alto da non incidere più direttamente sul grado di salute della popolazione»⁹⁵.

Il problema a noi contemporaneo sarebbe infatti non più lo stato di ricchezza o povertà in cui versa il Paese in cui viviamo, bensì la *non equa ripartizione delle ricchezze*⁹⁶. I livelli di mortalità e morbilità della popolazione non sarebbero dunque influenzati dalla ricchezza complessiva del Paese, ma dal modo in cui tale ricchezza è distribuita. Come a dire che non è la povertà a creare livelli bassi di salute ma le disuguaglianze nella ricchezza: sono dunque le società meno diseguali quelle con un livello di salute più alto e, in definitiva, le più felici.

Tuttavia, esiste un ulteriore ordine di fattori in grado di influire sullo stato di salute di una persona: il contesto di vita e l'epidemiologia del corso di vita.

Ebbene, l'ambiente sociale e fisico, come già accennato in precedenza, avrebbe un effetto aggiuntivo sullo stato di salute di un individuo. Innanzitutto il *contesto di vita* gioca un ruolo fondamentale nel determinare il livello di salute in relazione alle condizioni ambientali: la presenza di ambienti salubri a casa, nei luoghi di lavoro e di ricreazione; l'accesso a determinati servizi e la presenza di attività socioculturali possono influenzare positivamente la salute, così come la loro assenza può incidervi negativamente. Il crescere e vivere in aree esposte all'inquinamento industriale e al traffico possono aumentare i rischi di sviluppo di malattie tumorali; la scarsa accessibilità a servizi come parcheggi, adeguati trasporti pubblici o impianti sportivi possono influenzare comportamenti salutari e l'insieme dei valori di una comunità; o ancora, atti di vandalismo, traffici di droga, crimine e bassi livelli di autostima legati a condizioni di deprivazione e povertà sono in grado di mettere in pericolo il benessere psicosociale⁹⁷.

L'*epidemiologia del corso di vita* include invece tutti quegli elementi che, palesatisi nei primi anni di vita, possono favorire patologie croniche nell'età adulta. Questo filone di studi del cosiddetto corso di vita nasce negli anni Ottanta e prevede due filoni interpretativi: il *modello latente* e il *modello cumulativo*.

Secondo la teoria latente le condizioni di vita dell'infanzia incidono sullo stato di salute in età adulta: ad esempio un'alimentazione non adeguata negli anni della crescita avrà degli effetti a

⁹⁵ K. Pickett, R. G. Wilkinson, *op. cit.*, p. 87.

⁹⁶ *Ivi*, p. 91.

⁹⁷ A. Genova, *op. cit.*, p. 78.

lungo termine modificando il metabolismo del bambino, e tali effetti possono manifestarsi anche dopo molti anni; oppure il consumo di latte materno può contrastare in fase adulta malattie cardiovascolari e tumori.

Mentre, secondo il modello dell'accumulazione, nel corso di vita di un individuo si instaurerebbe un effetto a catena: infatti in seguito a scelte o condizioni di partenza svantaggiate, tenderebbero per tutta la vita a sommarsi ulteriori situazioni di svantaggio. Ad esempio, limitate risorse educative a casa potranno influenzare negativamente il percorso scolastico del ragazzo risolvendosi con un abbandono precoce e definitivo degli studi. Di conseguenza, aumenterebbero le probabilità di sviluppare abitudini malsane quali il fumo o l'uso di droghe. I giovani sarebbero dunque resi più vulnerabili da questi fattori e sarebbero maggiormente in balia della disoccupazione e di occupazione poco qualificata. Secondo tale modello, inoltre, ogni esposizione a condizioni di svantaggio per la salute non solo accresce il rischio di ulteriori esposizioni, ma ha anche un effetto indipendente, ovviamente, sui rischi di malattie. Questi due modelli possono essere considerati in modo integrato nella prospettiva del determinante sociale del corso di vita che agisce necessariamente sulla salute dell'individuo⁹⁸.

Una volta esaminate le determinanti sociali di salute resta da comprendere *in che modo* le esperienze di svantaggio o emarginazione della primissima infanzia, dell'ambiente di vita e di lavoro, il basso status socio-economico incidono negativamente sulla salute. Lo stress di una data situazione graverebbe sulla psiche umana la quale è in grado di influire sul sistema neuronale che, a sua volta, influisce sul sistema immunitario. Così

«lo stress altera l'equilibrio del nostro corpo e interferisce con la cosiddetta omeostasi, ovvero lo stato in cui ci troviamo quando tutto funziona regolarmente e i nostri processi fisiologici sono normali»⁹⁹.

Lo stress acuto genera infatti nel nostro organismo una sorta di spinta alla fuga o al combattimento: i vasi sanguigni si restringono, il cuore e i polmoni accelerano il loro lavoro, i sensi si attivano maggiormente e il sistema immunitario si rinforza. Tuttavia, quando lo stress diventa cronico, ovvero quando una circostanza di stress grava sulla nostra persona in modo continuato nel tempo, l'organismo è posto in uno stato di allerta costante e le reazioni sopra descritte diventano nocive: infatti la mobilitazione cronica dell'energia sotto forma di

⁹⁸ *Ivi*, p. 79.

⁹⁹ K. Pickett, R. G. Wilkinson, *op. cit.*, p. 97.

glucosio nel flusso sanguigno può portare al diabete e la costrizione cronica dei vasi sanguigni a malattie cardiovascolari. I neuroni possono venirne danneggiati e le funzioni cognitive diminuiscono e si manifesta l'insonnia. In poche parole, lo stress cronico derivante da situazioni, scelte o abitudini di vita non soddisfacenti e/o precarie consuma la persona, nell'anima e nel fisico.

2.3 Il profilo di salute degli immigrati in Italia

2.3.1 Disuguaglianze di salute e immigrazione

Dalle considerazioni portate in evidenza nel paragrafo precedente abbiamo potuto apprendere come lo stato di salute di un individuo non sia meramente il risultato di un'eredità biologica bensì un prodotto della società, la quale lo plasma attraverso le determinanti sociali di salute.

Nello specifico caso delle genti immigrate basti pensare alle condizioni in cui si trovano a vivere in conseguenza al loro stato di povertà ed emarginazione sociale. Il concetto di esclusione sociale è da analizzarsi in ottica multidimensionale relativamente alla persona immigrata, ovvero dai punti di vista materiale, psicologico e relazionale. Infatti non si tratta di mera esclusione dal godimento di beni materiali, dovuta questa al basso reddito o alla povertà relativa, ma anche di esclusione dal vivere sociale nei più disparati ambiti di vita e di comunità e ci riferiamo qui a processi di esclusione sociale legati a casa, lavoro, salute, istruzione e cittadinanza. In definitiva, si potrebbe affermare, esclusione da tutti quei benefici che contribuiscono normalmente alla costruzione dell'identità di una persona, alla percezione del sé in mezzo ad altri. L'esperienza di tale esclusione, nel momento in cui l'io viene privato di queste risorse/diritti, finisce col rielaborare il proprio io come entità in contrapposizione agli altri che sono dentro la comunità mentre lui ne è fuori. E questa esclusione diviene viva e palpabile nel momento in cui l'immigrato non può prendere parte al consumo sociale come normalmente avviene per gli altri membri della comunità, non può contribuire attivamente alla produzione sociale e non può usufruire a pieno titolo delle risorse o dei servizi preposti agli autoctoni, dovendo sottostare a determinate leggi che marchiano la loro persona con lo status di irregolare. E' stato notato come tali circostanze escludenti segnino in maniera indelebile il soggetto migrante ma anche il contesto sociale poiché la salute rappresenta la preconditione in base alla quale una persona può misurarsi con la realtà allo scopo di

realizzarsi in armonia con i valori, i compiti, le aspettative e i bisogni avanzati dalla società, ovvero il contesto del suo vivere quotidiano.

Tra i processi che comportano esclusione sociale sommandosi alle preesistenti difficoltà della persona immigrata (siano la scarsa conoscenza della lingua del paese ospitante o lo stato di precarietà lavorativa e abitativa o altro ancora) sono state annoverate: le transizioni economiche, ovvero la crescita della disoccupazione e della precarietà lavorativa; le transizioni demografiche, ad esempio l'incremento delle famiglie mononucleari, formate cioè da anziani soli, adulti soli o famiglie monogenitoriali; la segregazione spaziale di alcune minoranze, la quale può avvenire su base razziale o "di categoria" come nel caso di tossicodipendenti o senzatetto (ovviamente tali dimensioni possono arrivare ad accumularsi all'interno dello stesso profilo personale); i tagli al welfare.

Così, come spiegato in precedenza riportando la teoria del corso di vita, la salute di un individuo risente di questi imperativi sociali e di questi stress accumulando condizioni di svantaggio su condizioni di svantaggio che andranno necessariamente a nuocere al suo capitale di salute. Le disuguaglianze di salute, perciò, sono una costruzione sociale ed un problema dal quale è impossibile prescindere nella pianificazione di politiche e programmi socio-sanitari, vista anche la sempre maggiore incidenza che le disuguaglianze hanno sulla società a livello macro, tra Paesi del Nord e Paesi del Sud del mondo; meso, tra Regioni, soprattutto in seguito al processo di decentramento delle responsabilità e alle competenze dallo Stato alle Regioni (cfr. cap. III); e micro, all'interno della medesima comunità locale. E tali disuguaglianze sono particolarmente visibili se consideriamo la popolazione immigrata italiana in quanto

«il fatto sociale totale migrazione contribuisce a mettere a fuoco, ingrandendole, le disuguaglianze di salute, a cui sono sottoposti questi individui»¹⁰⁰.

E' infatti il percorso migratorio che riscrive totalmente l'esistenza dell'immigrato, dalle istanze economiche a quelle psicologiche a quelle giuridiche. Si tratta di una sorta di punto di non ritorno dal quale ha origine appunto l'esclusione. Dall'evento migratorio ha origine tutta quella serie di circostanze nuove capaci di capovolgere l'esistenza di una persona e portatrici di stress, disturbi, in ultima analisi di malattia e disagio. Infatti, lo sforzo immane del viaggio, nella triplice accezione di sforzo economico, psicologico, fisico; l'adattamento forzoso al

¹⁰⁰ M. Tognetti Bordogna, *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, 2008, p. 72.

nuovo (ed estraneo) contesto di vita; la nostalgia degli affetti lasciati nel Paese di origine; la disgregazione delle reti relazionali e di supporto sociale fino a quel momento possedute nel proprio paese, ovvero la distruzione del proprio capitale sociale, sono tutti elementi che gravano pesantemente sullo stato di salute psico-fisico della persona, nonostante le persone che intraprendono il viaggio posseggano già in partenza un buon capitale di salute funzionale alla sopportazione delle fatiche della migrazione. Esiste infatti il cosiddetto fenomeno *migrante sano*, in base al quale nei paesi d'origine avviene una selezione di quelle persone che potenzialmente potrebbero farcela in ragione di uno status psicofisico buono e capace di riprendersi in tempi congrui dagli stress della migrazione.

Per quanto riguarda poi l'offerta di salute una volta giunti nei paesi ospiti, gli immigrati si vedono spesso negare pari opportunità di accesso ai servizi e alle prestazioni rispetto agli autoctoni. Ciò avviene a causa del funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale e delle politiche migratorie che, come sappiamo, dal 2002 tendono in Italia ad operare in chiave proibizionista e criminalizzante con considerevoli effetti su tutti i diritti di cittadinanza¹⁰¹.

Tuttavia, la condizione di straniero presente su territorio italiano ha ulteriori implicazioni sul piano delle discriminazioni/disuguaglianze in salute. Innanzitutto, la scarsa o nulla conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento del servizio sanitario può indurre a scelte inefficaci o addirittura alla rinuncia alla cura della propria persona. Nel nostro Paese, a proposito, è presente un *pluralismo terapeutico istituzionalizzato*¹⁰² che si snoda tra pubblico, privato, di libera scelta del cittadino all'interno del quale la persona immigrata ha grandi difficoltà a districarsi: un contesto del genere richiede forzatamente il possesso di capacità e abilità utili per accedere alle risorse selezionando l'offerta in modo efficace, e il possedere o meno tali abilità attiva potenzialmente forme di esclusione e disuguaglianze.

Inoltre, l'assenza o il diverso ruolo assegnato alle pratiche di screening e prevenzione nel proprio paese di origine può spingere l'immigrato ad approcciarsi al sistema sanitario come un utente fantasma, estraneo cioè al percorso di cura, finendo magari col rivolgersi a strutture solo qualora si presenti un evento acuto (uno dei pochi casi, tra l'altro, in cui un immigrato senza regolare permesso di soggiorno è ammesso alle cure mediche).

Ancora, non è da sottovalutare il ruolo e il significato che la medesima malattia o disturbo possono rivestire in culture differenti: la concezione di salute e malattia, infatti, può essere molto distante da quella che prevale nel paese di migrazione. Nonostante si possa affermare che la malattia abbia carattere universale in quanto esperienza umana, le conoscenze e le

¹⁰¹ Tale questione verrà affrontata più esaurientemente nel cap. III del presente lavoro.

¹⁰² M. Tognetti Bordogna, *op. cit.*, p. 26.

credenze che gli esseri umani mettono in pratica differiscono infatti da un contesto culturale a un altro. Ne consegue che

«per un individuo non sono sufficienti alcuni o tutti i sintomi per indurlo a rivolgersi ad un aiuto competente; la sua scelta sarà strettamente legata al significato che egli attribuisce a quei segni o sintomi, al peso che egli assegna anche al dolore [...]. Nella salute e nella malattia sono, dunque, importanti le percezioni soggettive e le interpretazioni individuali, che non necessariamente coincidono con quelle sottese al sistema sanitario pubblico.»¹⁰³.

Un ulteriore ostacolo al godimento del diritto alla salute per la persona immigrata ospite in Italia è la *barriera linguistica* e ci si riferisce ad un deficit di competenza bilaterale: spesso, infatti, il paziente immigrato, specialmente se di recente immigrazione, non riesce ad esprimersi nella lingua italiana e non riesce dunque a spiegare i propri sintomi e problemi, ma è anche vero che nemmeno gli operatori socio-sanitari del nostro paese sono attrezzati dal punto di vista linguistico per andare incontro più agevolmente alle esigenze del paziente ed evitare incomprensioni con potenziali conseguenze anche gravi. Considerato ciò, è sempre in agguato il rischio di diagnosi errate e/o insuccessi terapeutici.

Le problematiche poc' anzi messe in luce generano molteplici disuguaglianze nella sfera della salute ponendo di fatto e necessariamente l'utente immigrato su un piano di netto svantaggio rispetto all'utente autoctono. Ecco dunque che oltre alle determinanti sociali di salute che hanno origine dal contesto di vita, dalle possibilità economiche e dalle risorse relazionali, esistono anche meccanismi più specificamente *organizzativi* che contribuiscono ad incrementare le disuguaglianze di salute e dei quali daremo conto più tardi nel capitolo III di questo lavoro.

Da questo rapido sguardo sugli elementi in grado di creare disuguaglianze nella salute a svantaggio dei migranti ne ricaviamo che sono tre i canali attraverso i quali passa la discriminazione: la personale *rappresentazione del proprio stato di salute-malattia* non efficacemente validata nel nostro paese, le *lacune* e i *disservizi istituzionali* (sul piano normativo e nel funzionamento del SSN) e le *determinanti sociali del contesto di arrivo* che aggravano l'originaria condizione di deprivazione dell'immigrato.

Le diverse dimensioni della disuguaglianza di salute si accumulano e sedimentano. E questo processo si inasprisce nella figura dell'immigrato quasi fisiologicamente: è questa realtà che

¹⁰³ *Ivi*, p. 77.

ha portato alcuni autori a parlare di *razializzazione* ed *eticizzazione* delle disuguaglianze di salute¹⁰⁴. Espressioni, queste, che bene esprimono come la differenza fisica abbia istituito delle barriere solide all'interno della nostra società, basate sul colore della pelle, su tratti somatici altri dai nostri, su nomi dal suono straniero. Come già nelle politiche migratorie di stampo repressivo attualmente in vigore in Italia, ecco che anche nella sfera del diritto alla salute si ricorre al cosiddetto *racial profiling*, ovvero al connotare, in modo più o meno volontario, razzialmente una legge o un intervento, differenziandoli così da quelli che varrebbero normalmente per chi straniero non è. A tale proposito, il dibattito scientifico si è esposto per anni su due fronti differenti, ovvero sul fatto che esistesse una relazione causale tra esperienza migratoria e discriminazione nella salute, oppure sul fatto che l'elemento discriminante fosse la condizione socio-economica della persona immigrata, a cui la questione etnica sarebbe fortemente legata. L'orientamento che pare prevalere oggi, e che conferma quanto detto in precedenza, è quello che vede la discriminazione razziale come punto di partenza che aggrava e oltrepassa le disuguaglianze collegate alla condizione socio-economica¹⁰⁵.

Tali considerazioni costringono all'amara presa di coscienza della grave incompletezza del nostro sistema di accoglienza, risultato di incompetenze nella programmazione e nell'apertura all'altro ormai croniche. A ragione Mara Tognetti Bordogna afferma che

«le risorse per la salute del nostro sistema sanitario e il loro modo di funzionare costituiscono una *sfida* più che una risorsa, un ulteriore elemento di discriminazione e, quindi, di disuguaglianza di salute»¹⁰⁶.

2.3.2 L'esperienza della migrazione e la richiesta di salute

Avendo già accennato come l'esperienza migratoria eserciti un forte impatto sul benessere psicofisico della persona immigrata, si vuole ora approfondire quale sia il profilo di salute tipico (o medio) dell'immigrato in Italia.

Gli studi in materia hanno evidenziato come nella maggior parte dei casi la persona che decide di partire per un viaggio di emigrazione dal proprio Paese sia all'origine un individuo

¹⁰⁴ *Ivi*, p. 20.

¹⁰⁵ M. Ardigò, S. Geraci, M. Marceca, *op. cit.*, p. 293.

¹⁰⁶ M. Tognetti Bordogna, *op.cit.*, p. 77.

che gode di un buono stato di salute psicofisica di cui lui stesso ha consapevolezza. Infatti, nei 2/3 dei casi chi sceglie di emigrare è giovane (o un giovane adulto), appartiene nel proprio paese di origine alle classi sociali meno svantaggiate e possiede un grado di istruzione buono. Tali caratteristiche spingerebbero così il migrante ad auto selezionarsi in vista di un viaggio che già di per sé si profila lungo ed estenuante, su imbarcazioni adatte a trasportare poco meno di un centinaio di persone nelle quali però occorrerà stiparsi in centinaia, senza razioni di cibo e acqua sufficienti e in situazioni igieniche in grado minare l'equilibrio psicofisico di una persona; per non parlare poi dello stress derivante dal dover far fronte a stati d'animo quali la paura, la sfiducia, la preoccupazione o la perdita della speranza¹⁰⁷. Risulta chiaro quindi che solo un fisico e una mente in forze possono garantire a un potenziale migrante possibilità di successo nel superare gli eventuali effetti del viaggio. E tuttavia non solo nell'ambito del viaggio: infatti, chi gode di buone condizioni di salute riuscirà a meglio inserirsi nella comunità di arrivo, nella relativa rete sociale di supporto e di relazione, nell'ambito lavorativo. Specialmente nei primi periodi l'inserimento nel nuovo paese ospite può risultare difficile, incomprensibilmente ostile e macchinoso agli occhi del migrante, il quale sa che il suo più grande capitale da spendere nella nuova comunità è proprio il suo *corpo sano*, appunto, in primis in qualità di *forza-lavoro*. Un fisico sano infatti permette di rispondere ad un mercato del lavoro in piena crisi che svela al primo tentativo di accesso un mondo fatto di burocrazia e fallimenti in cui l'immigrato non sa quali strategie attivare; ma anche permette di cogliere le opportunità rappresentate da quei lavori o da quelle mansioni molto faticose e alla lunga usuranti solitamente destinate e offerte agli immigrati. Tale situazione è stata definita in letteratura *effetto migrante sano*.

A riprova di quanto detto, è utile esaminare i dati relativi all'ospedalizzazione delle persone immigrate in Italia¹⁰⁸, proprio perché sono i dati più consistenti che possediamo relativamente all'assistenza sanitaria a favore degli immigrati. Le persone immigrate ricorrerebbero all'assistenza ospedaliera e quindi al ricovero perlopiù per eventi fisiologici come il parto (per quanto riguarda le donne) o accidentali come i traumi (tra gli uomini immigrati i traumatismi rappresentano la causa più frequente di ricovero, con il 18,5% dei ricoveri in regime ordinario¹⁰⁹) e questa sarebbe la spia che spinge a definire il medio stato di salute degli immigrati buono al loro arrivo in Italia. Tuttavia, nel corso degli anni il profilo di salute

¹⁰⁷ Per una ricostruzione minuziosa delle aspirazioni, paure e fatiche del viaggio migratorio raccontate in seguito a un'indagine prolungata lungo le rotte dei migranti e mediante testimonianze dirette: S. Liberti, *A Sud di Lampedusa*, Roma, 2011.

¹⁰⁸ M. Ardigò, S. Geraci, M. Marceca, *op. cit.*, p. 300.

¹⁰⁹ Aa. Vv., *Salute degli immigrati. Decimo Rapporto Osservasalute*, Roma, 2012, p. 227.

dell'immigrazione muta: si registra infatti un lieve incremento dei ricoveri legati a malattie degenerative, cardiache o per chemioterapia. Tale dato starebbe a significare sia un possibile adattamento degli immigrati agli stili di vita in uso nel paese ospite, per forza differenti da quelli propri del paese d'origine, sia un progressivo invecchiamento di questa popolazione.

Tuttavia, le considerazioni appena portate all'evidenza, vengono in parte smentite dallo *studio sulla salute di immigrati e zingari in Italia* promosso dall'Istituto Superiore di Sanità¹¹⁰. Questo Rapporto infatti nega che la persona immigrata autoselezionatasi alla partenza parta sana e arrivi in Italia sana, ammalandosi eventualmente qui in Italia. Il patrimonio di salute dell'immigrato, qualora riesca ad arrivare in Italia, innanzitutto tende ad *usurarsi sempre più rapidamente* a causa di diversi fattori di rischio: il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza di lavoro o reddito, l'occupazione nei segmenti più bassi del mercato del lavoro che rasentano lo sfruttamento in condizioni prive di tutela e sicurezza, il degrado abitativo, l'assenza del supporto familiare, il clima differente da quello del paese d'origine e il tipo di alimentazione differente, la discriminazione nell'accesso ai servizi.

Inoltre, il medesimo Rapporto afferma come, conseguentemente a questo *capovolgimento*, l'immigrato medio era fino a pochi anni fa effettivamente giovane, forte nel fisico e stabile psicologicamente, con spirito d'iniziativa e pronto a usare le sue braccia come moneta di scambio nel nuovo contesto; ma oggi giungono nel nostro Paese molte persone *non più giovani*, non per forza acculturate, con progetti migratori temporanei e non pianificati, e le condizioni di salute di queste persone sono notevolmente peggiori rispetto a quelle possedute dall'immigrato medio di cinque o dieci anni fa.

Ciò è dovuto sicuramente, in primis, al fatto che i viaggi di migrazione sono diventati sempre più rischiosi e drammatici in seguito all'emanazione di politiche di aperto rifiuto di queste persone da parte del nostro governo, e, in secondo luogo, dallo status sociale a cui queste persone sono costrette a rimanere inchiodate una volta arrivate in Italia.

A proposito di tale questione la letteratura del settore evidenzia il manifestarsi con sempre maggior frequenza rispetto al passato delle cosiddette *malattie da disagio* o *malattie da degrado*, sarebbe a dire quelle malattie come tubercolosi, scabbia, pediculosi e infezioni veneree, virali e micotiche, ovvero le malattie della povertà, la cui maggior incidenza si riscontra tra la popolazione nomade e nelle persone senza fissa dimora. I contesti a maggior

¹¹⁰ S. Andreozzi, S. Geraci, A. Morrone, A. Spinelli, L. Toma (a cura di), *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*, Roma, 2003. Rapporti ISTISAN 03/4.

rischio di insorgenza di queste malattie, infatti, sono proprio quelle stesse condizioni di svantaggio socioeconomico, promiscuità e disagio igienico-abitativo.

A proposito della questione abitativa, è stato segnalato come nella popolazione immigrata sia particolarmente forte il nesso tra esclusione abitativa ed esclusione sociale. Il problema maggiore non è tanto la mancanza di un'abitazione, poiché gli immigrati pur di non rimanere senza un alloggio si adattano a qualsiasi sistemazione nelle nostre città, bensì la *qualità* delle condizioni abitative. Ci si riferisce quindi ai rischi per la salute legati alla stabilità strutturale dell'immobile, allo stato igienico dello stesso, alle caratteristiche microclimatiche dell'abitazione (umidità, carenza di ricambio d'aria, scarsa luminosità), all'eventuale sovraffollamento e alla collocazione dell'abitazione nei quartieri a più alto rischio di disagio ed emarginazione sociale (in ragione della presenza di individui/famiglie multiproblematiche o di assenza di servizi)¹¹¹.

Secondo alcuni, dunque, a fronte di un iniziale fase in cui era possibile riscontrare il sopra citato effetto migrante sano ci sarebbe stata una transizione verso il cosiddetto *effetto migrante esausto*, concetto con cui appunto

«viene indicato il logoramento accelerato del patrimonio di salute e l'accorciamento dell'intervallo di benessere»¹¹².

Ecco che una panoramica generale degli ultimi rilievi sulla salute immigrata in Italia lancia diversi allarmi: innanzitutto, segnala l'urgenza di trattare immediatamente pazienti provenienti da zone ad alto rischio per alcune malattie come parassitosi, tubercolosi, malaria, lebbra e AIDS, allo scopo di consentire diagnosi corrette e impostare terapie tempestive; mette in guardia da come, durante il disumano viaggio migratorio in condizioni igieniche pessime, gli stessi eventi fisiologici come il ciclo mestruale, la minzione o la gravidanza possano diventare rischi per la salute; evidenzia, inoltre, un incremento delle sindromi psicosomatiche, ansioso-depressive, che insorgono perlopiù negli immigrati provenienti da zone di guerra o in quelli che vorrebbero tornare nel proprio Paese ma non possono farlo perché vi è una guerra in corso o una persecuzione; e segnala anche, infine, il notevole numero di donne in stato di gravidanza che, al secondo o addirittura al terzo trimestre,

¹¹¹ Aa. Vv., *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, III, Milano, 2004, p. 37.

¹¹² F. Perocco, *op. cit.*, p. 139.

giungono in Italia senza essersi mai sottoposte a visita specialistica e aver praticato esami strumentali¹¹³.

I dati relativi agli infortuni sul lavoro tra gli stranieri, alle interruzioni di gravidanza tra le donne immigrate, la situazione di disagio psichico e la salute dell'infanzia confermano questo mutamento di tendenza e questo *profilo di salute peggiorato*, facendo luce su un più ampio contesto di accentuata fragilità sociale generalizzata¹¹⁴. Si vuole dunque di seguito esaminare gli ambiti che dimostrano maggior sofferenza sanitaria, imputabili a inefficaci politiche di integrazione e a difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari, i quali sussistono e persistono nonostante l'esistenza di fattori protettivi come la struttura anagrafica della popolazione immigrata e l'autoselezione alla partenza.

Per poter definire un profilo epidemiologico della popolazione immigrata in Italia è doveroso tener presente che essa è altamente variegata in ragione del retroterra culturale, delle caratteristiche anagrafiche, del periodo in cui è avvenuto il processo migratorio, della generazione di immigrazione e dello status giuridico (regolare o irregolare). Prima di cominciare ad osservare i dati riguardanti le aree di disagio sanitario appena citate, quindi, è bene premettere che la raccolta di tali dati non può essere precisa al massimo grado in ragione del fatto che le persone immigrate senza regolare permesso di soggiorno non rappresentano un dato visibile, e quindi non campionabile. Sarebbero necessarie stime attendibili delle presenze che comprendessero anche gli irregolari, rendendo conto dell'incidenza di alcune malattie e della loro evoluzione nel tempo¹¹⁵. Gli irregolari non solo tendono a non denunciare infortuni o malattie se non qualora si manifestasse un evento acuto, ma sfuggono anche ad una corretta registrazione a fine statistici da parte degli operatori della sanità.

¹¹³ Rapporti ISTISAN 03/4, pp. 6-7.

¹¹⁴ M. Ardigò, S. Geraci, M. Marceca, *op. cit.*, pp. 302-303.

¹¹⁵ Aa. Vv., *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, III, Milano, 2004, p. 36.

2.3.3 Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Per quanto riguarda il coinvolgimento della popolazione straniera in Italia negli infortuni sul luogo di lavoro e nelle relative malattie professionali è necessario riprendere il discorso già affrontato in precedenza circa la collocazione di queste persone nei settori peggiori del mercato del lavoro.

Tradizionalmente i lavoratori stranieri vengono inseriti nei lavori più instabili da un punto di vista contrattuale e di reddito, meno tutelati sul piano dei diritti e nei quali le misure di sicurezza e prevenzione di infortuni vengono meno rispettate. Tale fenomeno prende il nome di *segmentazione razziale del mercato del lavoro*.

Le tipiche mansioni svolte sono quelle a bassa qualifica come quelle di operaio generico, bracciante agricolo, manovale edile, collaboratore domestico e la concentrazione più alta avviene nei settori specifici dell'agricoltura stagionale, agro-alimentare, dell'industria metalmeccanica, tessile, edilizia, negli alberghi e nei ristoranti. Inoltre, più della metà di questi lavoratori sono occupati in aziende di piccole dimensioni, le quali presentano condizioni lavorative pesanti, basse garanzie di tutela dei diritti e un'elevata diffusione del lavoro irregolare¹¹⁶.

Tali occupazioni presentano le mansioni più faticose e usuranti per la salute psichica e fisica della persona, più nocive e insalubri se si tiene conto del contesto di lavoro. In questi segmenti dell'occupazione si registra un tasso infortunistico tra gli immigrati superiore a quello tra gli autoctoni¹¹⁷.

La prevalente concentrazione di lavoratori immigrati in tali segmenti viene vista come la banale conseguenza del rifiuto degli italiani di oggi a svolgere le mansioni più sottopagate, rischiose e faticose. In realtà le condizioni imposte da quei medesimi lavori hanno fatto allontanare i lavoratori autoctoni e risultano sopportabili solo a chi è pronto a sopportare tutto, appunto, pur di lavorare e tentare di rientrare nel novero dei regolari.

Un'altra spiegazione del fenomeno della concentrazione in determinati segmenti fornita dal discorso razzista e dai media è la presunta naturale predisposizione "razziale" di una data etnia a un determinato lavoro (ovviamente nocivo, pesante e di sfruttamento). In questo modo viene sottovalutata la gerarchizzazione dei lavori (e dei lavoratori) creata e voluta dal mercato

¹¹⁶ M. Ferrero, F. Perocco, *Razzismo al lavoro*, Milano, 2011, pp. 66-70.

¹¹⁷ F. Perocco, *op. cit.*, p. 140.

del lavoro, diretta responsabile della subordinazione dei lavoratori stranieri allo sfruttamento e della diffusione sociale di un certo modo negativo di guardare alle persone immigrate tutte, lavoratrici e non.

Questo processo di naturalizzazione, quindi, se da un lato legittima lo sfruttamento attraverso discorsi e discriminazioni di stampo razzista, dall'altro è addirittura più pericoloso nel momento in cui pone tale sfruttamento come fatto positivo in quanto fattore di crescita dell'economia nazionale.

I dati mostrano come, con andamento altalenante, la quantità degli *incidenti sul lavoro*, sia mortali che non, sia ad oggi piuttosto elevata. Nel corso degli anni Duemila vi è stato un sensibile incremento dei tassi di infortunio, partendo dai 92.746 casi del 2002, per arrivare ai 140.579 casi del 2007.

Se rivolgiamo lo sguardo ai dati degli anni più recenti, il 2010 è stato un anno peggiore del precedente in termini di infortuni sul lavoro. Si è passati infatti dai 119.240 infortuni del 2009 ai 120.135 del 2010 (15,5% degli infortuni complessivi). Pare migliorata invece la situazione concernente i casi mortali, che sono diminuiti passando dai 144 del 2009 ai 141 del 2010¹¹⁸.

La maggior parte degli incidenti sul lavoro si è concentrata nei settori delle costruzioni, dei trasporti e dei servizi all'impresa. Per quanto riguarda gli infortuni riguardanti il personale domestico (colf e badanti): 77 infortuni su 100 sono stati a carico proprio di lavoratori immigrati, in prevalenza donne.

Nel 2011 gli infortuni sul lavoro a carico di lavoratori stranieri sono stati 115.661 (-3,1% rispetto al 2010), quelli mortali sono stati 138¹¹⁹.

I dati più recenti che possediamo riguardano il 2012. Per quanto riguarda le denunce d'infortunio in occasione di lavoro suddivise in base al Paese di provenienza dell'individuo infortunato, sono stati stimati 567.852 casi tra lavoratori italiani, 27.039 tra lavoratori dell'Unione Europea (Italia esclusa), 73.843 tra lavoratori dal di fuori dell'Unione Europea¹²⁰.

I Rapporti mostrano l'incidenza più elevata di infortuni nelle occupazioni del Nord Italia (440 casi mortali nel 2010, contro i 199 del Centro e i 275 del Sud).

I medesimi Rapporti, inoltre, evidenziano la più alta concentrazione di tali incidenti all'interno dei settori dell'agricoltura e nel settore dell'industria, con picchi di accadimenti nelle costruzioni, nei trasporti, nei servizi alle imprese e nella metallurgia.

¹¹⁸ Rapporto Inail, Immigrazione, salute e lavoro, Dipartimento di Medicina del Lavoro, Settore Ricerca, 2011.

¹¹⁹ Rapporto annuale Inail, 2012.

¹²⁰ Rapporto annuale Inail, 2013.

I dati Inail, tuttavia, comprendono solo i casi formalmente denunciati, è dunque assente la casistica relativa ai lavoratori privi di contratto o privi di documenti. Risulta evidente, perciò, che i dati presentati dalle statistiche possono sviare da una corretta analisi del fenomeno tra gli stranieri e che vanno considerati come una lettura parziale, purtroppo, della realtà, visto l'elevato numero di irregolari impiegati in Italia e impiegati nel lavoro non formalmente dichiarato.

Tale situazione di elevata esposizione al rischio infortunistico è ascrivibile innanzitutto, come più volte segnalato, all'effettiva maggior concentrazione delle persone immigrate nelle mansioni a più alto rischio infortunistico, ma anche, secondariamente, alla provenienza di queste da Paesi in cui la sicurezza sul luogo di lavoro manca o non è adeguata al tipo di lavoro svolto, ad una formazione scarsa o assente relativa ai rischi che si possono correre sul luogo di lavoro e alla barriera linguistica che si frappone tra persona immigrata e datore o compagno di lavoro.

Per quanto riguarda, invece, il quadro delle *malattie professionali*¹²¹, i lavoratori immigrati sono particolarmente esposti all'ipoacusia, alle affezioni dei dischi intervertebrali, alle tendiniti e ai dolori addominali in genere; in una parola, a tutti quei disturbi tipicamente causati dalle occupazioni nel settore dell'industria, sia essa delle materie plastiche, dei metalli o del legno.

Le assistenti familiari¹²² che svolgono lavoro di cura presso anziani o disabili mostrano le patologie tipiche del personale socio assistenziale quali le patologie allergiche e irritative, causate dal contatto corporeo con sostanze chimiche; malattie infettive dovute al costante contatto con persone anziane afflitte da diverse patologie, le quali abbassano le difese immunitarie della persona assistente; ma anche lombalgie acute e mal di schiena generalizzati, dovuti ai movimenti pesanti e ripetuti che la loro mansione richiede in tutto l'arco della giornata di lavoro. Tra di esse è poi molto diffuso il disturbo di tipo depressivo, causato da una situazione di isolamento sociale e relazionale¹²³.

¹²¹ F. Perocco, *op. cit.*, p. 144.

¹²² C. Morini, *La serva serve. Le nuove forzate del lavoro domestico*, Roma, 2001.

¹²³ G. Chiaretti, *"Badanti", mal da lavoro, mal da rapporti sociali, fronteggiamenti in C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro? Medici e sociologi a confronto*, Milano, 2005.

Alcuni autori hanno messo in evidenza come sia scorretto sostenere che esista una questione sicurezza del lavoro legata intrinsecamente al lavoro migrante¹²⁴. Piuttosto è da sostenere la tesi secondo la quale il lavoro immigrato viene sfruttato dall'economia e dal mercato del lavoro al massimo livello, in quanto si tratta di manodopera redditizia poiché a basso costo e zero diritti. La forte presenza di immigrati tra le casistiche di infortuni sul lavoro è infatti imputabile alla condizione di profonda precarietà esistenziale che caratterizza il lavoratore immigrato specialmente nei primi periodi di arrivo nel nuovo Paese: le nostre politiche restie, come abbiamo visto, alla regolarizzazione di grandi flussi migratori creano di fatto assenza di diritto, dubbi sul proprio progetto di vita e, in un'ultima analisi, potenziale subordinazione allo sfruttamento.

Tali circostanze fanno dell'immigrato un soggetto a rischio di emarginazione sociale e disoccupazione, pronto di conseguenza a lavorare ad ogni costo e ad ogni condizione.

2.3.4 La salute riproduttiva delle donne immigrate

La maggior parte dei casi di ricovero e ospedalizzazione delle donne immigrate in Italia avviene per patologie della gravidanza, del parto e del puerperio. La loro salute riproduttiva mostra nei dati una situazione peggiore rispetto a quella afferente alle donne italiane¹²⁵ e tale differenza è senz'altro dovuta alle condizioni di svantaggio sociale in cui esse versano: tra le donne immigrate troviamo infatti un più alto tasso di natimortalità rispetto alla media, un più alto tasso di mortalità neonatale precoce, un più alto tasso di mortalità post-neonatale, un più alto tasso di nati con basso peso alla nascita, un più alto tasso di neonati colpiti da asfissia neonatale, ritardi vaccinali, scarsa informazione sulle opportunità di assistenza, un alto numero di tricotomie, episiotomie e tagli cesarei, un'assistenza pre-parto ridotta se non del tutto assente (ad esempio a causa della mancata osservazione dei follow up o del loro ritardo). Un'indagine dell'Istituto superiore di sanità ha mostrato che nel 1999 il 42,5% delle donne immigrate non si era sottoposta ad un controllo nel primo trimestre di gravidanza, contro il 10,7% delle italiane.

Questa situazione di rischio per la salute della donna e del bambino è da imputare alla mancanza di informazione di queste pazienti, le quali non vengono raggiunte dalle indicazioni

¹²⁴ F. Capacci, C. Sgarrella, *Migrazioni, salute e sicurezza sul lavoro*, da www.Saluteinternazionale.info.

¹²⁵ F. Perocco, *op. cit.*, p. 148.

circa i percorsi di screening e di aiuto psicosociale offerti alle gestanti dal Servizio Sanitario Nazionale all'interno di strutture pubbliche. La barriera culturale - linguistica all'accesso alle visite ginecologiche e alle diagnosi prenatali è un altro fattore che influenza e aiuta sicuramente questo stato di cose, insieme, ovviamente, ad una non adeguata alimentazione (sul piano quantitativo e qualitativo), a condizioni abitative insalubri e precarie e alla condizione di segregazione e solitudine cui le donne immigrate sono costrette nel nostro Paese, lontane dal supporto del proprio nucleo familiare e da qualsiasi rete relazionale nel Paese ospite¹²⁶. Queste determinanti spiegano facilmente il maggior rischio di complicazioni durante la gravidanza o il parto e anche di nati morti tra la popolazione immigrata.

La condizione di fragilità sociale in cui versano le donne immigrate è ulteriormente confermata dai dati riguardanti l'*abortività volontaria* tra le donne immigrate, ovvero i dati che registrano la tendenza all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) in questo gruppo di persone.

Tra le donne immigrate, infatti, è stato rilevato un maggior ricorso all' IVG rispetto alle donne autoctone. Il X Rapporto Osservasalute¹²⁷ ha distinto tre gruppi di cittadinanze allo scopo di confrontare i diversi gradi di ricorso all'IVG: le donne provenienti dai cosiddetti Paesi a forte pressione migratoria (PFPM), ovvero tutti i Paesi africani, dell'America centro meridionale, dell'Asia (esclusi Giappone ed Israele), dell'Oceania (escluse Australia e Nuova Zelanda) e i Paesi entrati nella UE a maggio 2004 e gennaio 2007; le donne provenienti dai Paesi a sviluppo avanzato (PSA) e le donne di cittadinanza italiana.

Tale Rapporto ha messo in luce come le donne italiane dimostrino tassi più bassi rispetto a qualsiasi altro gruppo di cittadinanza; mentre le donne provenienti dai PFPM presentano i tassi più alti di abortività.

Nel tempo, tuttavia, la differenza tra il tasso di abortività volontaria delle donne straniere e quello delle donne italiane è andata decrescendo: infatti nel 2003 i tassi di abortività tra le donne immigrate erano di 5,4 volte superiori a quelli tra le donne italiane e nel 2009 di 3,6 volte superiori. Il diminuire di questo divario potrebbe dipendere sia da un'avvenuta integrazione di queste donne nella società ospite sia da un mutamento delle scelte comportamentali relative alla procreazione responsabile, entrambe eventualità che potrebbero essere state conseguenza di specifici interventi di prevenzione o inclusione sociale.

¹²⁶ Aa. Vv., *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, III, Milano, 2004, p. 37.

¹²⁷ Aa. Vv., *Salute degli immigrati. Decimo Rapporto Osservasalute*, Roma, 2012, pp. 219-225.

Il medesimo Rapporto evidenzia inoltre che anche se la tendenza all'IVG continua a ridursi progressivamente nel tempo, la percentuale di interventi abortivi è invece in aumento, soprattutto a causa della crescente numerosità della popolazione immigrata femminile nel nostro Paese: in percentuale, a livello nazionale nell'anno 2003 sono stati effettuati interventi pari al 21,2% dei casi, nel 2009 pari al 30,0%; e la realtà dei fatti spinge a pensare che tali cifre e percentuali siano tutto sommato inaffidabili, poiché non terrebbero conto dell'altissimo numero di interventi di aborto clandestini effettuati in abitazioni/strutture private specialmente all'interno della comunità cinese¹²⁸.

Ulteriori dati che hanno cercato di indagare la situazione relativa all'IVG tra le donne straniere in Italia hanno evidenziato inoltre un maggior ricorso all'intervento da parte delle donne straniere presenti nel Nord Italia e un maggior ricorso da parte di donne con età media inferiore a quella delle donne italiane (secondo il sopracitato Rapporto Osservasalute l'età media delle straniere che optano per l'IVG si aggira tra i 20 e i 24 anni): queste straniere spesso sono donne per le quali la maternità si configura come un ulteriore disagio che altro non farebbe che accumularsi ai disagi già posseduti (vedi emarginazione sociale, disoccupazione, precarietà lavorativa, povertà ecc.) e per le quali, quindi, il ricorso all'IVG diviene metodo contraccettivo, da molte utilizzato al termine della dodicesima settimana in regime d'urgenza. E' stato notato, inoltre, un alto tasso di recidività, maggiore che tra le donne italiane.

I dati emersi da un altro recente studio promosso dall'Istituto superiore di sanità insieme all'Agenzia di sanità pubblica del Lazio mettono in evidenza che esistono rilevanti differenze per area di provenienza riconducibili alla cultura d'origine in grado di influenzare le scelte femminili sul piano procreativo¹²⁹.

La conoscenza di tali dati invoca ancora una volta la necessità di avviare pratiche di prevenzione e counselling che siano in grado di raggiungere e farsi comprendere da queste donne (magari avvalendosi di figure quali i mediatori culturali e operatori solidamente formati sotto il profilo giuridico ed antropologico) oltrepassando i deficit linguistici, la disinformazione e il ruolo riproduttivo di genere solitamente attribuito alle donne, cominciando a considerare anche il loro ruolo produttivo e quindi le loro esigenze legate ai ritmi e alle condizioni di lavoro, i quali sottraggono potenzialmente tempo ai check up della propria salute e non favoriscono di certo la possibilità di avere un figlio.

¹²⁸ Aa. Vv., *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, III, Milano, 2004, pp. 37-38.

¹²⁹ A. Spinelli *et al.*, *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*, Roma, 2006.

Tendenzialmente, infatti,

«il discorso dominante e le politiche pubbliche che prendono in considerazione il tema della salute della donna (immigrata e non) molto spesso si concentrano sul suo ruolo riproduttivo, sulla sua salute riproduttiva, trascurandone il ruolo produttivo, mettendo quindi in secondo piano la produttrice e la sua salute; con l'effetto di scindere i legami tra condizioni lavorative e salute, e di oscurare il rapporto fondamentale tra ruolo produttivo e ruolo riproduttivo»¹³⁰.

Come è stato fatto notare¹³¹, infatti, nell'ambito delle IVG tra le donne straniere è presente una disuguaglianza nella disuguaglianza, poiché queste donne sono impiegate in attività precarie e a bassa qualifica, e le motivazioni che le inducono all'IVG sono problemi economici, il timore di perdere il posto di lavoro, l'aver già dei figli, difficoltà di coppia o relazioni instabili.

Tale situazione dunque chiama in causa gli operatori della sanità e le politiche pubbliche affinché si adoperino per procedere con l'obiettivo di una maggiore integrazione nel tessuto relazionale e di comunità di queste donne e nel segno di una maggiore considerazione del carattere peculiare del lavoro di cura e del lavoro domestico, quindi dei ritmi e dei meccanismi segregativi che gli sono propri.

E' auspicabile poi un intervento di diffusione delle conoscenze capillare nelle scuole e negli spazi giovani dei Consultori attraverso progetti di informazione ed educazione sessuale per adolescenti e di sensibilizzazione alla prevenzione dei tumori femminili, di qui la necessità tutta italiana di potenziare e adeguare le risorse dei Consultori i quali sono giudicati sempre più carenti, sia in termini di numero di servizi che di operatori impegnati.

Un'ulteriore canale di promozione della salute femminile potrebbe essere anche la partecipazione attiva di queste stesse donne, le quali potrebbero essere stimulate dalle politiche locali a riunirsi in gruppi finalizzati alla condivisione di conoscenze e quindi di informazioni ed esperienze, compiendo così un passo verso l'inserimento in una rete sociale protettiva e nell'esercizio di pratiche democratiche¹³².

¹³⁰ F. Perocco, *op. cit.*, p. 150.

¹³¹ *Ivi*, p. 149.

¹³² *XIII Rapporto sulle Migrazioni 2007*, Milano, 2008, pp. 145-163.

2.3.5 Il disagio psichico degli immigrati in Italia

Il disagio psichico rilevabile oggi tra gli stranieri presenti in Italia si configura come effetto diretto del viaggio di migrazione, o meglio, del fatto totale migrazione, in parole povere dello scontro ineluttabile con sistemi di riferimento, simboli e usi differenti da quelli del proprio Paese d'origine, o ancora, delle esperienze di vita negative che queste persone provano una volta arrivate nel Paese ospite.

L'esperienza migratoria, come abbiamo visto, oltre a minare il fisico del migrante attraverso il passaggio inevitabile del viaggio, destabilizza la persona sul piano psichico trovandosi questa a dover cucire tra loro vissuti diversi e connotarli di senso. Infatti l'arrivo nel nuovo Paese sancisce una cesura nel percorso di vita della persona, cesura che è resa netta e profonda sia dalla ricollocazione spaziale sia dalla solitudine che il più delle volte caratterizza l'esperienza della migrazione. Tale strappo causa disorientamento e senso di debolezza in grado di sconvolgere l'equilibrio psichico del nuovo arrivato.

L'impatto sul benessere psichico può rivelarsi ancora più distruttivo qualora il viaggio migratorio si risolva in un fallimento, in ogni accezione del termine: sia che si tratti del rifiuto da parte della comunità che avrebbe invece dovuto accogliere l'immigrato, sia che si tratti dell'incapacità dell'immigrato stesso di aderire a uno stile di vita troppo distante da quello nativo. In ogni caso l'immigrato tenderà a sviluppare tutta una serie di sentimenti negativi quali senso di inadeguatezza, di impotenza, auto colpevolizzazione, vergogna e disagio al solo pensiero di tornare al paese natio senza aver realizzato i propri progetti.

La persona immigrata si trova quindi in una condizione di grande vulnerabilità psicologica e sociale alla quale tenta di far fronte opponendovi il delirio quale meccanismo di difesa estremo. Tale effetto è ancora più evidente nei casi di persone che hanno subito torture nel Paese d'origine o tra i rifugiati politici, nei quali compaiono sintomi dissociativi o persecutori. Infatti è stato provato¹³³ che la vicinanza della rete di supporto parentale e amicale trattiene la secrezione di ormoni dello stress e protegge inoltre la salute abbassando il rischio di disturbi depressivi e cardiovascolari.

Nel Paese ospite però gli amici italiani, segno di radicamento, sono un'eventualità rara e parlare del proprio Paese desta sconforto e dolore, specialmente quando le ragioni della migrazione sono state di tipo politico o conseguenti a eventi traumatici. Così vengono meno sistemi di riferimento culturale che orientano solitamente azioni e comportamenti, e la

¹³³ Aa. Vv., *La salute straniera. Epidemiologia culture diritti*, Napoli, 1994, p. 102.

nostalgia per il ritorno al paese natale diviene un'ossessione che accompagnerà il migrante lungo tutto il suo percorso di vita.

Ed è provato che in ogni esperienza di disturbo mentale legato all'immigrazione le lacerazioni interiori provate a causa di simili conflitti e la sofferenza derivata dall'impossibilità di confermare la propria identità culturale non si esprimono esplicitamente ma si cristallizzano sotto forma di sintomi¹³⁴. I più frequenti sono sicuramente le c.d. *somatizzazioni* (asma, gastrite, emicranie, ecc.), le quali testimoniano il processo di disarticolazione che spesso accompagna l'esperienza della transizione.

Tuttavia bisogna considerare l'alto numero di variabili che incidono sul disagio mentale del migrante e la valenza soggettiva e unica che queste assumono di caso in caso: è necessario perciò che gli operatori socio-sanitari riconoscano i percorsi di ciascun immigrato e gli elementi che li caratterizzano come *non sovrapponibili né generalizzabili*, allo scopo di arrivare più prudentemente e quindi più efficacemente al cuore del problema.

Se guardiamo alla realtà, negli ultimi decenni gli studi sulla psicopatologia degli immigrati si sono fatti sempre più numerosi a causa della sempre maggiore diffusione del disagio psichico tra gli immigrati in Italia. Nel corso di queste ricerche sono state segnalate e comprovate alcune criticità che sopraggiungono nello studio del fenomeno inerenti a parametri di analisi e possibilità di errore¹³⁵ che è bene tenere presenti.

Innanzitutto tali studi dimostrano che non è possibile studiare la malattia mentale immigrata in relazione a un'ipotetica categoria omogenea di persone poiché i migranti differiscono per storia personale, esperienza premigratoria, motivazioni e aspettative. Sono da aggiungersi poi, caso per caso, i fattori di attrazione, c.d. *pull-factors*, e di repulsione, c.d. *push-factors*, che influenzano scelte e percorsi della migrazione e anche delle scelte personali di ognuno.

In secondo luogo l'espressione disturbi psichici indica una classe di disturbi a contorni sfuocati, la cui definizione può cambiare in base ai criteri o agli orientamenti per cui opta il ricercatore. Ecco che la soglia stessa di distinzione tra la normalità e la patologia non può dunque essere rigida e definita bensì incerta e fluttuante a seconda del punto di vista adottato.

Un ulteriore problema emerso è la barriera comunicativa, o meglio linguistica e culturale, la quale non permette di validare strumenti di screening e diagnostici adeguati al contesto transculturale. Le conoscenze di psicologia e psichiatria transculturali infatti sono vaste ma non così diffuse da contrastare fenomeni di distorsione.

¹³⁴ *Ibidem.*

¹³⁵ R. Colasanti, S. Geraci, F. Pittau, *Immigrati e salute*, Roma, 1991, p. 43.

Ancora, gli indici utilizzati in tali studi per valutare i tassi di ricovero e di uso di servizi psichiatrici sono indici grezzi che non tengono conto dei fattori che hanno spinto il paziente immigrato a rivolgersi ad uno psichiatra piuttosto che a un medico di base o a un guaritore. Presso molte popolazioni, infatti, il rivolgersi ad uno specialista viene evitato poiché equivarrebbe a prendere su di sé lo stigma della follia.

Infine, emergono pregiudizi consapevoli e inconsapevoli a carico del ricercatore.

Per tutti questi motivi la ricerca nel campo della psichiatria della migrazione offre risultati a volte contraddittori e confusi.

Tuttavia, resta assodato da tutte le ricerche in materia che vi sia un'alta frequenza di malattie mentali tra gli immigrati.

Per tentare di spiegare questa realtà si sono a lungo opposte due teorie alternative, ovvero *l'ipotesi dello stress da migrazione* e *l'ipotesi dell'autoselezione negativa*.

Secondo la prima sarebbe il difficile processo di emigrazione dalla propria terra e dai propri affetti che, comportando sradicamento e scissione dell'identità, causerebbe un' alta incidenza della malattia mentale tra gli immigrati. Secondo la teoria dell'autoselezione negativa, invece, i gruppi migranti includerebbero un numero sproporzionatamente elevato di persone predisposte a sviluppare malattie mentali in ragione del fatto che il tentativo di emigrare viene preso in considerazione perlopiù da persone con rapporti sociali deboli e già votati nel Paese d'origine a disturbi schizofrenici.

Tuttavia, anche se il tasso di incidenza del disagio mentale tra gli immigrati si possa dire elevato in valore assoluto, non è stata dimostrata un'incidenza più alta tra gli immigrati rispetto alla popolazione autoctona. Perciò, alla luce del fatto che i vari aspetti del processo migratorio influenzano il benessere psichico dell'individuo, si è cominciato a chiedersi *a quali condizioni e in quali casi* si sviluppi la malattia mentale tra gli immigrati, piuttosto che considerarli un gruppo omogeneamente predisposto in partenza a tali disturbi.

I tre fattori determinanti possono essere sintetizzati all'estremo in: *fattori precedenti l'emigrazione, stress da transculturazione e emarginazione sociale*¹³⁶.

Se volessimo provare a riassumere i tratti che accomunano le diverse storie di migrazione, comunque, è doveroso tenere innanzitutto presente che in una certa misura la conflittualità culturale, di interessi e di modelli, è insopprimibile e che una società interculturale non è il presupposto da cui cominciare a studiare il fenomeno dell'immigrazione ma l'obiettivo finale, il punto di arrivo vivamente auspicato.

¹³⁶ Ivi, p. 54.

Per quanto riguarda i metodi di approccio terapeutico, è stato notato come i trattamenti farmacologici nei pazienti immigrati con esperienze di esilio o tortura siano privi di efficacia: l'unico approccio che alla lunga e con fatica può produrre qualche miglioramento è quello psicoterapeutico.

2.3.6 La salute infantile

I dati delle ricerche del settore¹³⁷ riportano come nel corso dell'ultimo decennio vi sia stato un enorme incremento nel nostro Paese di minori soggiornanti, infatti, esclusi gli irregolari, nel 2000 i bambini censiti erano 280.000, mentre nel 2009 la stima si è alzata a 932.675. A queste cifre andrebbero appunto aggiunti gli irregolari, ovvero i figli di genitori senza documenti, i Rom non residenti, i minori vittime di tratta allo scopo di immissione nella prostituzione e nella microcriminalità, i bambini profughi e i minori non accompagnati.

Inoltre, solo nel corso dello scorso (anno 2012) hanno fatto ingresso in Italia più di 20.000 minori stranieri¹³⁸.

Tale aumento rapidissimo di presenze ha trovato le politiche del nostro Paese impreparate a gestire i problemi socio-sanitari specifici di questi bambini e ha generato una situazione di estrema emergenza sanitaria.

Ad oggi infatti, i minori immigrati in Italia possono sì usufruire del codice STP, ovvero di straniero temporaneamente presente, per beneficiare di prestazioni inerenti la tutela dell'infanzia, le vaccinazioni e gli interventi di profilassi internazionale e antinfettiva senza apportare alcun onere finanziario qualora il paziente non possedesse le risorse economiche, ma non possono essere iscritti presso il servizio di pediatria di base, ovvero il Pediatra di famiglia.

Tale stato di cose lede i diritti fondamentali racchiusi nella nostra Costituzione¹³⁹, escludendo degli essere umani dal diritto alle cure e non badando così a possibili focolai di malattie infettive trasmissibili in termini di tutela della salute pubblica. In particolare si dovrebbe tutelare e curare i bambini immigrati giunti in Italia in tempi recenti, sia regolari che

¹³⁷ F. Cataldo, S. Geraci, M. R. Sisto, *Bambini immigrati: tutela legale e politiche socio-sanitarie in Medico e bambino*, V, 2011.

¹³⁸ *Minori Stranieri. Accoglienza temporanea in Italia 2013*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

¹³⁹ Articolo 2 Cost.: La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

irregolari, provenienti da regioni a maggior rischio sanitario, ovvero quei minori più predisposti a malattie endemiche, infettive e che presentano ritardi vaccinali, per poterli curare al meglio già al primo stadio della loro permanenza in Italia.

A questo proposito, la Società Italiana di Pediatria ha evidenziato che i problemi specifici e ricorrenti dei bambini immigrati presenti in Italia sono la malnutrizione, il rischio di malattie infettive contratte durante il viaggio oppure all'arrivo nel Paese di accoglienza, vista la loro condizione vaccinale non ottimale. A questi si aggiungono ovviamente i danni psicologici causati dal distacco dal loro usuale ambiente di vita e dallo stress della migrazione, i quali possono segnare indelebilmente la persona in quanto traumi.

Una volta giunti e stabilitisi in Italia, i minori stranieri dimostrano un'alta percentuale di disturbi di salute legati alla c.d. *insicurezza alimentare* e tale problema sta divenendo un vero allarme¹⁴⁰. Per *insicurezza alimentare* viene intesa l'impossibilità del nucleo familiare di provvedere ad un'adeguata qualità/quantità di generi alimentari che consentano una vita sana e attiva del bambino a causa di difficoltà economiche.

Si è comunque notato che i disturbi di salute infantili causati da carenze alimentari non si concentrano per incidenza in uno o alcuni gruppi etnici, ma si presentano invece maggiormente nelle famiglie di più recente immigrazione e con uno status socio-economico caratterizzato da povertà e precarietà. All'interno di questo gruppo, gli errori che sono più frequentemente adottati a causa di tali disturbi sono un allattamento esclusivamente al seno eccessivamente prolungato (fino all'anno di età e a volte anche oltre) e l'assunzione protratta di latte vaccino senza la progressiva introduzione di altri alimenti nella dieta del bambino.

Inoltre, in letteratura viene sottolineato che nel primo anno di vita i bambini stranieri, soprattutto irregolari, sono più frequentemente ricoverati per malattie respiratorie e otorinolaringoiatriche, i tipici problemi di un tardivo accesso ai servizi e di una maggiore esposizione ai rischi abitativi¹⁴¹.

Altri aspetti critici segnalati nell'infanzia immigrata sono la bassa copertura delle vaccinazioni obbligatorie e la carenza dell'intervento della pediatria di base.

Dal quadro di sofferenza sanitaria inerente i bambini immigrati nel nostro Paese qui riportato, quindi, appare urgente promuovere politiche di accesso pieno e solidale ai servizi sanitari,

¹⁴⁰ C. Leclercq, *Cibo e salute nei bambini immigrati*, 2010, da www.saluteinternazionale.info.

¹⁴¹ Aa. Vv., *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, III, Milano, 2004, p. 38.

quali erano state richieste da un insieme di parti in causa come la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), il Gruppo Nazionale di Lavoro per il Bambino Immigrato (GLNBI) afferente alla SIP (Società Italiana di Pediatria) già nel 2005, quando caldeggiarono l'apertura dell'iscrizione al Pediatra di Famiglia anche per i bambini irregolari.

3. Gli ostacoli alla tutela del diritto alla salute degli immigrati: le norme, le prassi

Dopo aver considerato la normativa inerente al diritto alla tutela della salute nel nostro Paese e la situazione sanitaria degli stranieri ivi presenti, ovvero quale sia il loro profilo medio di salute e quali siano gli ambiti di maggiore sofferenza sanitaria che li concernono, disponiamo di una cornice sufficientemente ampia da permetterci di osservare quali *interventi* vengono attuati da parte del diritto, delle politiche e dal mondo dei servizi alla persona in risposta a questa specifica domanda di salute.

Innanzitutto verrà presentata la normativa italiana attualmente vigente in materia di diritto alla salute degli stranieri (§ 3.1), la quale si differenzia in base alla provenienza dell'individuo immigrato (appartenente all'Unione europea oppure proveniente da un Paese esterno ad essa) e al suo status giuridico (regolarmente presente in Italia o irregolarmente presente), stratificando e gerarchizzando così le persone immigrate in base a un criterio di legittimità ad avere migliori e maggiori diritti rispetto ad altre.

Ecco quindi che discendendo questo ordine gerarchico creato dalla norma passiamo dagli aventi maggiori e più consistenti diritti concernenti prestazioni e servizi (i cittadini comunitari), agli aventi minori e più scarni diritti alla base della piramide gerarchica (gli immigrati extra-comunitari irregolarmente presenti in Italia), in uno sfumando progressivo mediante il quale tale normativa sembra arrogarsi il diritto di dividere, separare e diversificare le persone proprio sulla questione fondamentale della loro esistenza, la salute appunto, ledendo così la dignità umana.

In secondo luogo, si analizzerà la situazione relativa all'offerta sanitaria all'interno dei Centri di immigrazione in Italia (§ 3.2), ovvero nei Centri di accoglienza (CDA), nei Centri di accoglienza per richiedenti asilo (CARA) e nei Centri di identificazione ed espulsione (CIE).

Considereremo di seguito come la normativa nazionale sul diritto alla salute degli stranieri contenuta nel TU sia stata recepita dalle diverse Regioni italiane, attraverso l'esplicazione di due studi recenti sull'argomento, e in quali passaggi di questo processo sussistano potenziali

disuguaglianze che vengono a crearsi proprio a partire dalla disomogeneità di applicazione tra regioni (§ 3.3).

Infine, analizzeremo i diversi ostacoli all'accesso e alla fruibilità dei servizi socio-sanitari per gli immigrati in Italia (§ 3.4).

3.1 Il diritto alla salute degli stranieri in Italia: un diritto diversificato

La normativa nazionale del nostro Paese inerente alla tutela della salute delle persone immigrate è inserita nel Decreto Legislativo n. 286 del 1998, il *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*. Precisamente, all'interno del suddetto TU di riferimento ritroviamo al Titolo V le *Disposizioni in materia sanitaria, istruzione, alloggio, partecipazione alla vita sociale*, nell'ottica di favorire un approccio multidimensionale alle sfide dell'accoglienza e dell'integrazione poste dall'immigrazione costantemente crescente verso il nostro Paese. Tale normativa infatti si prefigge di intervenire nei diversi ambiti di vita della persona immigrata al fine di prevenire, limitare o annullare le conseguenze sulla persona delle varie determinanti sociali di salute legate innanzitutto come sappiamo allo status socio-economico, superando in questo modo l'approccio emergenziale in cui era relegata l'offerta di salute nei confronti dei migranti.

Come già osservato nel I capitolo di questo lavoro, la Costituzione italiana prevede all'articolo 32 che il diritto alla salute debba essere considerato nella duplice accezione di diritto fondamentale della persona e di interesse per la collettività, e il Titolo V del TU riprende pienamente questi principi per quanto riguarda il diritto alla salute degli stranieri.

Grazie all'articolo 32, infatti, il diritto alla tutela della salute non è vincolato al possesso dello status di cittadino/a italiano/a né allo status di residenza, ovvero che sia regolarmente o irregolarmente presente sul territorio italiano. Perciò nella nostra normativa interna attualmente vigente è sancito il diritto di qualunque straniero presente sul suolo della Repubblica di usufruire di cure idonee per il benessere collettivo e della propria persona. L'assistenza sanitaria, com'è ricordato dalla giurisprudenza costituzionale, ha natura di servizio pubblico e corrisponde a un diritto pieno e incondizionato della persona. Per questo la relativa situazione amministrativo-giudiziaria della persona è totalmente ininfluenza e non

si presenta come parametro discriminante nell'accesso alle cure¹⁴².

Dunque il diritto alla salute attiene ad ogni straniero presente nel territorio dello Stato e in frontiera nelle diverse dimensioni di: diritto di ogni individuo alla propria integrità psicofisica, diritto alla non compromissione dell'ambiente (poiché la salubrità dell'ambiente di vita e di lavoro è la premessa per essere in grado di mantenere la propria integrità psicofisica), diritto a non essere sottoposto a cure mediche contro la propria volontà e il diritto a ricevere trattamenti sanitari di prevenzione e cura efficaci e gratuiti nel caso in cui la persona non sia economicamente in grado di pagarne i costi.

Sul piano dell'attuazione di questa normativa risulta chiaro che si rendono necessari l'esistenza di strutture idonee a ricevere una domanda di salute universale, un approccio mentale solidaristico e anti-discriminatorio da parte degli operatori socio-sanitari e una certa disponibilità di risorse finanziarie appositamente destinate alla frangia della sanità pubblica.

A queste fondamentali variabili che porrebbero dei primi dubbi sulla buona riuscita dell'applicazione della normativa alla realtà, il diritto costituzionale risponde che, sebbene il diritto alla tutela della salute sia costituzionalmente condizionato da esigenze di bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti, permane la garanzia assoluta di un cosiddetto *nucleo irriducibile* del diritto alla salute salvaguardato dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana. E proprio questo nucleo irriducibile è da applicarsi anche agli stranieri, qualunque sia il loro status amministrativo e giuridico.

A questo proposito la copertura finanziaria può prevedere a seconda dei casi una differenza di quantità o qualità nei trattamenti di cura erogati ma resta comunque l'impossibilità di violare il nucleo minimo del diritto alla salute. Tale nucleo irriducibile, nel concreto, si articolerebbe nei seguenti doverosi interventi: la diminuzione della mortalità infantile e lo sviluppo sano di ogni bambino; il rispetto di buoni livelli di igiene ambientale e industriale; la profilassi e la cura delle malattie endemiche, epidemiche e professionali; lo stabilire condizioni che assicurino ad ogni persona servizi medici e assistenza socio-sanitaria¹⁴³.

E tuttavia all'interno della nostra normativa inerente al diritto alla salute esistono differenziazioni ancora più *strutturali*, le quali identificano diversi trattamenti sanitari ed erogazioni di prestazioni mediche attribuibili a specifiche categorie differenti di persone, stratificando e gerarchizzando così gli aventi diritto alla salute.

¹⁴² B. Nascimbene, *op. cit.*, p. 974.

¹⁴³ *Ivi*, p. 976.

3.1.1 L'assistenza sanitaria prevista per gli stranieri comunitari presenti in Italia

Vi sono infatti diversi gradi di accessibilità al SSN a seconda del gruppo di migranti¹⁴⁴. In primis esaminiamo il caso degli stranieri *comunitari* presenti in Italia.

L'assistenza sanitaria dedicata agli stranieri comunitari è regolata dal d. lg. 3 febbraio 2007, n. 30 di recepimento della direttiva comunitaria 38/2004 CE (riguardante il diritto di libera circolazione e di soggiorno dei cittadini UE), dalla nota informativa del Ministero della sanità, 3 agosto 2007 e dalla nota informativa del Ministero della sanità, 19 febbraio 2008.

La nota informativa del Ministero della sanità del 3 agosto 2007 distingue tra persone soggiornanti per un periodo inferiore ai tre mesi e persone soggiornanti per un periodo superiore ai tre mesi. Per quanto riguarda i primi, essi hanno diritto di soggiornare liberamente con il solo requisito del possesso di un documento di identità valido per l'espatrio ed hanno diritto all'accesso a cure urgenti o indifferibili mediante l'esibizione della tessera europea di assicurazione malattia (la cosiddetta tessera TEAM), la quale viene rilasciata dallo Stato di provenienza. Mentre, per i soggiornanti per un periodo superiore ai tre mesi, vige l'obbligo di richiedere l'iscrizione anagrafica al Comune di domicilio, la quale permetterà l'accesso all'assistenza sanitaria a condizioni paritetiche.

Il presupposto dell'iscrizione anagrafica è possibile solo se il cittadino comunitario è un lavoratore subordinato o autonomo dello Stato ospite; familiare che raggiunge o accompagna un cittadino UE avente il diritto di soggiorno; se dispone di risorse economiche sufficienti al suo sostentamento e di un'assicurazione sanitaria privata o di un altro titolo idoneo; se è iscritto ad un Istituto pubblico o privato in ragione del perseguimento di un titolo di studio o di formazione professionale e al contempo dispone di un'assicurazione sanitaria privata o altro titolo idoneo.

Osservando questa complessa casistica risulta chiaro dunque che il cittadino comunitario presente in Italia potrà accedere alle prestazioni sanitarie mediante tre modalità differenti: il possesso dell'iscrizione obbligatoria al SSN, il possesso di un'assicurazione privata o di altro titolo idoneo e quindi dei requisiti per l'iscrizione anagrafica, oppure tramite procedure speciali per i non iscrivibili né all'anagrafe né al SSN.

¹⁴⁴ P. Morozzo della Rocca, *Immigrazione e cittadinanza. Profili normativi e orientamenti giurisprudenziali*, Torino, 2008, p. 426.

L'iscrizione *obbligatoria* al SSN è prevista per quei cittadini dell'Unione che soggiornino sul territorio italiano per un periodo superiore ai tre mesi e che siano lavoratori per lo Stato ospite (subordinati o autonomi), familiari di lavoratori per lo Stato (anche non comunitari), familiari di cittadino italiano, in possesso di un attestato di soggiorno permanente (raggiungibile dopo 5 anni di soggiorno in Italia), disoccupato iscritto alle liste di collocamento o a un corso di formazione professionale, oppure titolare di specifici formulari comunitari. Il cittadino comunitario che soddisfi uno di questi requisiti potrà quindi rivolgersi all' Azienda Sanitaria Locale (ASL) di riferimento presentando la documentazione grazie alla quale potrà essere effettuata l'iscrizione al SSN; mentre l'iscrizione anagrafica può avvenire in un secondo momento.

Per quanto riguarda la *durata* dell'iscrizione al SSN è prevista un'iscrizione a tempo indeterminato per il lavoratore e per il familiare qualora il rapporto di lavoro stabilito abbia durata indeterminata; mentre l'iscrizione avrà durata uguale alla durata del rapporto di lavoro (se minore a un anno), o per un anno rinnovabile al massimo, per i rapporti di lavoro a tempo determinato.

Una menzione a parte richiedono le cittadine comunitarie vittime di tratta che sono comprese in programmi di assistenza e integrazione sociale, le quali possono iscriversi al SSN per un periodo pari alla durata del programma a cui sono iscritte.

Per un cittadino comunitario soggiornante per un periodo superiore ai tre mesi che non possieda i requisiti sopracitati si rende ugualmente possibile l'iscrizione all'anagrafe a patto che egli sia in possesso di risorse economiche sufficienti a mantenersi o iscritto a corsi di studio e che sia iscritto ad un'assicurazione sanitaria privata o detenga altro titolo idoneo. L'assistenza sanitaria prevista sarà specificata nel contratto assicurativo, il quale deve perlomeno comprendere le cure urgenti o indifferibili.

L'ultimo gruppo di persone afferente al macro gruppo dei comunitari è rappresentato da coloro che non sono in grado di esibire un'assicurazione privata né posseggono i requisiti per chiedere l'iscrizione all'anagrafe e perciò non possono fruire delle cure da parte del SSN. Di questo gruppo fanno parte i neocomunitari, ovvero i cittadini di Romania, Bulgaria e Polonia, che provengono da Stati dove l'accesso alle cure non è garantito universalmente ed equamente. Questo implica che lo Stato d'origine, qualora un proprio cittadino usufruisca di cure in un altro Stato europeo, non prende su di sé l'onere del rimborso per quei cittadini che non assisterebbe nemmeno all'interno del suo territorio.

Fino al 2008 i cittadini comunitari non iscrivibili al SSN si sono trovati privi di assistenza sanitaria, in seguito al d. lg. 3 febbraio 2007, n. 30, ma ora, grazie alla nota informativa del 19 febbraio 2008, essi hanno diritto comunque alle prestazioni indifferibili e urgenti. All'interno di queste sono comprese le prestazioni sanitarie relative alla tutela della salute dei minori (in ottemperanza della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989), alla tutela della maternità, all'interruzione volontaria di gravidanza a parità di condizioni con le donne iscritte al SSN e alle campagne di vaccinazione, agli interventi di profilassi internazionale e alla diagnosi e cura delle malattie infettive.

3.1.2 L'assistenza sanitaria per gli stranieri extracomunitari *regolarmente* presenti in Italia

L'assistenza sanitaria dedicata agli stranieri extracomunitari regolarmente presenti in Italia è regolata dall'articolo 34 e dall'articolo 35, 1° e 2° comma del d. lg. n. 286/1998, dall'articolo 42 del d.p.r. n. 394/1999 e dalla circolare ministeriale n. 5/2000. Attraverso questa normativa si intende dare a questi soggetti parità di condizioni e pari opportunità con il cittadino italiano. Grazie ad essa infatti sono stati annullati i requisiti che nel passato regolavano l'accesso all'assistenza quali la residenza, il limite temporale e le aliquote diversificate per l'iscrizione al SSN.

Nei confronti del SSN gli stranieri extracomunitari aventi status di regolare soggiornante su suolo italiano sono suddivisi in: stranieri obbligatoriamente iscritti al SSN, stranieri con iscrizione volontaria al SSN o ad altra assicurazione privata, stranieri non iscrivibili al SSN e stranieri che si avvalgono dell'assistenza sanitaria in base a trattati o accordi di reciprocità.

L'*obbligo di iscrizione al SSN* vige per gli stranieri regolarmente presenti che svolgano lavoro regolare subordinato o autonomo o siano iscritti alle liste di collocamento e per gli stranieri regolarmente soggiornanti o che attraversino la fase di rinnovo del permesso di soggiorno, per lavoro subordinato o autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza. Inoltre, l'iscrizione obbligatoria al SSN è prevista dalla legge anche per gli *stranieri detenuti* in Italia, che siano con o senza permesso di soggiorno ed è estesa ai relativi familiari a carico regolarmente soggiornanti.

Il 2° comma dell'articolo 34 del TU inoltre estende il diritto all'assistenza sanitaria anche ai familiari a carico che siano però regolarmente soggiornanti a loro volta. Mentre, i comma 1° e 2° dell'articolo 42 stabiliscono che non sia da considerarsi criterio di individuazione del diritto all'assistenza la residenza anagrafica, bensì il luogo di *effettiva dimora* del soggetto, ovvero quello indicato nel permesso di soggiorno.

Per quanto riguarda poi la durata prevista dell'iscrizione al SSN per questa categoria di persone, ai comma 2°, 3° e 4° del medesimo articolo 42 viene precisato come la durata di tale iscrizione sia uguale alla durata del permesso di soggiorno: dunque l'iscrizione al SSN scade nel momento in cui scade il permesso di soggiorno dello straniero extracomunitario o per mancato rinnovo dello stesso, o ancora per sua revoca o annullamento o per espulsione del titolare, cambiamenti da segnalarsi alla ASL da parte della questura.

Per il cittadino straniero extracomunitario con obbligo di iscrizione al SSN inoltre tale iscrizione sancisce di fatto una situazione di parità di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani, sia riguardo all'obbligo contributivo, sia all'assistenza erogata in Italia dal SSN, sia dalla sua validità temporale.

Mentre è prevista *l'iscrizione volontaria* al SSN per quegli stranieri extracomunitari che non rientrano tra la casistica elencata in precedenza. Essi devono assicurarsi autonomamente contro il rischio di malattia e infortunio o mediante un'assicurazione privata o mediante l'iscrizione volontaria al SSN. Tale previsione è sancita ai comma 3° e 4° dell'articolo 34 TU. I soggetti a cui è permessa l'iscrizione volontaria sono i cittadini extracomunitari con permesso di soggiorno superiore ai tre mesi (a meno che essi non siano studenti o persone alla pari, i quali possono richiederla anche con durate di soggiorno inferiori). Il diritto all'assistenza viene automaticamente esteso ai familiari a carico. Altri soggetti aventi tale diritto oltre agli studenti e alle persone alla pari sono il personale religioso, i dipendenti stranieri di organizzazioni internazionali operanti in Italia, il personale accreditato presso rappresentanze diplomatiche e uffici consolari, i titolari di permesso di soggiorno per affari.

In questi casi, l'iscrizione avviene dietro il versamento di una somma annuale pari a Euro 387,34 la quale comprende anche l'assistenza sanitaria dedicata ai familiari a carico. Tale somma nel caso di studenti e persone alla pari diventa di Euro 149,77. L'iscrizione volontaria al SSN inoltre ha durata per l'anno solare e gli iscritti hanno pari diritti rispetto ai cittadini italiani.

Tuttavia esiste anche una categoria di stranieri extracomunitari regolarmente presenti in Italia che *non* è assolutamente *iscrivibile* al SSN¹⁴⁵, nemmeno a titolo volontario: ciò vale per coloro che possiedono un permesso di soggiorno di durata inferiore ai tre mesi, ad esempio i turisti, i quali possono comunque accedere alle prestazioni sanitarie erogate dal SSN a patto però che paghino le relative tariffe determinate da Regioni e Province.

L'ultima categoria di persone in cui è frammentato il gruppo degli stranieri extracomunitari regolarmente presenti raggruppa coloro che fruiscono di assistenza sanitaria in base a trattati o accordi di reciprocità. Questa materia è regolata dal 2° comma dell'articolo 35 TU ed è disciplinata dalle norme previste nei singoli accordi. Ad oggi l'Italia intrattiene accordi sanitari di reciprocità con Argentina, Australia, Bosnia-Erzegovina, Brasile, Capo Verde, Croazia, Macedonia, Principato di Monaco, Repubblica di San Marino, Repubblica Federale di Jugoslavia, Svizzera, Tunisia e Uruguay.

3.1.3 L'assistenza sanitaria per gli stranieri extracomunitari *irregolarmente* presenti in Italia

L'assistenza sanitaria preposta invece per gli stranieri extracomunitari irregolari che si trovano sul suolo della Repubblica è regolata dall'articolo 35 TU, dall'articolo 43 del regolamento di attuazione d.p.r. n. 394/1999 e dalla circolare ministeriale n. 5/2000.

La normativa riesce così ad attuare perfettamente il principio di tutela della salute previsto dall'articolo 32 della Costituzione nella duplice accezione di diritto di ogni individuo comunque presente in Italia, al di là del suo status amministrativo e giuridico, e di salvaguardia dell'interesse della collettività, ovvero di protezione dalla diffusione di malattie e contagi.

Le tipologie di cura a cui questi soggetti hanno diritto sono le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, e quelle continuative per malattia e infortunio¹⁴⁶. Per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; per cure essenziali, le prestazioni diagnostiche e terapeutiche per patologie non pericolose nell'imminenza ma che col tempo potrebbero portare ad aggravamenti o cronicizzazioni; per cure continuative, quelle cure che assicurano al paziente

¹⁴⁵ Art. 35, 1° comma TU.

¹⁴⁶ Art. 35, 3° co. TU.

la possibilità di concludere l'intero ciclo diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo¹⁴⁷. Al comma 3° dell'articolo 35 TU vengono elencate alcune tipologie di cure essenziali per le quali è prevista una tutela particolare, ovvero: la tutela sociale della gravidanza e della maternità, aborto incluso, a parità di trattamento con le cittadine italiane; la tutela della salute del minore; le vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive; e gli interventi a favore dei pazienti tossicodipendenti.

Per quanto attiene l'*onerosità delle prestazioni* sanitarie, il 4° comma dell'articolo 35 sancisce che non è prevista la gratuità delle prestazioni a meno che il soggetto non sia indigente, ovvero privo di risorse economiche sufficienti. In questo caso, lo straniero dovrà sottoscrivere una *dichiarazione di indigenza* che lo esonererà esclusivamente dalla quota di prestazione che per il cittadino italiano sarebbe a carico del SSN. Praticamente, lo straniero extracomunitario irregolare indigente potrà usufruire gratuitamente solo di visite di primo livello (minori e adulti), urgenze, stato di gravidanza, patologie esenti, qualora sia esente in ragione dell'età o di stato gravemente invalidante. Altrimenti, dovrà comunque pagare la quota di partecipazione alla spesa come il cittadino italiano.

La registrazione delle prestazioni sanitarie fruite avviene tramite l'attribuzione del cosiddetto codice regionale STP, ovvero di straniero temporaneamente presente.

Tale codice è costituito da 16 caratteri i quali forniscono dati relativi al codice ISTAT della regione e della struttura pubblica che eroga le prestazioni, garantendo così l'assoluto anonimato. Il codice STP ha validità territoriale su tutto il territorio nazionale per la durata di sei mesi dal momento del rilascio, è rinnovabile e viene utilizzato sia per la richiesta su ricettario regionale di visite specialistiche, esami e farmaci erogabili a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, sia per la rendicontazione per le prestazioni fornite dalle strutture accreditate del SSN ai fini del rimborso¹⁴⁸. Per l'attribuzione la persona richiedente dovrà fornire le proprie generalità, data e luogo di nascita senza avere comunque l'obbligo di esibire un documento di identità.

Proseguendo, il comma 5° all'articolo 35 stabilisce che

«l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con il cittadino italiano».

¹⁴⁷ C. m. n. 5/2000.

¹⁴⁸ Art. 43, 3° comma TU.

Il comma 6° individua a quali enti debba rivolgersi l'ASL che eroga la prestazione in favore di uno straniero irregolarmente presente in Italia per ottenere il rimborso relativo all'onere delle prestazioni. Nel caso delle prestazioni urgenti o essenziali erogate in regime di ricovero o ambulatoriale, essa dovrà rivolgersi al Ministero dell'interno tramite le Prefetture; nel caso delle prestazioni che si riferiscono ad ambiti particolarmente protetti (indicati in precedenza menzionando il comma 3° dell'art. 35), invece, dovrà rivolgersi alla propria Regione. Anche le eventuali quote di partecipazione alla spesa non corrisposte dallo straniero resteranno a carico della struttura, la quale ugualmente ne richiederà il rimborso o al Ministero degli interni o alla Regione, attuando così il precetto costituzionale dell'art. 32 Cost. che stabilisce l'obbligo di assicurare cure gratuite agli indigenti.

All'articolo 43 del regolamento di attuazione d.p.r. n. 394/1999, precisamente al comma 8°, sono previste le modalità con le quali le Regioni possono fornire allo straniero irregolarmente presente le prestazioni essenziali e continuative, ovvero: nelle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati strutturati in forma poliambulatoriale o ospedaliera, anche in collaborazione con organismi del volontariato aventi esperienza specifica.

Tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno comunque prevedere l'accesso diretto senza prenotazione nè impegnativa.

La circolare ministeriale n. 5/2000, inoltre, prevede che le strutture appena nominate che si incaricano di erogare prestazioni sanitarie agli stranieri debbano stabilire la possibilità di accesso diretto e senza impegnativa del richiedente le cure.

Per quanto riguarda la questione della non espellibilità e diritto alle cure per stranieri extracomunitari irregolarmente presenti e gravemente ammalati, non vige per il momento nel nostro Paese alcuna previsione di legge specifica, diversamente da altri ordinamenti nazionali (quello francese, ad esempio). La Corte costituzionale ha comunque stabilito che la valutazione dello stato di salute e della necessità per il paziente straniero di essere sottoposto a cure urgenti e indifferibili (e quindi della sua temporanea non espellibilità) deve essere effettuata caso per caso, per non arrecare un irreparabile pregiudizio al suo diritto di salute, costituzionalmente tutelato. Vi sono stati inoltre dei casi di ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale, in seguito al quale il cittadino extracomunitario irregolarmente presente su suolo italiano si è visto riconoscere il diritto di soggiorno in qualità di persona bisognosa di cure urgenti e perciò è stato emanato divieto di espellere il ricorrente e

l'attribuzione, allo stesso, di ricevere le cure urgenti¹⁴⁹.

Altra previsione vige per quegli stranieri che si recano in Italia appositamente per ricevere cure mediche. L'ingresso e il soggiorno per motivi di cure mediche sono disciplinati dall'articolo 36 TU, dall'articolo 44 del relativo regolamento di attuazione (d.p.r. n. 394/1999), modificato dall'articolo 40 del d.p.r. n. 334/2004.

Tale permesso vale per tre tipologie differenti di richiedenti: stranieri che richiedano il permesso di ingresso per cure mediche, ai quali verrà concesso un permesso di durata pari alla durata prevista dal trattamento indicata nella documentazione della struttura sanitaria accettante; stranieri che vengano trasferiti per cure in Italia nell'ambito di interventi umanitari, per i quali il Ministero della sanità e il Ministero degli affari esteri autorizzeranno l'ingresso per cure in ragione del fatto che nel loro Paese di provenienza non esistono strutture sanitarie idonee; stranieri richiedenti cure in Italia nell'ambito di programmi di intervento umanitario delle Regioni.

3.1.4 L'assistenza sociale prevista per gli stranieri in Italia

L'assistenza sociale per stranieri extracomunitari regolarmente presenti è regolata dall'articolo 41 TU, modificato dall'articolo 80, comma 19°, l. n. 388/2000 e dall'articolo 20, comma 10°, l. n. 133/2008.

L'articolo 41 TU prevede che

«gli stranieri titolari della carta di soggiorno o di permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno, nonché i minori iscritti nella loro carta di soggiorno o nel loro permesso di soggiorno, sono equiparati ai cittadini italiani ai fini della fruizione delle provvidenze e delle prestazioni, anche economiche, di assistenza sociale, incluse quelle previste per i sordomuti, per i ciechi civili, per gli invalidi civili, per gli indigenti e per coloro che sono affetti da morbo di Hansen o da tubercolosi».

Le principali prestazioni economiche di assistenza sociale riguardano: erogazioni economiche per invalidi civili, ciechi civili e sordomuti; l'assegno sociale fornito dall'INPS; erogazioni economiche per gli indigenti; indennità di ricovero o cura ambulatoriale, indennità post-sanatoriale e assegno di cura e di sostentamento per malati di tubercolosi; sussidi comunali previsti per i malati hanseniani e per i loro familiari.

¹⁴⁹ Ci riferiamo a titolo di esempio alla *sentenza n. 01546/2009* Tar del Veneto.

Tra le principali prestazioni non economiche, invece, rientrano: il collocamento obbligatorio al lavoro; prestazioni sanitarie specifiche; ricoveri in centri di riabilitazione psicomotoria; esenzione dai ticket previsti per le spese di prestazioni diagnostiche e di laboratorio; fornitura di protesi.

L'articolo 80 comma 19° sopra citato ha limitato l'erogazione dell'assegno sociale e delle provvidenze economiche agli stranieri titolari di carta di soggiorno.

3.2 L'assistenza sanitaria all'interno dei Centri di immigrazione presenti in Italia

I cosiddetti *Centri di immigrazione* rappresentano una fetta a parte del mondo dell'immigrazione, dove troviamo persone immigrate recentemente, addirittura da poche ore come nel caso dei Centri di primo soccorso (CSPA), e portatrici quindi di bisogni e aiuti tempestivi allo scopo di dare rapidamente un conforto allo stato di logoramento fisico e psichico a cui le ha sottoposte il viaggio di migrazione e anche allo scopo di individuare prontamente gli individui che richiedono un'assistenza psicologica e sanitaria prioritaria, come ad esempio i minori non accompagnati, gli individui vittime di abusi o tratta, gli anziani, i portatori di handicap, gli affetti da malattie particolarmente acute o che in seguito allo stress fisico del viaggio possono comportare serie conseguenze.

Oggi in Italia esistono tipologie diverse di Centri dell'immigrazione, i quali si differenziano l'uno dall'altro in base alla *funzione* che ricoprono. I servizi previsti in favore degli immigrati e le prestazioni sanitarie erogate all'interno di essi variano in base alla tipologia¹⁵⁰.

I *Centri di primo soccorso ed assistenza* (CSPA) sono appositamente situati in prossimità dei luoghi di sbarco delle persone immigrate e rappresentano i siti di smistamento iniziale dei nuovi arrivati, i quali di conseguenza rimangono in queste strutture per un breve lasso di tempo (indicativamente dalle 24 alle 48 ore). L'offerta sanitaria qui presente prevede il servizio di assistenza infermieristica che provvederà a somministrare quotidianamente i farmaci prescritti, in caso di infortunio o malattia grave, provvederà a spostare la persona presso il centro di pronto soccorso, e, in caso di visite specialistiche e diagnostiche prescritte dal medico, provvederà ad accompagnare il soggetto presso la struttura che eroga la prestazione.

¹⁵⁰ www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti.

I *Centri di accoglienza* (CDA) sono strutture preposte all'accoglienza degli immigrati al loro arrivo in Italia per il periodo necessario a definire i provvedimenti amministrativi relativi alla loro presenza su suolo italiano, ovvero per stabilire la loro identità e la legittimità della loro permanenza. I CDA sono nati dalla Legge 563/1995, la cosiddetta Legge Puglia. All'interno dei Centri di accoglienza è previsto uno screening iniziale sulla salute del migrante e la compilazione di una scheda sanitaria personale, servizio di primo soccorso ed eventuale trasferimento presso altri presidi ospedalieri.

Tra gli immigrati arrivati ai Centri di accoglienza, coloro che si dichiarano richiedenti asilo vengono trasferiti in *Centri di accoglienza per richiedenti asilo* (CARA)¹⁵¹ per il periodo necessario all'esame della domanda d'asilo da parte della Commissione Territoriale. L'offerta sanitaria prevista per questa tipologia di Centro è identica a quella dei Centri di primo soccorso e accoglienza.

Infine, i Centri di identificazione ed espulsione (CIE) sono la struttura preposta al trattenimento degli immigrati che risultino irregolari. Queste persone vengono quindi fermate in questi siti in attesa dell'espulsione. L'offerta sanitaria è regolata negli stessi termini dei Centri precedentemente menzionati.

Per tutte queste strutture di accoglienza, identificazione ed espulsione sono previsti poi altri interventi dedicati alla persona costretta a viverci. Innanzitutto, l'appoggio di un mediatore linguistico e culturale che assista gli operatori nel momento del colloquio con l'utente immigrato e agevoli così la fruibilità delle prestazioni da parte dello stesso, facilitando anche la fruibilità di più prestazioni contemporaneamente. Un particolare riguardo poi è previsto dalla normativa per le vittime di tratta per le quali, qualora fossero di sesso femminile, è previsto un mediatore linguistico culturale donna. E' previsto anche un intervento di informazione riguardo la normativa italiana ed europea sull'immigrazione, sull'asilo e sul rimpatrio, e sul funzionamento del Centro in cui i soggetti si trovano, ovvero come comportarsi, quali servizi siano fruibili all'interno del Centro, dalla lavanderia alla mensa ai servizi di cura. Inoltre, è previsto il servizio di sostegno psico-sociale in favore di soggetti particolarmente vulnerabili, quali vittime di violenza e abusi, portatori di handicap fisici e persone con disagio mentale. Oltre che per questi motivi, un sostegno psico-sociale è

¹⁵¹ DPR 303/2004; D. Lgs. 28/1/2008 n. 25.

garantito anche per evitare eventuali danneggiamenti del capitale di salute psico-fisica della persona immigrata dovuti alla prolungata permanenza nel Centro¹⁵².

Infatti veniamo così al grave problema della permanenza eccessivamente prolungata che si riscontra nei Centri di immigrazione italiani, i quali, come ha affermato Alessandra Diodati, medico della Croce Rossa Italiana :

« I Centri oggi non ospitano, ma contengono».

Si parla sempre più frequentemente, infatti, di Centri al collasso a causa del sovraffollamento di questi.

Troppe persone immigrate restano in una data struttura ben oltre il tempo necessario e questo problema è sicuramente dovuto al fatto che i flussi migratori si stiano facendo sempre più consistenti e più frequenti, specialmente quelli dall’Africa all’Italia, ma anche allo scarso numero di strutture previste per accogliere i migranti sul territorio nazionale e alle difficoltà da parte delle politiche e del governo nel trovare soluzioni più rapide ed efficaci che abbiano lo scopo di trasferire i migranti in altre strutture.

3.3 Le normative regionali: la non uniformità operativa a livello nazionale

Premesso quale sia la normativa specifica relativa al diritto alla tutela della salute degli stranieri presenti in Italia, è ora necessario addentrarci nella questione dell’accessibilità e della fruibilità delle cure e delle prestazioni sanitarie da parte degli stessi. Abbiamo visto come ad oggi in Italia sia vigente un corpo legislativo che tutela, almeno teoricamente, l’accesso ai servizi sanitari alle stesse condizioni dei cittadini italiani, almeno nella maggior parte dei casi. Ci riferiamo qui non solo al sopra descritto TU, ma anche alla Costituzione della Repubblica e alla definizione dei *Livelli essenziali di assistenza (LEA)*¹⁵³, i quali sono stati definiti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001. Per quanto concerne questi ultimi, la riforma del Titolo V della Costituzione ha previsto proprio per le Regioni la possibilità di utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni aggiuntive (ma, si badi bene, mai inferiori) a quelle incluse nei Lea. Ciò implica che i LEA possono risultare

¹⁵² www.interno.gov.it/mininterno.

¹⁵³ “L’insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il Servizio sanitario nazionale (Ssn) eroga a tutti i cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza”, Definizione dei LEA da www.salute.gov.it/portale/salute.

differenti da regione a regione, anche se comunque quelli definiti a livello nazionale devono essere garantiti in tutto il territorio italiano. Anche in seguito all'emanazione della cosiddetta legge Bossi-Fini gli articoli del TU relativi alla tutela sanitaria degli immigrati non sono stati modificati, sancendo così una sostanziale condivisione politica su tale tema.

Tuttavia, affinché il diritto alla salute degli immigrati non resti meramente sulla carta ma venga applicato al bisogno della quotidianità, è necessario guardare alle Regioni italiane, a come fanno propria la normativa nazionale, con quali metodi e con quali tempistiche, per capire se esistano e quali siano le eventuali difformità e disuguaglianze relative all'accesso al mondo sanitario¹⁵⁴.

E' infatti la Regione l'ente preposto alla *programmazione delle politiche*, sanitarie e non, al quale spetta la traduzione degli input della normativa nazionale in *politiche locali*. Questo ci fa capire che facilmente saranno presenti difformità e ritardi, dovuti sia al radicato federalismo proprio dell'area sanitaria presente nel nostro Paese, sia al potere paralizzante che la burocrazia può esercitare, anche questa realtà altrettanto tipica del nostro Paese.

E' altresì compito della Regione individuare i destinatari delle proprie politiche, le procedure di attuazione ed eventuali ulteriori percorsi di tutela. Infatti si sono riscontrati dei casi in cui l'ente Regione ha potuto, attraverso il proprio contributo, supplire vuoti e dipanare dubbi persistenti nella normativa nazionale in materia sanitaria. E' questo un potere forte in mano delle Regioni che forse spesso viene sottovalutato e sul quale, invece, bisognerebbe esercitare più pressione nell'ottica di trovare soluzioni più adeguate all'attuale problema migratorio. Il processo di decentramento regionale ha previsto il passaggio di una serie di competenze dallo Stato alle Regioni e tra di esse rientrava la materia sanità. Tale processo di decentramento sanitario dallo Stato alle Regioni è causa tuttora di ritardi sia nell'emissione dei documenti necessari all'erogazione dei servizi, sia di interpretazioni arbitrarie delle leggi dello Stato, che ne condizionano l'efficacia.

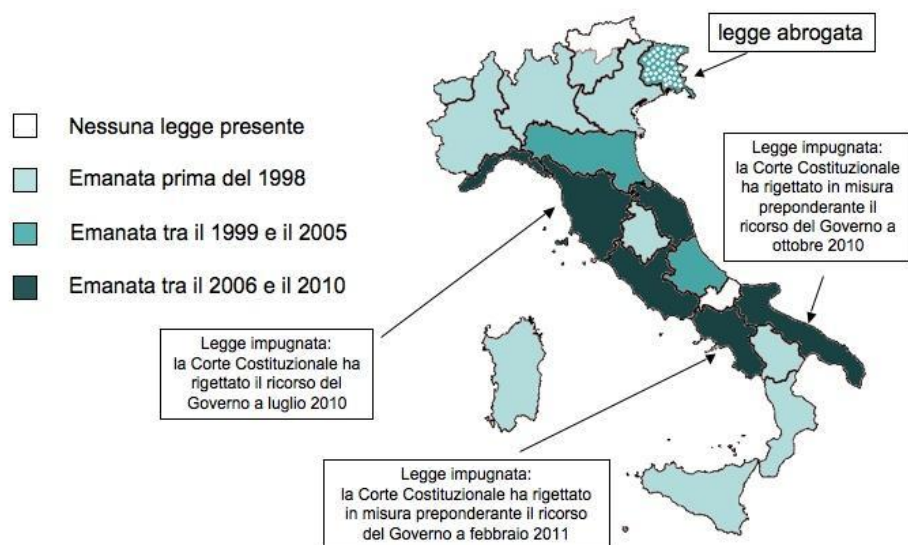
I dati di cui attualmente disponiamo, relativi alla situazione di applicazione della normativa nazionale alla normativa regionale, provengono dalla ricerca dell' *Osservatorio sulle politiche locali per l'assistenza sanitaria agli stranieri*¹⁵⁵, afferente all'area sanitaria della Caritas di Roma, il quale si occupa da vent'anni dello studio comparativo dell'avanzamento di tali politiche sanitarie nelle varie regioni italiane, proprio allo scopo di disporre di una visione d'insieme e quindi di una valutazione del funzionamento di queste politiche locali.

¹⁵⁴ S. Geraci, B. Martinelli, *Politiche locali per il diritto alla salute degli immigrati*, Roma, 2002.

¹⁵⁵ S. Geraci, B. Martinelli, *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Roma, 2010.

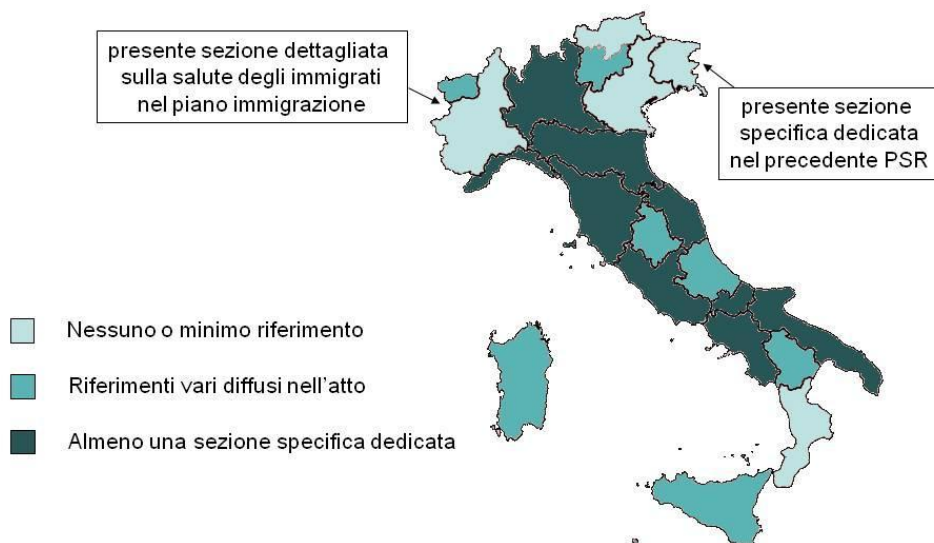
Alcune Regioni, dal momento di entrata in vigore del TU concernente l'immigrazione, hanno cominciato le consultazioni di tutti gli stakeholder che il caso richiedeva per stendere un testo di legge regionale riguardante la materia della sanità migrante; altre hanno invece recepito le direttive nazionali attraverso delibere, circolari regionali, Piani Sanitari Regionali e Piani e Programmi annuali o triennali sull'immigrazione, tutte iniziative a carattere locale.

Leggi locali sull'immigrazione



Fonte: S. Geraci, B. Martinelli, Roma, 2010.

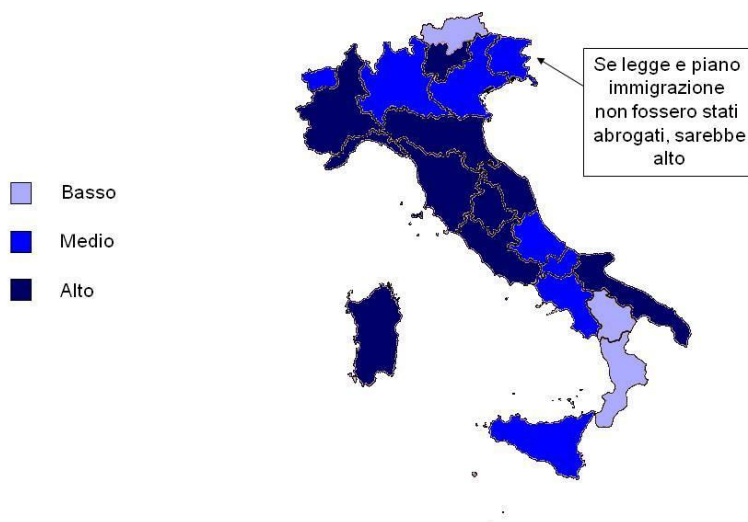
Piani sanitari o socio-sanitari locali: attenzione verso gli immigrati



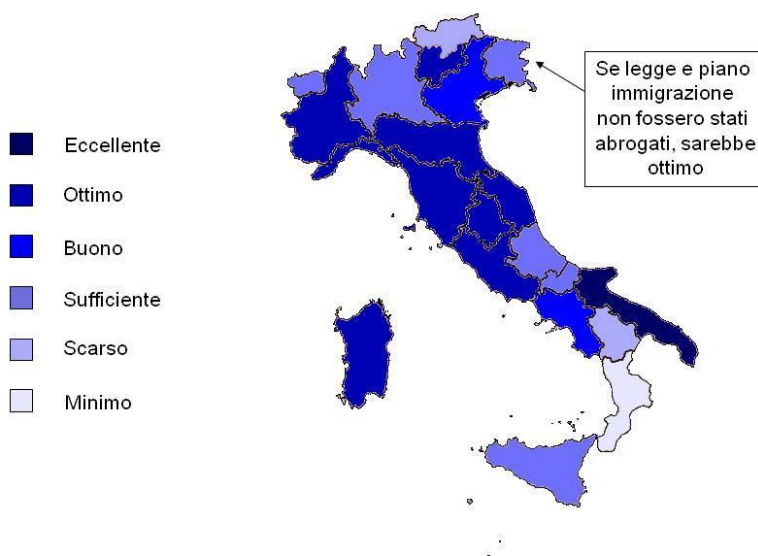
La medesima ricerca ha voluto mettere in luce il livello di implementazione delle politiche sanitarie regione per regione, basandosi su dei criteri di valutazione, o *indici sintetici*, individuati in: uniformazione della legislazione regionale a quella nazionale; analisi della definizione e dell'attuazione degli strumenti con i quali la Regione risponde al bisogno di salute dell'immigrato (ad esempio la creazione di strutture sanitarie particolari o di osservatori); presenza o meno di interventi di prevenzione che influiscano innanzitutto sulle determinanti psicosociali di salute e che prestino particolare attenzione a due ambiti di profonda sofferenza sanitaria come la salute materno-infantile e gli infortuni sul luogo di lavoro; presenza di formazione adeguata, o di adeguati progetti di formazione, per il personale socio-sanitario operante con i migranti; possibilità di mettere a disposizione dei migranti un efficace servizio di mediazione affinché essi possano accedere agevolmente alle cure e alle prestazioni dietro efficace informazione; modalità con cui viene erogata l'assistenza sanitaria per gli immigrati non regolarmente presenti in Italia, ovvero quanto venga tenuto in considerazione il loro bisogno di salute nonostante siano irregolari; infine, presenza o assenza di interventi sanitari a favore dei cittadini neocomunitari (rumeni e bulgari) per i quali spesso non sono garantite le cure a cui avrebbero diritto in qualità di comunitari poiché sono ancora sprovvisti di copertura sanitaria e relativa tessera TEAM.

La rappresentazione sintetica che ne è stata dedotta riporta, appunto, una certa difformità sul piano di impegno e considerazione che le Regioni hanno investito sul tema della salute migrante. Questo risultato è necessariamente, quindi, la causa delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi e delle eventuali differenze che si possono riscontrare nei profili di salute di migranti presenti in regioni diverse. Le immagini di seguito riportate esplicano efficacemente tali risultati e rientrano esse medesime nella ricerca dell'Osservatorio.

Indice sintetico sul livello di avanzamento delle politiche sanitarie locali



Indice di impatto delle politiche sanitarie locali



Un'altra importante ricerca promossa dal Ministero della salute in accordo con il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie della Regione Marche, dal titolo *Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali*¹⁵⁶, fa luce sul grado e sulle modalità con cui le Regioni hanno trasformato in atti le indicazioni di principio contenute nella legge nazionale. Gli obiettivi di tale ricerca infatti sono stati la conoscenza del grado di adesione delle regioni italiane alla normativa nazionale e la rilevazione delle tipologie di servizi presenti sul territorio. Tale studio si è concentrato fondamentalmente su come sia stata organizzata l'assistenza sanitaria di base per gli stranieri STP nelle varie regioni italiane, in ottemperanza al d.p.r. n. 394/99.

Dai risultati dell'indagine emerge innanzitutto che delle 21 regioni italiane 12 hanno emanato Circolari o Delibere, attraverso le quali hanno dato indicazioni alle Aziende sanitarie su come organizzare l'assistenza sanitaria, ovvero le cure essenziali e continuative, per gli immigrati STP. Queste sono state: Piemonte, Provincia autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche, Lazio, Umbria, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna.

Le rimanenti 9 regioni hanno lasciato invece carta bianca alle singole Aziende sanitarie.

Riguardo ai servizi attivati su spinta della normativa nazionale, è risultato che in 14 Regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna) è stata prevista l'attivazione di ambulatori di medicina generale presso i servizi territoriali che propongono un accesso

¹⁵⁶ Aa., Vv., *Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia*, Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche, 2007.

facilitato senza prenotazione e che forniscono assistenza gratuita agli stranieri. La Provincia autonoma di Trento, la Regione Toscana e la Regione Umbria, hanno previsto un accordo direttamente con i medici di medicina generale, in modo che essi erogino assistenza sanitaria di base agli stranieri STP rivolgendosi poi al Servizio sanitario regionale per la rendicontazione. Mentre in Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna sono stati messi in funzione degli ambulatori di volontariato in convenzione con le Aziende sanitarie del Sistema sanitario regionale, ovvero degli ambulatori che erogano assistenza medica di base gratuita gestiti da associazioni convenzionate con la struttura pubblica sulla base delle definizioni dei tempi e delle modalità di erogazione del servizio di cura. In 5 Regioni risultano poi essere attivi ambulatori dedicati agli STP presso le Aziende Ospedaliere (Provincia autonoma di Bolzano, Veneto, Liguria, Lazio, Abruzzo). Ancora, in Lombardia, Puglia e Liguria sono presenti ambulatori di volontariato non convenzionati con il SSR, ovvero ambulatori gestiti autonomamente da associazioni no-profit. Infine, la sola Basilicata prevede l'accesso all'assistenza sanitaria dedicata agli STP unicamente attraverso il Pronto Soccorso.

A proposito poi di una delle aree sanitarie di maggiore interesse ed urgenza legate alle migrazioni, ovvero l'assistenza pediatrica ai piccoli STP, essa risulta dalla medesima ricerca *molto carente*. Infatti solamente 4 regioni hanno individuato le modalità di accesso all'assistenza pediatrica: Friuli Venezia Giulia, Provincia autonoma di Trento, Toscana e Umbria hanno previsto l'accesso alle cure pediatriche tramite l'iscrizione mediante codice STP anche per i piccoli pazienti. Nessuna regione, invece, prevede l'iscrizione dei bambini figli di immigrati clandestini al SSN.

I risultati emersi da questi studi preoccupano se consideriamo che il nostro Sistema sanitario nazionale è nato con un'impronta fortemente solidaristica ed universalistica. I pazienti che presentano maggiore vulnerabilità sociale e sanitaria, tra i primi i migranti, dovrebbero essere particolarmente protetti dal rischio di una carenza di cure e assistenza, anche in ottemperanza al duplice intento dell'articolo 32 Cost., oltre che per una motivazione di dignità e diritto umani. Invece oggi assistiamo ad una preoccupante *discontinuità applicativa* che rispecchia i differenti pensieri politici locali, nonostante siano passati quasi quindici anni dall'entrata in vigore delle norme precedentemente citate. Addirittura

«[...] 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»¹⁵⁷.

Questo stato di cose è una delle cause che attualmente in Italia condiziona e limita fortemente l'accesso a cure idonee per i pazienti stranieri irregolari, ponendosi così come ulteriore fattore di disuguaglianze a carico delle persone migranti.

Se vogliamo invece rivolgere lo sguardo alla valutazione dei *costi* relativi all'erogazione dei servizi sanitari dedicati agli immigrati, dobbiamo considerare due studi che conducono al medesimo risultato¹⁵⁸.

Il primo di questi afferma che il CIPE assegna ogni anno un fondo di 30 milioni di euro alle Regioni finalizzato esclusivamente alla copertura delle spese sanitarie per gli immigrati irregolari; mentre il Ministero dell'Interno provvede ai rimborsi con una dotazione annua di 12 milioni di euro. La spesa complessiva dunque si aggira intorno ai 42 milioni di euro, corrispondente ad una quota capitaria di 100 euro: perciò assistere anche gli immigrati irregolari, i quali rappresentano lo 0,5 – 0,75% della popolazione totale presente, costa solo lo 0,06% del fondo sanitario nazionale e la spesa relativa risulta già finanziata da diversi anni.

Il secondo studio ha calcolato che i costi annuali relativi all'assistenza sanitaria per gli immigrati irregolari sono in eccesso rispetto alla somma dei due finanziamenti appena citati, ma solo di un 10% e sono comunque coperti dall'eccedenza derivante dagli introiti fiscali destinati all'assistenza sanitaria e versati dagli immigrati regolari. Ecco perché nel suo insieme l'immigrazione migliorerebbe addirittura, secondo gli esperti, i conti della sanità pubblica italiana.

¹⁵⁷ I. El Hamad, S. Geraci, *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre.*, in *Italian Journal of Public Health*, III, 2011.

¹⁵⁸ P. Morozzo della Rocca, *op. cit.*, pp. 443-444.

3.4 Le norme di legge che non trovano applicazione nelle politiche sanitarie: l'accesso e la fruibilità dei servizi socio-assistenziali

Nonostante il nostro ordinamento nazionale disponga di un insieme di leggi che tutelano il diritto alle cure sanitarie per l'essere umano indipendentemente dal suo status giuridico e dal suo status socio-economico, permangono ancora oggi in Italia diverse strutture che rendono difficoltoso di fatto l'accesso ai servizi socio-assistenziali e quindi anche la loro fruibilità.

In questo senso possiamo dire che la norma non trova applicazione nelle politiche sanitarie, ovvero il principio universalistico ispiratore del diritto non riesce a calarsi nella quotidianità dei servizi sanitari, i quali finiscono col dedicarsi prevalentemente agli utenti autoctoni, ignorando così qualsiasi principio di equità e producendo un'ulteriore disuguaglianza tra autoctoni e stranieri, la disuguaglianza nell'accesso al mondo dei servizi appunto. Il risultato è uno strappo tra il diritto sancito e le prassi operative, già di per sé varie e difformi sul territorio nazionale e fautrici di disuguaglianze come abbiamo visto poco fa, le quali costruiscono esclusione e barriere di diversa origine.

Possiamo così raggruppare le diverse tipologie di barriere all'accesso: *barriere giuridico - legali*, *barriere economiche*, *barriere burocratico - amministrative* e *barriere organizzative* (§3.4.1).

Mentre, le potenziali barriere alla fruibilità dei servizi sarebbero le *barriere comunicative e linguistiche*, e quelle *comportamentali* (§3.4.2).

Infine, brevemente, elencheremo quali sono nel nostro Paese e a livello internazionale gli organismi che si adoperano per colmare le lacune operative (§3.4.3).

3.4.1 Le barriere all'accesso ai servizi socio-assistenziali

Per quanto riguarda una prima tipologia di barriera all'accesso per gli utenti immigrati, ovvero la *barriera giuridico - legale*, dobbiamo guardare alle conseguenze che ha avuto il cosiddetto *Pacchetto sicurezza* emanato attraverso la legge 94/2009 sia relativamente al clima che esso ha instaurato tra gli immigrati, sia in relazione alle proposte che vi erano contenute.

Come abbiamo visto nel capitolo precedente, la legge 94/2009 ha introdotto all'articolo 1 comma 16 il reato di ingresso e soggiorno irregolare, ovvero il *reato di clandestinità*. In relazione a questi casi tale legge avrebbe previsto il conseguente obbligo di denuncia per pubblici ufficiali e incaricati al pubblico servizio, compresi, quindi, tutti gli operatori della

sanità. Questa clausola ha sollevato un intenso dibattito nel mondo dei servizi sanitari e sociali e ha peraltro creato un *attrito tra due norme contrastanti*: il *divieto di segnalazione*, previsto come abbiamo visto all'articolo 35 comma 5 del D. Lgs. 286/98, e *l'obbligo di denuncia* del migrante irregolare. Infatti la nuova legge si configurava come impostata al contempo attorno ad un divieto e ad un obbligo, non prevedendo l'abrogazione del divieto di segnalazione, però

«a fronte di un reato perseguibile d'ufficio (come appunto quello di clandestinità) obbligava l'operatore sanitario, in qualità di pubblico ufficiale o di incaricato del servizio pubblico, alla denuncia dello straniero della cui condizione di irregolarità fosse venuto a conoscenza nell'esercizio della propria funzione (articoli 361 e 362 Codice Penale)»¹⁵⁹.

A questo punto quindi il mondo della sanità non ha più potuto condividere una prassi che stroncasse così la possibilità di un essere umano di venire curato a causa del suo status giuridico, né ha potuto accettare lo scadimento per non dire l'annullamento del carattere universalista del diritto alla salute a prescindere da qualsiasi condizione soggettiva dell'utente: ecco perché gli ordini dei medici, degli psicologi, degli assistenti sociali, i colleghi degli infermieri e delle ostetriche, buona parte del mondo accademico universitario, le ONG e molte organizzazioni religiose e laiche in genere si sono uniti e si sono schierati contro l'obbligo di denuncia dei clandestini richiedenti le cure, dando vita alla campagna del *Noi non segnaliamo*.

Il contrasto è stato risolto dalla Circolare n. 12/09 del Ministero dell'Interno, la quale ha chiarito che, non essendo stato abrogato l'articolo 35, il divieto per il personale operante in sanità continua ad avere il divieto di segnalare lo straniero clandestino alle autorità, salvo in caso di obbligo di referto a parità di condizioni con il cittadino italiano, ai sensi dell'articolo 365 codice penale. Tuttavia l'obbligo di referto, come specificato dalla circolare, sussiste esclusivamente per i delitti per i quali sia necessario procedere d'ufficio, perciò non ricorre per il reato di immigrazione clandestina, trattandosi di un reato contravvenzionale e non di un delitto.

¹⁵⁹ M. Bonati, F. Severino, *Migranti e salute: tra diritto (alle cure) e reato (di clandestinità)* in *Italian Journal of Public Health*, vol. 8, n. 3, suppl. 3, 2011.

Inoltre, la medesima circolare attesta che lo straniero irregolare non abbia l'obbligo di esibizione dei documenti di soggiorno per accedere alle prestazioni sanitarie. In questo modo il mondo della sanità ha ribadito con fermezza alle istituzioni e alla società civile i principi deontologici della propria professione.

Tuttavia, la legge 94/2009, sebbene sia stata osteggiata efficacemente nella sua proposta di obbligo di segnalazione delle persone irregolari, ha comunque creato un *diffuso senso di timore*, incertezza e sfiducia che rischia di ridurre notevolmente il libero e spontaneo accesso ai servizi da parte delle persone immigrate. Questo clima, è sostenuto da un'inadeguata informazione sui servizi, da pregiudizi del personale medico-sanitario oppure dalla sfiducia dell'utente nei confronti dei servizi, è l'*effetto peggiorativo* che tale legge ha avuto sui migranti e sul loro stato di salute.

E il timore dei migranti irregolari è giustificato anche dalla sovrapposizione esistente tra la normativa in materia di immigrazione presente nel TU e la nuova legge 94/2009: un caso lampante in questo senso sono le donne immigrate irregolari in stato di gravidanza presenti in Italia. Per questa categoria di persone l'articolo 19 del TU prevedrebbe l'inespellibilità durante la gravidanza e per i sei mesi successivi alla nascita del figlio, attestata da uno speciale permesso di soggiorno (ex articolo 19) il quale però non può essere prorogato né convertito in un altro permesso di soggiorno. Inoltre, tale permesso speciale non annulla lo status di clandestina, ma la protegge solo provvisoriamente dall'espulsione: ciò implica che la donna allo scadere del sesto mese d'età del figlio verrà comunque rimpatriata secondo la prassi. La situazione rivela un paradosso: queste donne infatti hanno sì diritto a richiedere questo specifico permesso di soggiorno, ma per ottenerlo sono costrette ad autodenunciarsi. L'esito della vicenda potrebbe essere un processo giudiziario con possibile condanna a pagare dai cinque ai diecimila euro.

Per quanto riguarda il reato di ingresso e soggiorno illegale (articolo 10 bis) non vengono fatte eccezioni nemmeno per i minori: essi sono inespellibili (articolo 19) e quindi si potrebbe ritenere non applicabile ad essi almeno il reato di soggiorno illegale (mentre permarrebbe invece quello di ingresso illegale).

E' normale dunque che gli immigrati irregolari si sentano titubanti e sfiduciati e perciò rinuncino a rivolgersi ad un pubblico ufficiale addetto alla pubblica sicurezza qualora si trovino in situazioni di difficoltà per paura di essere perseguiti o espulsi o, ancora, di essere arrestati per reato di permanenza illegale a seguito dell'espulsione, se il provvedimento di espulsione è già avvenuto.

Inoltre, anche l'obbligo di esibire il permesso di soggiorno in sede di richiesta di atti di stato civile desta diverse preoccupazioni nelle persone immigrate. E anche se la circolare del 7 agosto 2009 del Ministero dell'Interno ha chiarito che

«per lo svolgimento delle attività riguardanti le dichiarazioni di nascita e di riconoscimento di filiazione (registro di nascita dello stato civile) non devono essere esibiti documenti inerenti al soggiorno trattandosi di dichiarazioni rese, anche a tutela del minore, nell'interesse pubblico della certezza delle situazioni di fatto»,

tale norma può comunque scoraggiare la tutela del minore e della maternità.

E' l'insieme di queste situazioni a creare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari tra autoctoni e migranti sulla base di una diversità giuridico – legale, proprio in Italia, dove possediamo un corpo giuridico in cui il principio di salute universale sarebbe un diritto consolidato e motivo di orgoglio.

Un secondo ostacolo evidente all'accesso alla salute da parte dei migranti è rappresentato dalle *barriere economiche*. Infatti, il semplice fatto di non essere informati sulla possibilità di essere esentati dal pagamento del ticket pur avendone magari il diritto, comporta una discriminazione nei confronti dell'immigrato e non solo, diffonde anche l'idea che le cure siano irraggiungibili o meglio inaccessibili per la popolazione immigrata in ragione dei costi relativi che non sono sostenibili per questi individui particolarmente vulnerabili sotto diversi punti di vista.

Proprio per tentare di aggirare questi ostacoli di ordine economico, la politica sanitaria espressa dal TU si è orientata al principio di uguaglianza e parità di diritti e doveri tra cittadini italiani e stranieri, prevedendo la gratuità dell'iscrizione al SSN per i cittadini stranieri iscritti alle liste di collocamento e l'esenzione dal pagamento del ticket per richiedenti asilo e detenuti. Un punto critico è attualmente rappresentato dalla grande difformità regionale sulla compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria che rende difficoltoso per gli immigrati l'accesso ai servizi sanitari e incrementa le disuguaglianze.

Il terzo ordine di barriere all'accesso alle cure è quello *burocratico - amministrativo*. Si registra che spesso nella realtà dei servizi si è soliti prestare molta più attenzione alle pendenze e ai percorsi burocratici che alla legge. Ciò avviene ad esempio con le pratiche ospedaliere attraverso le quali si richiede il rimborso alle Prefetture per le prestazioni erogate

a stranieri irregolari e indigenti, quando in queste compare la segnalazione nominativa dello straniero, in aperta violazione con le norme vigenti.

Un ulteriore tipologia di barriere sono le *barriere organizzative*. Tra queste rientra sicuramente la mancanza di flessibilità e adattamento delle strutture che erogano i servizi, qualora non riescano ad andare incontro alle esigenze di vita degli utenti, come ad esempio al bisogno di alcune donne che lavorano come collaboratrici domestiche di recarsi in quella data struttura nel loro giorno libero settimanale. Tali barriere non solo limitano l'accesso nel senso fisico del termine (queste donne negli altri giorni non potranno recarsi in ambulatorio a causa dell'orario lavorativo) ma anche influenzano la fruibilità delle prestazioni da parte delle persone immigrate. Un esempio della ridotta fruibilità è l'assenza di medici donne nei reparti di area ostetrica o ginecologica, i quali sarebbero invece i soli in grado di rispondere all'esigenza delle pazienti donne provenienti da alcune aree geografiche di essere visitate solo da donne. Ne consegue che la data struttura non verrà utilizzata da una buona porzione di donne immigrate.

3.4.2 Le barriere nella fruibilità dei servizi socio-assistenziali

Le difficoltà nella fruibilità dei servizi nascono sicuramente dalle *caratteristiche* tipiche dei *nostri servizi*, ovvero dalla *separatezza* e dalla *specializzazione*: esiste infatti una grande varietà di servizi, servizi pubblici e servizi privati, servizi per le cure, servizi per le analisi, servizi per l'infanzia e servizi geriatrici.

Il fatto di non possedere le risorse adatte ad effettuare una scelta che si riveli efficace a seconda del bisogno di salute personale e la non conoscenza delle modalità e dei tempi di accesso sono già di per sé fonte di disorientamento nell'uso dei servizi in genere; inoltre, l'assenza di coordinamento tra di essi li rende ancora più difficili da comprendere, e questo vale per tutti, italiani e non¹⁶⁰.

Tuttavia, alcune resistenze ad una corretta fruibilità dei servizi socio – assistenziali da parte degli immigrati sono causate anche da mancanze ascrivibili agli operatori dei servizi. In primis pensiamo alle *difficoltà comunicative e di scambio tra medico e paziente* che possono rendere insoddisfacente il processo terapeutico. Il contesto biomedico della nostra medicina

¹⁶⁰ D. Frigessi, *Percorsi, modelli e attese di salute in La salute straniera. Epidemiologia, culture, diritti*, Napoli, 1994, p. 79.

specialistica e il concetto di salute che prevale nel Paese ospite non permettono un incontro proficuo con soggetti che provengono da altre società e culture. Infatti l'ambito della salute porta necessariamente ad uno scontro di universi simbolici e pratiche terapeutiche che fanno capo all'appartenenza etnica di ognuno. In ogni società esistono studi, convinzioni, tradizioni che si sono adoperati nel tempo per spiegare il perché e il come ci si ammala, e il di che cosa, ma purtroppo spesso questi non collimano tra di loro e con coincidono nemmeno i trattamenti medici: è così che viene messa in discussione l'identità percepita, ovvero come il soggetto percepisce il proprio corpo, quindi anche il limite per stabilire stato di malattia e stato di benessere.

Le proprie convinzioni eziopatogenetiche non trovano riscontro, anzi, vengono guardate con sospetto e scetticismo; il proprio corpo è spesso oggetto di stigmatizzazione; la lingua è difficile da comprendere e da utilizzare e il proprio nome viene storpiato, a volte tanto da stentare a riconoscerlo. L'intero universo personale di convinzioni sul sé comincia a franare e possiamo allora dire che

«la malattia si configura [...] come sintomo di questo passaggio da una cultura a un'altra, sintomo di un'identità in crisi, di una condizione di disidentità»¹⁶¹.

Ecco dunque perché il medico così come tutti gli operatori del mondo socio-sanitario dovranno tenere costantemente presente che è necessario valutare il cosiddetto *cultural shock*, ovvero quel processo che rende il soggiorno in una cultura non familiare un problema di armonia del sé e di valutazione della propria identità. Tutti i problemi correlati alla migrazione e all'adattamento ad un contesto socio-culturale differente dal proprio amplificano la malattia, dal mutamento climatico, ai ritmi più frenetici della società ospite, ai diversi modelli relazionali, al modo di vestire, al lavoro, all'abitazione. Questo sconvolgimento personale che porta a rivedere i propri riferimenti sociali, spaziali e progettuali può portare ad atteggiamenti di chiusura nei confronti degli operatori predisposti all'aiuto, senso di precarietà, di disorientamento che possono a loro volta causare disturbi da somatizzazione, favorendo l'autoesclusione sociale, la rassegnazione, l'apatia, la mancanza di progettualità, reazioni irritate e violente nei confronti di un modello sociale e culturale non comprensibile e che presenta magari delle punte di ostilità e rifiuto.

¹⁶¹ A. Iossa Fasano, R. Rizzi (a cura di), *Ospitare e curare. Dialogo interculturale ed esperienze cliniche con gli immigrati*, Milano, 2002, p. 56.

La relazione terapeutica può allora esplicitarsi in tre differenti maniere¹⁶². La prima tipologia di rapporto medico-paziente si esaurisce di fatto nella *sfiducia* o nella critica reciproca, poiché il medico tende a porsi come un medico – burocrate che adempie innanzitutto ai suoi doveri tecnici, diagnostici ed economici e, solo secondariamente, dedica tempo e pazienza nel costruire un rapporto empatico, diadico e di condivisione per affrontare la malattia insieme al paziente. Attraverso questo tipo di rapporto terapeutico la crisi di identità e il bisogno di salute (inteso nel senso lato definito dall’OMS, ovvero di benessere psicofisico totale e non solo di assenza di malattia) dei pazienti immigrati sicuramente non migliorano, nonostante queste persone si siano rivolte proprio alla figura professionale deputata nella nostra società a dare risposte a questo tipo di disagi.

Il secondo tipo di relazione medico – paziente si basa sui concetti di *guida e collaborazione* e prende forma quando paziente e medico interagiscono sì, ma occupano posizioni diverse. Il rapporto che viene ad instaurarsi è allora paternalistico: il paziente si mette nelle mani del medico, al quale riconosce la piena autorevolezza nella questione della cura della sua persona, ma non partecipa di fatto, collabora ma non si impegna.

L’ultimo tipo di rapporto terapeutico possibile, il più maturo ed auspicabile, è quello fondato sulla *partecipazione reciproca*, il quale è caratterizzato da un’intensa interazione da parte di entrambi gli attori: il medico assume il ruolo di guida consapevole del processo terapeutico e coinvolge il paziente; inoltre, entrambi riconoscono il principio etico del diritto alla libertà della autodecisione in materia di salute.

E’ bene comunque tenere presente che un corretto approccio fatto di condivisione, empatia ed obiettivi comuni è auspicabile non solo tra medico e paziente, ma anche tra il paziente stesso e tutte le figure del mondo socio-sanitario con cui si troverà ad avere a che fare nell’ottica di un percorso terapeutico di successo.

Tuttavia, all’interno della relazione che si instaurerà tra il paziente e i professionisti della cura, un ruolo cruciale compete alla *lingua* per poter parlare di buona, mediocre o cattiva riuscita del rapporto terapeutico.

Le persone immigrate con una padronanza anche solo minima della lingua, infatti, riescono a comprendere e a farsi comprendere nella formulazione di richiesta di informazioni, di bisogni, ma anche, a livello più generale, sono maggiormente inserite all’interno di reti sociali, da quelle amicali a quelle di lavoro a quelle di aggregazione nell’ambito sportivo o

¹⁶² Ivi, p. 78.

dell'associazionismo in genere, il che indirizza correttamente nel reperire informazioni e nell'interpellare le figure giuste a seconda delle proprie esigenze, ottimizzando tempi e risorse personali e acquisendo fiducia nelle proprie capacità organizzative e nel contesto. Quando però la lingua del Paese ospite non è conosciuta o lo è poco da parte dell'immigrato (e accade frequentemente dal momento che l'italiano non è stata lingua coloniale un tempo, non è studiata nei percorsi scolastici standard e presenta inoltre una grammatica piuttosto composita e un lessico molto ampio), il rapporto operatore – paziente si fa più arduo da costruire, a maggior ragione perché i nostri operatori a loro volta non conoscono le lingue dei Paesi d'origine delle persone immigrate (che è anche comprensibile ed accettabile), ma nemmeno padroneggiano le lingue *veicolari* (quali potrebbero essere l'inglese, il francese o lo spagnolo). Il fatto di non conoscere la lingua alimenterà nella persona immigrata un senso di inadeguatezza, sospetti e paure, i quali andranno ad aggiungersi allo spaesamento dovuto al vedersi curare con metodi, farmaci e strumenti a lui sconosciuti perché alieni alla sua cultura di cura. L'operatore, dal canto suo, rischia di non riuscire ad entrare nel vivo del problema, ovvero di tralasciare aspetti psicologici e relazionali, oltre all'eventualità di non capire correttamente quale sia la reale domanda di salute del paziente.

La diversità culturale infatti porta con sé mille sfumature delle quali è fondamentale tenere conto nel rapporto terapeutico¹⁶³: diverse percezioni e diverse soglie di dolore, differenti concetti di malattia e salute, ovvero cosa, quale confine fa dire a una persona “sono malato”, quali azioni conseguono nelle diverse culture alla presa di coscienza della malattia, quali aspettative, con che stato d'animo la si vive, quanto peso si dà alla rete di supporto sociale intorno al paziente (se c'è). L'insieme di questi aspetti ci spinge a capire che il rapporto di cura operatore della sanità – persona straniera non può riprodurre un rapporto di cura standard, cioè operatore – paziente autoctono, poiché diversi sono i riferimenti culturali.

Proprio allo scopo di facilitare questo genere di rapporti è nata negli ultimi tempi la figura del *mediatore linguistico – culturale*¹⁶⁴, ovvero quella figura professionale che agevola attraverso le sue competenze gli operatori nel lavorare con gli immigrati, nella relazione terapeutica così come nelle classi scolastiche o nelle comunità. Il suo compito non è meramente quello di tradurre ciò che viene detto da un soggetto all'altro e viceversa, ma crea qualcosa di nuovo a partire da ciò che viene esplicitato attraverso le parole, tenendo conto dei sottintesi e dei

¹⁶³ Ivi, pp. 47-48.

¹⁶⁴ Informazioni reperite presso il workshop di formazione *Il governo dell'immigrazione nei piccoli comuni: nuovi servizi per una società che cambia*, Feltre, 6-9 Novembre 2013.

diversi riferimenti culturali che entrano in gioco nel modo di recepire una data informazione. La sola traduzione non sarebbe utile allo scopo della mediazione se pensiamo al fatto che la traduzione è comunque sempre un processo soggettivo e significa in un verso o nell'altro tradire il testo originale. Quindi non traspone semplicemente, dice qualcosa in più, *costruendo* di fatto la relazione, anche attraverso l'attivazione dei meccanismi di costruzione della fiducia reciproca, e consentendo l'*empowerment* delle parti in gioco dando voce anche a chi non ce l'avrebbe per via dell'ostacolo linguistico. L'obiettivo del mediatore sarà quello di facilitare perciò il contatto sociale, la conoscenza dei diritti e dei doveri e l'accesso ai diritti, in primis riuscire a indirizzare la persona immigrata verso i servizi più appropriati. Per questo al mediatore si richiede un'ottima padronanza della lingua italiana e di una lingua veicolare se non della lingua madre dell'utente; un'approfondita conoscenza delle norme, delle istituzioni e della società del Paese ospite; capacità di decentramento emozionale quanto ad ogni altro operatore sociale e di rispetto della riservatezza; conoscenze aggiornate costantemente delle società di emigrazione e dei percorsi migratori; infine, logicamente, il possesso di specifiche competenze settoriali a seconda del suo ambito di intervento (sanità, scuole, Centri per l'impiego, servizi sociali).

Quindi il mediatore dovrà affiancarsi all'interazione dialogica che si viene a creare tra utente e operatore traducendo in modo da chiarire contenuti, azioni e aspettative che tendono ad essere dati per scontati perché sono tipici di una data cultura, ma non dell'altra. Uno studio¹⁶⁵ ha osservato gli incontri mediati nell'ambito sanitario e ha così suddiviso i diversi ruoli del mediatore:

- i. Traduttore (*Conduit*): il mediatore traduce un discorso in maniera neutra, trasponendo semplicemente i contenuti da una lingua all'altra, senza aggiungere, togliere o modificare nulla;
- ii. Chiarificatore (*Clarifier*): apporta lievi modifiche per facilitare la comprensione del discorso qualora si imbatta in parole che non hanno un equivalente nell'altra lingua o qualora una parola abbia un significato simbolico che richiede delle spiegazioni;
- iii. Mediatore culturale (*Cultural broker*): al fine di superare i possibili fraintendimenti generati da differenze culturali, ovvero dall'insieme di credenze e valori che determinano le modalità internazionali in ogni contesto culturale;

¹⁶⁵ C. Baraldi, V. Barbieri, G. Giarelli (a cura di), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Milano, 2008, p. 156.

- iv. Mediatore di parte (*Advocate*): il mediatore esce dal suo ruolo neutrale e prende le parti di uno dei due interlocutori, parlando al suo posto e negoziando direttamente con l'altro, senza tuttavia modificare l'informazione.

Anche nel medesimo caso di mediazione il mediatore linguistico – culturale può attivare tutti questi ruoli, modulandoli in base alle esigenze richieste da ogni singolo caso, insistendo su uno piuttosto che sugli altri o tralasciandone magari qualcuno con l'esclusivo intento di facilitare e sostenere un rapporto diretto tra i partecipanti senza fraporsi tra di loro.

Una diversa barriera alla fruibilità dei servizi da parte degli stranieri in Italia è quella *comportamentale*, ovvero il metodo di approccio da parte degli operatori all'utente immigrato e tutto quell'insieme di comportamenti, consapevoli e inconsapevoli, che possono intralciare il processo di aiuto. Pensiamo innanzitutto, per forza, ai pregiudizi razzisti o derivanti da credenze politico-culturali, sempre più frequenti nella nostra società attuale dove sicurezze economiche e relazionali sono sempre più precarie e si sente perciò il bisogno di colpevolizzare una data categoria di persone cui addossare le responsabilità della tensione sociale e della crisi, non a caso i più poveri, i più fragili e gli ultimi arrivati, sottolineandone così l'illegittimità ad avanzare richieste di qualsiasi tipo.

Sappiamo anche che i pregiudizi xenofobi non sempre agiscono scopertamente, anzi, molte volte si sono inseriti silenziosi nel tessuto delle convinzioni personali da molto tempo senza potersene accorgere e fanno capolino di fronte a ciò che è altro da noi, all'ignoto, all'incomprensibile, quasi tentando di dare una risposta il più immediata possibile ad un senso di inadeguatezza e confusione. E' quasi come se mancassero improvvisamente i soliti riferimenti e ci affrettassimo a trovarne qualcuno: ecco allora che i primi a portata di mano sono proprio quei pregiudizi che sono stati mediati da anni di trasmissioni e discorsi mediatici, racconti riportati, strumentalizzazioni politiche.

Risulta chiaro che, nel caso un approccio carico di pregiudizio appartenga ad un operatore sociale che lavori con persone immigrate, ciò crei non pochi problemi riguardo alla riuscita del rapporto di aiuto o terapeutico: è facile immaginare, infatti, che non verranno vagliate tutte le possibilità, o magari si sottovaluterà il problema, o ancora si tenderà a colpevolizzare l'utente, sempre secondo il meccanismo del *victim blaming*. Spesso accade, inoltre, che gli operatori della sanità si lamentino che a loro gli immigrati si rivolgano per “chiedere di tutto”, dalla casa al lavoro all'orientamento scolastico e formativo senza tenere conto della vera

finalità del servizio specifico a cui si sono rivolti¹⁶⁶. Tali comportamenti pregiudicano notevolmente il possibile successo della relazione di cura o di aiuto ed evitano di tenere conto della mancanza di sostegno sociale che affligge queste persone, il quale dovrebbe essere il motivo primo di aiuto incondizionato e astenuto da ogni giudizio (una delle fondamentali capacità, inoltre, che vengono richieste deontologicamente a tutte le professioni sociali).

3.4.3 Gli organismi che operano per supplire alle inadempienze sul piano pratico

Negli ultimi anni sono nate nel nostro Paese, ma anche a livello sovranazionale, diversi gruppi, o reti o commissioni, i quali si prefiggono di monitorare l'applicazione della legislazione in materia di immigrazione e salute mediante l'osservazione concreta in ambito sanitario, la diffusione di conoscenze e la pubblicazione di rapporti, nel tentativo di migliorare nella prassi quotidiana di ogni contesto locale italiano la fruibilità dei servizi sanitari da parte degli utenti immigrati.

Dal 1998 è stata istituita la Commissione Ministeriale Sanità e Immigrazione, la quale lavora direttamente sulla legislazione in vigore allo scopo di migliorarla.

A livello nazionale esiste la rete di Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e a livello regionale il Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS) aventi entrambi il ruolo di facilitatori di una corretta applicazione della normativa in materia di tutela della salute delle persone straniere e di raccoglitori della casistica che dimostra delle carenze applicative della normativa da parte degli operatori sanitari.

A livello sovranazionale opera la Commissione per i diritti umani della Nazioni Unite con sede a Ginevra e avente ruolo di garante, ma a tutt'oggi le risoluzioni da essa emanate mancano di potere vincolante. Mentre, la Corte di Giustizia Europea per i diritti dell'uomo con sede a Strasburgo rappresenta l'unico tribunale autorizzato ad emettere sentenze vincolanti per tutti gli Stati.

¹⁶⁶ A. Iossa Fasano, R. Rizzi (a cura di), *op. cit.*, p. 50.

Conclusioni

Oggi il diritto nella sua accezione più ampia parrebbe farsi garante senza compromessi della tutela della salute in senso universalistico a livello di politiche e legislazioni nazionali, europee e internazionali.

Abbiamo visto infatti a riguardo come diversi ordinamenti e Convenzioni abbiano seguito le linee guida dettate dalla definizione OMS di salute che risale al 1946, ponendo il diritto alla salute come un diritto fondamentale dell'uomo e delle collettività, e la sua tutela uno dei doveri degli Stati¹⁶⁷. Un esempio lo abbiamo nel nostro testo costituzionale, all'articolo 32, che ha il merito di fare del diritto alla salute un diritto inalienabile dell'individuo, in quanto direttamente discendente dall'ancora più universale diritto alla vita e all'integrità fisica, e un interesse per la collettività di cui quell'individuo fa parte.

Inoltre all'articolo 2, 1° comma, del Testo Unico sull'immigrazione troviamo sancito che

«allo straniero comunque presente alla frontiera o nel territorio dello Stato sono riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana previsti dalle norme di diritto interno, dalle convenzioni internazionali in vigore e dai principi di diritto internazionale generalmente riconosciuti».

Tale asserzione testimonia la disponibilità del diritto a pensare come universale il diritto alla salute, in quanto diritto fondamentale. I diritti fondamentali e inviolabili della persona umana infatti sono riconosciuti a tutti senza distinzione tra cittadini e stranieri, ma anche senza distinzione tra straniero regolarmente soggiornante e straniero irregolare.

Eppure tutte queste norme e questi principi che dimostrano una comune attenzione al diritto alla salute sono in contrasto, come abbiamo potuto osservare in questo lavoro, con le linee di comportamento dello Stato italiano. E ce ne possiamo rendere conto sia se guardiamo alle disuguaglianze tra immigrati e autoctoni, sia se consideriamo l'incapacità dello Stato di associare alle politiche di controllo delle frontiere delle politiche sociali di inclusione, tradendo così di fatto il principio di salute inteso come fatto totale riguardante l'individuo, così come sancito dall'OMS, il quale richiederebbe invece un'attenzione particolare per le determinanti di salute che rappresentano oggi il punto di partenza per permettere agli stranieri arrivati in Italia un'esistenza più sostenibile e meno problematica e incerta.

¹⁶⁷ I. El Hamad, S. Geraci, *op. cit.*, p. 14.

E' chiaro che oggi uno Stato democratico e civile non possa più essere sordo di fronte ai bisogni e alle richieste di quella che è una fetta consistente e importante della sua popolazione. Perciò, guardando all'integrazione e alla coesione sociale, si rende necessaria e urgente una revisione delle politiche migratorie italiane. Deve essere rivisto l'impianto normativo stigmatizzante e razzista che fa della persona migrante un individuo perseguibile in ragione del suo status soggettivo di irregolare e lo rende portatore di diritti parziali rispetto al cittadino italiano. Abbiamo visto inoltre che un ulteriore effetto di queste politiche è un diffuso senso di timore da parte degli immigrati di fronte all'offerta di cura, fatto che produce e riproduce occultamento dei bisogni sanitari di questi soggetti e in definitiva ne lede i diritti più profondi.

E' fondamentale poi che il quadro legislativo e politico nazionale sia più uniforme. Il processo di decentramento regionale si è avviato in Italia con la legge n. 59/1997 la quale prevedeva il passaggio di alcune competenze dallo Stato alle Regioni e tra queste la sanità. Perciò ad oggi, anche se grazie al D.lg. n. 286/1998 l'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale è garantita a tutti gli stranieri, il processo di decentramento sanitario è causa sia di ritardi nell'emissione dei documenti applicativi necessari all'erogazione dei servizi, sia di interpretazioni arbitrarie di leggi dello Stato. Le molte differenze a livello regionale non fanno altro che esagerare le disuguaglianze in salute, rendendo così ancora più difficile la condizione di straniero richiedente diritti.

La condizione di straniero regolare o irregolare è determinante nel decidere di quali cure messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale può beneficiare l'individuo e crea così una vera *stratificazione di diritti* in base alla condizione giuridico-amministrativa della persona.

Ci chiediamo quindi se è ammissibile che tale stratificazione esista oggi nel diritto alla salute, uno dei diritti fondamentali della persona umana sancito da molte fonti giuridiche come inviolabile e indiscutibile data la forte analogia con il diritto alla vita.

Questa disuguaglianza non è forse in contrasto con tutto il diritto internazionale dei diritti umani che porrebbe la garanzia del diritto alla salute proprio come obbligo per gli Stati? E non è un paradosso presupporre che esista comunque un nucleo irriducibile all'interno del diritto alla salute, quasi come se si potesse parlare di dignità minima?

Se già quindi si notano dei punti di debolezza in alcuni punti della legislazione stessa in materia di diritto alla salute, nonostante la *ratio* generale vada nella direzione dell'universalità delle cure e la nostra legislazione si ponga come innovativa e garantista, è cruciale che le

politiche, sul piano operativo, sappiano colmare eventuali lacune evidenziate nelle norme proponendo la parità nell'accesso alle cure e la loro fruibilità; la diffusione della prevenzione, specialmente nei settori materno-infantile e del lavoro; e una relazione terapeutica efficace, quindi preparata alla mediazione e allo scambio interculturale, che sappia recuperare capacità di ascolto e sensibilità, doti delle quali la nostra medicina ormai ipertecnologica e iperspecialistica è oggi carente.

Non mancano oggi valide proposte che guardino proprio nella direzione di una salute per tutti, in un'ottica di compensazione sia delle lacune normative sia dell'inadeguatezza organizzativa e relazionale dei servizi. Una recente e prospettiva per una *struttura dedicata alla salute migrante* prevede un'offerta di salute rivolta in particolare agli immigrati irregolari ed è stata proposta dal gruppo di studio del Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale di Brescia¹⁶⁸.

Il timore, la disinformazione, i pregiudizi e gli aspetti logistici che possono tutti condizionare pesantemente, come abbiamo visto, l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari hanno spinto negli ultimi anni verso la proposta di una struttura medico-ospedaliera dedicata, ovvero una struttura che possieda le risorse adeguate per rispondere efficacemente alla domanda di salute degli utenti immigrati, con un'attenzione particolare agli immigrati irregolari.

La prima e fondamentale peculiarità di tali strutture sarà per forza un'organizzazione a carattere misto pubblico-privato, poiché sempre e ancora oggi l'assistenza sanitaria dedicata a pazienti immigrati, specialmente a coloro tra questi che sono in condizioni di irregolarità giuridica e di fragilità economiche e sociali, è stata caratterizzata dalla *commistione di realtà pubbliche e private*.

La struttura dedicata ideale vorrebbe una pianificazione istituzionale, quindi dall'alto, una grande partecipazione del volontariato operante nel settore specifico, ma anche un coinvolgimento della medicina pubblica del territorio, il fulcro delle attività di prevenzione, di informazione e di raccordo con l'ospedale.

Gli *orari* di tale struttura dovrebbero essere sufficientemente ampi e flessibili per garantire l'accesso a tutti i lavoratori in generale e anche alle molte donne che, soprattutto nel Nord

¹⁶⁸ C. Scarcella, *L'esperienza del Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale di Brescia nell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati provenienti da paesi extra-comunità europea*, Brescia, 2004.

Italia, sono impiegate nel lavoro domestico e di cura, notoriamente caratterizzato da presenza sul posto di lavoro ventiquattr'ore su ventiquattro e scarsità di ore settimanali libere¹⁶⁹.

Dovrebbe inoltre prevedere l'*accesso libero e diretto*, ovvero senza necessità di impegnative e appuntamento. La bassa soglia all'accesso è la prima accortezza nei confronti del bacino di utenza immigrata che dimostra difficoltà diffuse (linguistiche, relazionali e occupazionali), nonché una marcata vulnerabilità sociale.

La struttura dovrebbe poi porsi al centro di una *rete territoriale di servizi socio-sanitari* rivolti agli immigrati in modo da garantire la continuità assistenziale, l'orientamento dell'utente verso il servizio più appropriato alle sue esigenze e una più diffusa conoscenza tra gli immigrati dei meccanismi di funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, così da evitare anche il ricorso inappropriato al Pronto Soccorso e apportando un miglioramento della qualità assistenziale e un abbassamento dei costi per tutti.

Un altro importante aspetto da curare dovrebbe essere quello di un *approccio terapeutico adeguato* che sappia tenere conto delle diversità culturali, linguistiche e religiose. Ovviamente a tale scopo può rivelarsi utilissima la collaborazione dei mediatori linguistico-culturali. Si tratterebbe quindi di impiegare del personale con una formazione specifica in materia di medicina transculturale e che conosca le novità legislative circa l'immigrazione.

Affinché ciò avvenga è necessario rivedere il programma dei corsi di laurea accademici relativi alle professioni socio-sanitarie, adeguando insegnamenti e aggiornamenti alle esigenze di una società che è cambiata; ma è anche necessario offrire corsi di formazione a diversi livelli al di fuori delle università, perché la medicina transculturale arrivi a tutti gli operatori socio-sanitari.

La struttura per la salute degli immigrati, inoltre, fungerebbe anche da *osservatorio epidemiologico* che testimoni le condizioni epidemiologiche dei cosiddetti irregolari, così da supportare le istituzioni sanitarie della progettazione delle politiche sanitarie.

Tale idea di struttura porrebbe le basi per una medicina realmente per tutti, attenta ai bisogni dei più deboli e costantemente presente in un clima di disponibilità relazionale e accoglienza che si prefigurerebbe come primo tassello di inclusione nella società di adozione.

E' chiaro, infine, che sarebbe auspicabile che una tale struttura avesse un irrinunciabile caratteristica, ovvero

«quella di agire intensamente oggi per non esistere domani»¹⁷⁰.

¹⁶⁹ B. Ehrenreich e A. Russell Hochschild, *Donne globali. Tate, colf, badanti*, Milano, 2002.

La certezza del diritto alla salute in senso universalistico si iscrive nel novero dei diritti umani dai quali spesso e volentieri gli immigrati vengono esclusi. A questo proposito sicuramente il grande discrimine a cui abbiamo fatto riferimento, lo spartiacque che divide aventi diritti e non aventi diritti, è la *cittadinanza*.

Lo status di cittadino infatti non solo comporta grandi differenze tra gli individui poiché decide e assegna il godimento di alcuni diritti o meno – il tratto più visibile – ma anche contribuisce alla creazione di uno status di non cittadino a zero diritti giustificato dalla *ratio* secondo la quale a gradi diversi di inclusione nella società del luogo corrispondono pacchetti diversi di diritti.

A questo proposito si è infatti parlato di *cittadinanza a geometria variabile*¹⁷¹, ovvero dei diversi profili che intervengono e si intrecciano tra loro a sancire quali soggetti possono godere di determinati diritti (con riferimento particolare al diritto di libera circolazione all'interno dell'Unione Europea), stratificando così i diritti dei cittadini di Stati terzi in base ad aspetti geografici o giuridici.

La capacità separativa e fortemente escludente che la cittadinanza porta con sé è infatti la base per un diritto diseguale ed è in grado di annullare il riconoscimento e l'autorevolezza di diritti sanciti come fondamentali e universali.

L'attuale situazione immigratoria che caratterizza il nostro Paese, portando sì sfide, problematiche ma sicuramente anche ricchezze in quanto a capitale culturale e forza lavoro, costringe a una rimessa in discussione del ruolo della cittadinanza come fattore discriminante in qualità di *ius excludendi alios*.

Andando poi più a monte per gettare uno sguardo ancora più ampio sulla problematica dei diritti umani e tra questi del diritto alla salute, è doveroso riflettere sull'impatto del *pensiero razzista*¹⁷² in Italia, cui abbiamo accennato in questo lavoro, e sul concetto di *Altro*¹⁷³, perché solo acquisendo consapevolezza dei meccanismi talvolta inferiorizzanti e stigmatizzanti che hanno l'effetto di *separare e differenziare* all'interno di discorsi pubblici, politiche, media e riprodotti nei rapporti sociali, possiamo pensare di cominciare a cambiare la realtà dalle sue

¹⁷⁰ I. El Hamad, S. Geraci, *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre.*, in *Italian Journal of Public Health*, III, 2011, p. 18.

¹⁷¹ L. Zagato, *Cittadini a geometria variabile* in *Introduzione ai diritti di cittadinanza*, Venezia, 2011, pp. 219-256.

¹⁷² P. Basso (a cura di), *Razzismo di Stato. Stati Uniti, Europa, Italia*, Milano, 2010.

¹⁷³ R. Kapuscinski, *L'altro*, Milano, 2009.

fondamenta nella direzione di un *riconoscimento intersoggettivo*¹⁷⁴, che rafforzerebbe la fiducia in se stessi e nel contesto di vita (quindi l'autorealizzazione individuale di una persona) e aumenterebbe la predisposizione all'investimento emotivo nella socializzazione, la quale si tradurrebbe nell'inclusione dell'altro e in un arricchimento reciproco, nonché nella presa di coscienza che i diritti umani appartengono a tutti non solo sulla carta ma anche nella quotidianità.

¹⁷⁴ A. Honneth, *Riconoscimento e disprezzo*, Catanzaro, 1993.

Bibliografia

- Aa. Vv.**, *Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia*, Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche, 2007
- Aa. Vv.**, *Salute degli immigrati. Decimo Rapporto Osservasalute*, Roma, 2012
- Aa. Vv.**, *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, III, Milano, 2004
- Aa. Vv.**, *La salute straniera. Epidemiologia culture diritti*, Napoli, 1994
- S. Andreozzi, S. Geraci, A. Morrone, A. Spinelli, L. Toma (a cura di)**, *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*, Roma, 2003. Rapporti ISTISAN 03/4
- M. Ardigò, S. Geraci, M. Marceca**, *Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze in A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, Pisa, 2006
- C. Baraldi, V. Barbieri, G. Giarelli (a cura di)**, *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Milano, 2008
- P. Basso, F. Perocco (a cura di)**, *Gli immigrati in Europa. Diseguaglianze, razzismo, lotte*, Milano, 2011
- P. Basso (a cura di)**, *Razzismo di Stato. Stati Uniti, Europa, Italia*, Milano, 2010
- U. Beck**, *Costruire la propria vita*, Bologna, 2008
- M. Bonati, F. Severino**, *Migranti e salute: tra diritto (alle cure) e reato (di clandestinità)* in *Italian Journal of Public Health*, vol. 8, n. 3, suppl. 3, 2011
- P. Bonetti, A. Dragone, L. Gili**, *Assistenza sanitaria per gli stranieri non comunitari* in *Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione*, 2013
- U. Breccia, D. Busnelli**, *Il diritto alla salute*, Bologna, 1979
- M. Burchi, F. Neresini**, *Sociologia della salute*, Roma, 2001
- F. Cammeo**, *Diritto amministrativo italiano*, Milano, 1905
- L. Cappellari, P. Naticchioni, S. Staffolani**, *L'Italia delle disuguaglianze*, Roma, 2009
- R. Colasanti, S. Geraci, F. Pittau (a cura di)**, *Immigrati e salute. Paure, miti e verità*, Roma, 1991
- F. Cataldo, S. Geraci, M. R. Sisto**, *Bambini immigrati: tutela legale e politiche socio-sanitarie* in *Medico e bambino*, V, 2011
- Minori Stranieri. Accoglienza temporanea in Italia 2013*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

- G. Chiaretti**, *"Badanti", mal da lavoro, mal da rapporti sociali, fronteggiamenti in C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro? Medici e sociologi a confronto*, Milano, 2005
- E. Durkheim**, *Il suicidio*, Milano, 1987
- M. Davis**, *Il pianeta degli slum*, Milano, 2006
- B. Ehrenreich e A. Russell Hochschild (a cura di)**, *Donne globali. Tate, colf, badanti*, Milano, 2002
- I. El Hamad, S. Geraci**, *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre.*, in *Italian Journal of Public Health*, III, 2011
- L. Ferrajoli**, *Politiche contro gli immigrati e razzismo istituzionale in Italia*, in *Razzismo di Stato. Stati Uniti, Europa, Italia*, P. Basso (a cura di), Milano, 2010
- M. Ferrero, F. Perocco (a cura di)**, *Razzismo al lavoro. Il sistema della discriminazione sul lavoro, la cornice giuridica e gli strumenti di tutela*, Milano, 2011
- M. Foucault**, *Sorvegliare e punire*, Torino, 1976
- D. Frigessi (a cura di)**, *Percorsi, modelli e attese di salute in La salute straniera. Epidemiologia, culture, diritti*, Napoli, 1994
- C. E. Gallo, B. Pezzini**, *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998
- A. Genova**, *Le disuguaglianze nella salute*, Roma, 2008
- S. Geraci, B. Martinelli**, *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*, Roma, 2002
- S. Geraci, B. Martinelli**, *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Roma, 2010
- A. Honneth**, *Riconoscimento e disprezzo*, Catanzaro, 1993
- A. Iossa Fasano, R. Rizzi (a cura di)**, *Ospitare e curare*, Milano, 2002
- R. Kapuscinski**, *L'altro*, Milano, 2009
- S. Liberti**, *A Sud di Lampedusa*, Roma, 2011
- G. Maciocco**, *Politica, salute e sistemi sanitari*, Roma, 2008
- A. Maturo**, *Sociologia della malattia*, Milano, 2007
- M. Mazzali, A. Morrone**, *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie*, Milano, 2000
- A. Memmi**, *Il Razzismo. Paura dell'altro e diritti della differenza*, Milano, 1996
- D. Morana**, *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, 2002
- C. Morini**, *La serva serve. Le nuove forzate del lavoro domestico*, Roma, 2001
- P. Morozzo della Rocca (a cura di)**, *Immigrazione e cittadinanza. Profili normativi e orientamenti giurisprudenziali*, Torino, 2008
- C. Mortati**, *Istituzioni di diritto pubblico*, Padova, 1952

- B. Nascimbene (a cura di)**, *Diritto degli stranieri*, Padova, 2004
- F. Perocco (a cura di)**, *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso italiano*, Milano, 2012
- F. Perocco**, *Immigrati e disuguaglianza lavorativa nel sistema delle disuguaglianze italiane* in *Immigrati: una risorsa in tempo di crisi, Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione*, Fondazione Leone Moressa, Bologna, 2012
- K. Pickett, R. G. Wilkinson**, *La misura dell'anima*, Milano, 2009
- G. Priulla**, *C'è differenza. Identità di genere e linguaggi: storie, corpi, immagini e parole*, Milano, 2013
- A. Spinelli et al.**, *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*, Roma, 2006
- XIII Rapporto sulle Migrazioni 2007*, Milano, 2008
- M. Tognetti Bordogna (a cura di)**, *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, 2008
- F. Turollo**, *Bioetica e reciprocità*, Roma, 2011
- L. Zagato (a cura di)**, *Introduzione ai diritti di cittadinanza*, Venezia, 2011

Sitografia

www.istat.it

www.inail.it

www.saluteinternazionale.info

www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti

www.interno.gov.it/mininterno

www.salute.gov.it/portale/salute

F. Capacci, C. Sgarrella, *Migrazioni, salute e sicurezza sul lavoro*, da

www.saluteinternazionale.info

C. Leclercq, *Cibo e salute nei bambini immigrati*, 2010, da www.saluteinternazionale.info

www.simmweb.it

www.asgi.it