

COLLANA DEL LABORATORIO
DEI DIRITTI FONDAMENTALI

1.

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

LABORATORIO DEI DIRITTI FONDAMENTALI

Comitato scientifico

Pasquale De Sena, Marie-Claire Foblets, Bianca Gardella Tedeschi
Michele Graziadei, Giorgio Malinverni, Paul Tavernier

Direttore

Vladimiro Zagrebelsky

Il Laboratorio dei Diritti Fondamentali LDF ha iniziato la sua attività in Torino nel 2011. Il Laboratorio svolge ricerche sui diritti fondamentali, con principale attenzione alla concretezza della loro protezione nei diversi momenti, luoghi e occasioni della vita delle persone. Il Laboratorio, secondo l'insegnamento della Corte europea dei diritti umani, si cura di «diritti concreti ed effettivi e non teorici e illusori». Con le sue ricerche il Laboratorio cerca le soluzioni idonee e praticabili offerte dall'esperienza o suggerite dallo studio interdisciplinare dei diritti umani.

Le attività del Laboratorio dei Diritti Fondamentali sono sostenute dalla



LDF – Laboratorio dei Diritti Fondamentali – www.labdf.eu
Campus Luigi Einaudi, Lungodora Siena 100, 10153 Torino
e-mail: ldf@labdf.eu – tel. 0039 011 6709418 – fax 0039 011 6708205

LABORATORIO DEI DIRITTI FONDAMENTALI

La salute come diritto fondamentale:
una ricerca sui migranti a Torino

di
Irene Biglino
Anthony Olmo

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

SOCIETÀ EDITRICE IL MULINO

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

I lettori che desiderano informarsi sui libri e sull'insieme delle attività della Società editrice il Mulino possono consultare il sito Internet: **www.mulino.it**

ISBN 978-88-15-25052-0

Copyright © 2014 by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere fotocopiata, riprodotta, archiviata, memorizzata o trasmessa in qualsiasi forma o mezzo – elettronico, meccanico, reprografico, digitale – se non nei termini previsti dalla legge che tutela il Diritto d'Autore. Per altre informazioni si veda il sito **www.mulino.it/edizioni/fotocopie**

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento e sincera riconoscenza a Giuseppe Costa, per i preziosi consigli e per aver acconsentito a condividere i dati del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'Azienda Sanitaria Locale TO3 con il Laboratorio dei Diritti Fondamentali.

Un ringraziamento particolare a Luisa Mondo, per tutto l'aiuto offerto, le revisioni effettuate e l'infinita pazienza.

Un ulteriore ringraziamento alle seguenti persone: Matteo Bagatella, Roberto Bertolino, Alberto Biglino, Margherita Busso, Alessandra Cipparrone, Serena Coppola, Oriana Elia, Franca Fronte, Elena Grasso, Valentina Grosso Gonçalves, Chiara Marinacci, Piergiuseppe Olmo, Stefania Orecchia, Valentina Porcellana, Tania Re, Piercarlo Rossi, Guido Savio, Teresa Spadea, Manuela Spadaro, Cecilia Tibaldi.

Desideriamo ringraziare, inoltre, tutte le persone intervistate per il tempo che ci hanno dedicato e per aver condiviso le loro esperienze con noi.

Ringraziamo infine, per l'aiuto fornito nella fase di ricerca, Laura Ferrero.

Hanno contribuito alla redazione di questo rapporto:

- Eros Brunone Avena (box 7, *Il mediatore culturale come elemento centrale per una pratica medica fondata sull'interculturalità*);
- Serena Coppola (par. 2.1.4, *Unione europea*);
- Elena Grasso (par. 2.1.5, *Il diritto alla salute nell'ordinamento italiano*);
- Anna Odone (par. 1.2.1, *Dati quantitativi-epidemiologici*; Appendice 2, *Il profilo sanitario del soggetto immigrato*).

L'elaborazione dei dati statistici forniti dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'Azienda Sanitaria Locale TO3 e presentati nel capitolo 4, *Lo stato di salute della popolazione migrante a Torino*, è stata effettuata da:

- Luisa Mondo e Anna Odone.

It is my aspiration that health will finally be seen, not as a blessing to be wished for; but as a human right to be fought for.

Kofi Annan

The right to health is much more than a convenient phrase which health workers, non-governmental organisations, and civil-society groups can brandish about in the vague hope that it might change the world. The right to health is a legal instrument – a crucial and constructive tool for the health sector to provide the best care for patients and to hold national governments, and the international community, to account.

The Lancet (*Editorial*)

The right to health can be understood as a right to an effective and integrated health system, encompassing health care and the underlying determinants of health, which is responsive to national and local priorities, and accessible to all.

Paul Hunt

Indice

Prefazione, <i>di Vladimiro Zagrebelsky</i>	p. 9
I. Introduzione	11
1.1. Descrizione e obiettivi	11
1.2. La ricerca	15
1.3. Struttura della pubblicazione	17
II. Il diritto alla salute	19
2.1. La definizione di «diritto alla salute»	19
2.2. Il contenuto normativo del diritto alla salute	36
2.3. Migranti e vulnerabilità	44
2.4. Conclusioni	44
III. Il contesto torinese	47
3.1. Gli attori della salute	47
3.2. Il fenomeno migratorio: alcuni dati	50
3.3. L'offerta di salute	53
IV. Lo stato di salute della popolazione migrante a Torino	57
4.1. Ricoveri	58
4.2. Cause di ricovero: uomini	60
4.3. Cause di ricovero: donne	64
4.4. Le malattie infettive	70
4.5. La salute mentale	78

V. La prospettiva del diritto alla salute	p. 81
5.1. Il diritto all'assistenza sanitaria e ai servizi sanitari	81
5.2. Il diritto alle precondizioni sottostanti la salute	135
VI. Conclusioni	167
APPENDICI	
1. La salute e il profilo giuridico del migrante	173
2. Il profilo sanitario del soggetto immigrato	191
3. Tracce di intervista	229
4. La mappa delle circoscrizioni nella città di Torino	237

Prefazione

Questo rapporto di ricerca del Laboratorio dei Diritti Fondamentali (LDF) è frutto di un'indagine sull'accesso alla salute da parte dei migranti nell'area torinese. Si tratta del primo rapporto elaborato da ricercatori di LDF. Esso offre il risultato di un lavoro che si è sviluppato fin dall'inizio dell'attività di LDF nel corso del 2011 e del 2012.

In linea con il carattere proprio di LDF la ricerca muove da premesse giuridiche e segue la traccia offerta dalla definizione del diritto alla salute elaborata nel quadro del diritto internazionale dei diritti umani. Al tempo stesso l'oggetto della ricerca riguarda la realtà dei fenomeni attinenti al diritto alla salute, così come essi sono riscontrabili nell'area territoriale prescelta. Per riprendere qui una formula presente nelle sentenze della Corte europea dei diritti umani, la ricerca ha riguardato «diritti concreti ed effettivi e non teorici e illusori». Donde l'attenzione ai determinanti sociali della salute e alle conseguenze che la realtà sociale produce sul godimento effettivo e non discriminante del diritto fondamentale alla salute, da parte degli appartenenti a una fascia sociale caratterizzata da speciale vulnerabilità.

Il profilo giuridico della ricerca si è quindi unito, nel metodo e nei contenuti, all'attenzione rivolta alla realtà sociale studiata. La naturale interdisciplinarietà di una simile ricerca ha trovato rispondenza nel dialogo che gli autori della ricerca – giuristi di formazione – hanno potuto avere con un'esperta di salute pubblica e con un antropologo della salute.

L'area territoriale studiata è ristretta alla città di Torino. Il metodo utilizzato in questa ricerca, con la ricostruzione della realtà di rapporti sociali attraverso le interviste fatte a numerosissimi operatori del settore, non avrebbe consentito una soluzione diversa e allargata all'ambito regionale o, meno ancora, a quello nazionale. Ma non si tratta, credo, di un difetto della presente ricerca. L'approfondimento della concreta realtà dei fenomeni studiati sotto il loro profilo sia giuridico che sociale, caratterizza la ricerca di cui, con il presente rapporto, si dà conto. Solo la delimitazione del territorio studiato ha consentito un simile esercizio.

Il tema oggetto dello studio condotto ed il suo metodo hanno generato

un'esperienza vissuta dagli autori della ricerca, che credo utile segnalare. Si tratta della grande disponibilità di tutte le persone con cui si è cercato il contatto. Una disponibilità che è andata ben oltre la naturale cortesia, per dimostrare interesse (e persino una forse eccessiva fiducia) nel discorso giuridico dei diritti. È, penso, un aspetto di grande rilievo, che mette in luce la rilevanza del diritto e dei giuristi quando questi volgono il loro interesse agli effetti reali e alla vita concreta delle loro categorie. Accanto a ciò si è colto il bisogno di dialogo e confronto, manifestato da persone che operano in contesti materiali e sociali spesso molto difficili. Un dialogo e confronto che, venendo dall'esterno, dimostra riconoscimento e valorizzazione del ruolo da loro svolto.

Il risultato della ricerca è difficilmente sintetizzabile in un giudizio di poche parole. Alle riscontrate possibilità e necessità di miglioramento di attività e atteggiamenti riconducibili all'uno o all'altro degli aspetti del poliedrico diritto alla salute dei migranti, si unisce l'impressione che il sistema affermatosi nell'area torinese offra comunque soluzione alla maggior parte dei problemi. Una simile conclusione dovrebbe però essere controllata confrontandola con l'esperienza vissuta dai migranti stessi. La loro voce non è stata raccolta nel corso della ricerca di cui qui si dà conto. Farlo avrebbe richiesto altri mezzi e altro tempo. Ma la mancanza del riscontro con l'opinione dei migranti e delle loro associazioni rinvia a un ulteriore sviluppo della ricerca, che è già in corso di svolgimento.

Il sistema che si è ricostruito vede operare in sinergia, anche se non sempre con il miglior coordinamento, le strutture della sanità pubblica con enti del privato sociale e del volontariato. Questi ultimi non solo sopperiscono a carenze del settore pubblico, ma offrono un servizio che esso per natura potrebbe con difficoltà fornire. Si tratta quindi di un complesso di punti di riferimento che risponde ora al criterio della sussidiarietà, anche se nasce nell'ambito di una tradizione ottocentesca specificamente torinese, all'origine di marcata prevalenza religiosa. L'interesse che tale sistema presenta può oltrepassare il territorio studiato e assumere il valore di modello.

Nella natura dell'attività di LDF gioca un ruolo importante la comparazione con quanto avviene in realtà diverse dell'area europea. Identificati i problemi riguardanti l'effettivo godimento dei diritti fondamentali e riscontrate le soluzioni più o meno soddisfacenti esistenti nel territorio studiato, sarebbe interessante e utile procedere a confronti con quanto avviene in altre aree comparabili. È ciò che, se le risorse lo consentiranno, potrebbe costituire un successivo stadio della ricerca.

Ai giovani ricercatori che sono autori del presente rapporto, a coloro che hanno offerto la loro collaborazione o hanno fornito consigli, è il momento da parte mia di dar segno di gratitudine e apprezzamento.

VLADIMIRO ZAGREBELSKY

Capitolo primo

Introduzione

Il presente rapporto è il risultato del primo progetto di ricerca sviluppato dal Laboratorio dei Diritti Fondamentali (LDF).

Identificata la vasta gamma di problemi che riguardano il diritto alla salute dei migranti nella città di Torino, la ricerca inquadra le questioni emerse nella cornice normativa del diritto alla salute, secondo il senso e il contenuto che esso ha assunto nel diritto internazionale dei diritti umani. In linea con l'orientamento metodologico del Laboratorio, si è inteso ricostruire la realtà locale, senza indulgere a indagini teoriche e a discussioni astratte sui diritti umani, concentrandosi invece sul modo in cui il diritto alla salute viene realizzato e fruito «sul terreno» da una delle fasce socialmente deboli della popolazione.

È auspicio degli autori di questo rapporto che esso possa contribuire alla riflessione sulla necessità di tener conto anche della prospettiva dei diritti umani quando i decisori pubblici sviluppano politiche, strategie e azioni legislative in tema di salute.

1.1. *Descrizione e obiettivi*

La nostra indagine muove dalla constatazione che non tutti gli utilizzatori del sistema sanitario possono esercitare appieno il loro diritto alla salute e che esistono vulnerabilità particolari che rendono difficoltoso l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari. Considerare la salute come un diritto fondamentale presuppone dedicare grande attenzione a gruppi specifici della popolazione e in particolar modo a quelli che vivono condizioni di vulnerabilità, di marginalizzazione o altre tipologie di svantaggio¹. Tra questi gruppi vi sono certamente anche i migranti, categoria sulla quale si concentra questo rapporto.

¹ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani e Organizzazione mondiale della sanità, *Fact Sheet 31: The Right to Health*, Geneva, Ohchr/Who, 2008.

Per ottenere una panoramica quanto più esaustiva possibile, si è deciso di occuparsi nell'ambito della ricerca dell'intera popolazione migrante senza distinzioni tra migranti regolari e irregolari. Tuttavia non è stato per ora affrontato il tema delle condizioni dei migranti in carcere e nei Centri di identificazione e espulsione (Cie).

Sebbene la migrazione non costituisca di per sé un rischio per la salute², il processo migratorio può comportare una maggiore vulnerabilità a problemi di salute fisica, mentale e sociale a seconda delle condizioni vissute dalle diverse persone³. Il processo migratorio può inoltre avere particolari ripercussioni negative sulla salute di specifici sottogruppi vulnerabili, quali le vittime di tratta, i richiedenti asilo, i migranti irregolari e i minori non-accompagnati⁴. L'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha diverse volte espresso la propria preoccupazione circa

la situazione di vulnerabilità in cui sovente i migranti si trovano a causa, *inter alia*, della lontananza dal loro paese di origine, delle difficoltà derivanti dalle differenze linguistiche, culturali e di costumi nonché a causa delle difficoltà economiche, sociali e gli ostacoli che rendono difficile il ritorno al paese di origine per i migranti senza documenti o in condizione di irregolarità⁵.

Sebbene le situazioni e le esperienze non possano che variare sensibilmente da migrante a migrante, molti di essi incontrano ostacoli comuni nel realizzare i propri diritti umani in generale e il diritto alla salute in particolare.

La presente ricerca tenta perciò, innanzitutto, di far emergere i diversi ostacoli incontrati dai migranti – indipendentemente dal loro status giuridico – nell'accedere e nel fruire dei servizi sanitari nella città di Torino.

A tal fine, il nostro studio incorpora dati sia qualitativi che quantitativi ed è stato condotto da un gruppo di ricerca interdisciplinare. Sebbene i responsabili della ricerca e gli autori del presente documento siano giuristi, hanno contribuito al lavoro di ricerca un medico specializzando in igiene e medicina preventiva⁶ e un antropologo dottorando in antropologia medica⁷. I dati qualitativi sono stati raccolti tramite una ricerca sul campo basata su interviste semi-strutturate con diversi attori operanti a livello

² Vedi il capitolo 5, *La prospettiva del diritto alla salute* e l'Appendice 2, *Il profilo sanitario del soggetto immigrato*.

³ P. Pace (a cura di), *Migration and the Right to Health: A Review of European Community Law and Council of Europe Instruments*, Geneva, Iom, 2007.

⁴ Organizzazione mondiale della sanità, World Health Assembly, *Health of Migrants*, WHA61.17 del 24 maggio 2008.

⁵ Assemblea generale, *Resolution 57/218. Protection of Migrants* adottata il 18 dicembre 2002, UN Doc. A/RES/57/218, del 27 febbraio 2003.

⁶ Anna Odone, autrice inoltre dell'Appendice 2, *Il profilo sanitario del soggetto immigrato*.

⁷ Eros Brunone Avena, autore inoltre del box 7, *Il mediatore culturale come elemento centrale per una pratica medica fondata sull'interculturalità*.

locale nel campo della migrazione e salute: tra questi vi erano operatori medici del settore pubblico, amministrativi, operatori di Pronto Soccorso, operatori dei servizi sociali, mediatori culturali, rappresentanti delle istituzioni comunali e regionali, Ong locali o nazionali, operatori delle organizzazioni del volontariato e di beneficenza nonché esperti del nostro ambito di ricerca. I dati quantitativi relativi alle principali problematiche di salute della popolazione migrante sono stati forniti dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3, partner scientifico del Laboratorio dei Diritti Fondamentali. La metodologia di ricerca sarà presentata in maggior dettaglio nel paragrafo 1.2.

Il fenomeno della migrazione e della sua intersezione con la salute è stato l'oggetto di numerosi studi sia a livello internazionale⁸ che a livello italiano⁹. Nello sviluppo della presente ricerca si è fatto ampio uso delle preziose informazioni contenute in tali pubblicazioni. Tuttavia, per ciò che concerne gli studi effettuati fino ad oggi in ambito italiano, è possibile constatare la sostanziale assenza di una prospettiva basata sui diritti umani rispetto

⁸ Si veda, *inter alia*, B. Rechel, P. Mladovsky *et al.* (a cura di), *Migration and Health in the European Union*, *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, Maidenhead, Open University Press, 2011; Organizzazione mondiale della sanità, *How Health Systems Can Address Health Inequities Linked to Migration and Ethnicity*, Copenhagen, Who Regional Office for Europe, 2010; Organizzazione mondiale della sanità, *Health of Migrants: The Way forward – Report of a Global Consultation*, Geneva, Who, 2010; H. Nygren-Krug, *International Migration, Health and Human Rights*, Geneva, Who, 2003; Organizzazione internazionale per le migrazioni, *Migration Health Report of Activities 2010*, Geneva, Iom, 2010; Organizzazione internazionale per le migrazioni, *Health and Migration: Bridging the Gap*, Geneva, Iom, 2005; D. Ingleby, *European Research on Migration and Health. Background Paper for AMAC Project*, Brussels, Iom, 2009; Agenzia dei diritti fondamentali dell'Unione europea, *Migrants in an Irregular Situation: Access to Healthcare in 10 European Union Member States*, Vienna, Fra, 2011; A. Stanciole e M. Huber, *Access to Health Care for Migrants, Ethnic Minorities, and Asylum Seekers in Europe: Policy Brief*, Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009; M.J. Peiro e R. Benedict, *Migration Health: Better Health for All in Europe: Final Report*, Brussels, Iom, 2009; Osservatorio europeo sull'accesso alle cure di medici del mondo, *Indagine europea sull'accesso alle cure delle persone in situazione irregolare*, Paris, Medecins du Monde, 2007.

⁹ Si veda, *inter alia*, Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2011*, disponibile sul sito internet www.osservasalute.it; Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) – Regione Marche, *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, 2009; Istituto Nazionale di Statistica, *Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia, Anno 2005*, 2008, disponibile sul sito internet www3.istat.it; Caritas/Migrantes, *Dossier statistico immigrazione 2011, 21° Rapporto*, Roma, Edizioni Idos, 2011; S. Geraci, B. Maisano e M. Mazzetti, *Migrazione e salute. Un lessico per capire*, Roma, Centro Studi Emigrazione, 2005; S. Geraci e B. Martinelli, *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche sociali*, Roma, Anterem, 2002; Il Nostro Pianeta, *Indagine sui percorsi di salute dei migranti a Torino*, Ires Piemonte, 2010; Naga, *Comunitari senza copertura sanitaria. Indagine sul difficile accesso alle cure per i cittadini rumeni e bulgari a Milano e in Lombardia: quando essere comunitari è uno svantaggio*, Milano, 2012, disponibile sul sito internet www.naga.it; Gruppo Abele, *Rapporto donne migranti e salute*, Torino, Ega Edizioni, 2008.

ai numerosi temi emersi come problematici. Ciò è probabilmente da attribuirsi alla scarsa attenzione ai principi del diritto internazionale dei diritti umani e degli obblighi specifici che derivano dalla ratifica di trattati internazionali in materia.

Nel tentativo di differenziarsi dagli studi già condotti e nella volontà di introdurre elementi di novità nel dibattito in materia di migrazione e salute, la nostra ricerca conduce un'analisi basata sui diritti umani in generale e sul diritto alla salute in particolare.

Il contenitore concettuale adottato è perciò il contenuto normativo del diritto alla salute così come definito dal diritto internazionale dei diritti umani. Conseguentemente, come si dirà in maniera più approfondita in seguito, la nostra chiave di lettura si articolerà, da un lato, nel valutare l'accesso e la fruizione del servizio sanitario in termini di disponibilità (*availability*), accessibilità (*accessibility*), accettabilità (*acceptability*), qualità (*quality*) e, dall'altro, nell'approfondire – dal punto di vista dei diritti umani – il tema dei determinanti della salute ovvero dei fattori o condizioni che influenzano la salute al di là del servizio sanitario di per sé considerato¹⁰.

Il diritto alla salute verrà dunque utilizzato come criterio di valutazione in base al quale leggere i risultati della ricerca condotta. Il fine ultimo è di valutare il grado di realizzazione del diritto – in tutte le sue componenti – analizzato nell'ambito geografico preso in considerazione.

In ultima analisi, la ricerca mira anche a porre in rilievo il valore aggiunto di adottare un approccio basato sui diritti umani, in generale, e sul diritto alla salute in particolare. Un tale approccio pone infatti al centro dei sistemi sanitari il benessere delle persone, delle comunità e delle popolazioni, con un'attenzione particolare ai gruppi vulnerabili e/o marginalizzati. Questo può aiutare a far sì che il sistema sanitario non sia «né tecnocratico né distante da coloro che deve servire»¹¹. Questo obiettivo è stato anche individuato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), la quale ha affermato che «i sistemi e i servizi sanitari si concentrano principalmente sulle malattie piuttosto che concentrarsi sulla persona nel suo complesso, il cui corpo e mente sono legati, e che bisogna trattare con dignità e rispetto»¹² e che, per ovviare a tale limite, «i servizi e i sistemi sanitari devono adottare un approccio maggiormente olistico e che ponga le persone al centro»¹³.

¹⁰ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani e Organizzazione mondiale della sanità, *Fact Sheet 31*, cit., p. 10.

¹¹ P. Hunt e G. Backman, *Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, in A. Clapham e M. Robinson, *Realizing the Right to Health*, Swiss Human Rights Book, vol. III, Bern, Ruffe & Rub, 2009.

¹² Organizzazione mondiale della sanità, *People at the Centre of Health Care: Harmonizing Mind and Body, People and Systems*, Geneva, Who, 2007.

¹³ *Ibidem*.

Inoltre, ridefinire e caratterizzare un dato elemento come un diritto ne enfatizza l'importanza in termini di obiettivi sociali. Un approccio basato sui diritti umani offre un «linguaggio normativo» forte che facilita l'identificazione sia dei diritti sia degli obblighi di garantire tali diritti, non tanto alla società in generale, quanto alla singola persona¹⁴.

Infine, un'ultima conseguenza importante di un approccio alla salute basato sui diritti umani è l'effetto che questo ha nello stabilire le priorità nella definizione di programmi e di politiche sanitarie. Una tale prospettiva può infatti aiutare a decidere come le (talvolta) scarse risorse possano essere allocate e può garantire che i gruppi maggiormente bisognosi ricevano le risorse sufficienti.

Considerato questo quadro, il presente lavoro aspira a compiere un ulteriore passo verso la promozione di una più forte cultura in materia di diritti umani in Italia, utilizzandoli come una lente attraverso la quale leggere l'intersezione tra salute e migrazione. L'aspirazione ultima è di vedere i diritti umani abbandonare la sfera del meramente retorico, per occupare il giusto spazio nello sviluppo di politiche e programmi sanitari.

1.2. *La ricerca*

Al fine di ottenere una panoramica quanto più esaustiva possibile, da un lato, delle principali problematiche di salute che affliggono la popolazione migrante e, dall'altro, dei principali ostacoli che rendono difficoltoso l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari, si sono utilizzati sia dati quantitativi che dati qualitativi.

1.2.1. *Dati quantitativi-epidemiologici* (di Anna Odone)

Al fine di fornire un quadro aggiornato del profilo di salute della popolazione straniera sul territorio regionale e di identificare le problematiche di salute di maggior rilievo, è stata condotta un'analisi osservazionale retrospettiva delle Schede Istat di dimissione ospedaliera (Sdo) compilate in Regione Piemonte nel corso del 2009.

I dati sono stati forniti ed elaborati in collaborazione con gli analisti dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'Azienda Sanitaria Locale TO3.

Le patologie sono state classificate secondo i capitoli della decima revisione della classificazione statistica internazionale delle malattie (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*, ICD-10).

¹⁴ V. Leary, *The Right to Health in International Human Rights*, in «Health and Human Rights», 1, 1, 1994, pp. 24-56 ss.

I dati sui ricoveri sono stati analizzati, presentati per ogni gruppo di cause, in base al genere, all'età (suddivisa in classi <1 anno, 1-4, 5-17, 18-34, 35-49, 50-64 e >64 anni) ed alla nazionalità.

Le tabelle sono state costruite con le frequenze assolute dei ricoveri, i tassi di prevalenza (per 1.000 residenti).

I sottogruppi di popolazione sono stati suddivisi in: popolazione italiana residente, popolazione straniera residente e Stp (stranieri temporaneamente presenti ossia non in regola con le norme di soggiorno) utilizzando la variabile relativa alla cittadinanza presente nelle Sdo.

Per la popolazione residente, italiana e straniera, è stato possibile calcolare il tasso di ricoveri per causa utilizzando, al denominatore, i dati relativi alla loro presenza, reperibili presso la banca dati regionale (residenti al 1° gennaio 2009). La popolazione straniera regolarmente presente è stata sottratta dalla popolazione generale per ottenere la popolazione italiana residente. La mancanza del dato sulla popolazione straniera irregolarmente presente non ha permesso di calcolare i tassi di ospedalizzazione per questo sottogruppo della popolazione.

Sebbene il focus della ricerca sia la città di Torino e la ricerca qualitativa si sia concentrata sugli operatori nella città stessa, i dati quantitativi si riferiscono all'intero Piemonte per rendere più consistente l'analisi. Non vi sono ragioni demografiche o sanitarie per ritenere che le condizioni di salute della popolazione migrante a Torino possano in qualche modo differire da quella residente nel resto della Regione.

1.2.2. *Dati qualitativi*

Le informazioni concernenti i diversi problemi che, a livelli diversi, rendono difficoltoso l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte dei migranti nella città di Torino sono state per la maggior parte raccolte tramite una serie di interviste effettuate con i principali attori impegnati, a livello locale, nell'ambito della salute e della migrazione.

Tra i soggetti intervistati vi sono, *inter alia*, responsabili di servizi sanitari pubblici, altri operatori sanitari, associazioni di volontariato, amministrazioni pubbliche e esperti dei temi analizzati. In totale sono state condotte 96 interviste. Di queste 26 erano con rappresentanti del privato sociale, 30 con medici (medicina d'urgenza; malattie infettive; pediatria; epidemiologia; medicina di base; chirurgia; ginecologia e ostetricia), 13 con personale sanitario non medico (infermieri professionali; operatori socio-sanitari; ostetriche), 11 con mediatori culturali, 12 con persone operanti nelle istituzioni e negli enti locali (Questura di Torino; Prefettura di Torino; Agenzia regionale per i servizi sanitari; Comune di Torino, in particolare l'Ufficio stranieri, l'Ufficio minori stranieri e l'Ufficio adulti in difficoltà), 8 con psicologi, 3

con ricercatori universitari, 2 con assistenti sociali, 1 con un educatore. Si noti che, in taluni casi, alcune categorie si sovrappongono (per esempio nel caso di interviste con medici operanti nel privato sociale). Tali colloqui, che avevano luogo seguendo le tracce di cui in Appendice 3, erano volti a far emergere quali fossero le difficoltà e i bisogni della popolazione migrante nel settore in analisi, nonché le risposte e le criticità dei servizi sanitari esistenti sul territorio. La ricerca non ha per ora preso in considerazione il punto di vista dei migranti, ma esso potrebbe costituire oggetto di un successivo sviluppo.

La ricerca si è avvalsa anche dell'analisi della letteratura esistente sul tema della migrazione e della salute a Torino e dei risultati di due incontri, organizzati dal Laboratorio dei Diritti Fondamentali, nel corso dei quali si è cercato di ottenere indicazioni e informazioni utili ai fini della ricerca da parte di esperti del settore.

1.3. *Struttura della pubblicazione*

Dopo questo primo capitolo introduttivo, ci si occuperà, nel capitolo 2, di chiarire quale è il quadro concettuale di riferimento. Si inizierà perciò con il rintracciare le fonti normative del diritto alla salute a livello internazionale, regionale e nazionale (par. 2.1). Dopodiché, si presenteranno gli elementi che compongono il diritto alla salute, il c.d. «contenuto normativo», e si spiegherà quali obblighi esistano in capo agli Stati (par. 2.2).

Il capitolo 3 sarà dedicato a tracciare i contorni dell'ambito geografico studiato, fornendo alcune informazioni essenziali sul fenomeno migratorio a Torino e spiegando quali sono gli attori principali coinvolti e i servizi sanitari esistenti.

Il capitolo 4, fruendo delle indicazioni suggerite dai dati quantitativi forniti dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3, fornirà una panoramica sullo stato di salute della popolazione migrante nella città di Torino, soffermandosi in particolare sulle vulnerabilità di maggior rilievo.

Il capitolo 5 presenterà e analizzerà le informazioni emerse nel corso delle interviste condotte utilizzando la chiave di lettura indicata nel capitolo 2. Seguendo la struttura del contenuto normativo del diritto alla salute, il capitolo sarà suddiviso in due parti. La prima parte analizzerà quanto emerso circa il servizio sanitario in termini di disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità. La seconda parte approfondirà il tema dei determinanti della salute rispetto alla popolazione migrante a Torino, ponendo in evidenza i principali punti di contatto con la disciplina dei diritti umani.

In conclusione, questo lavoro tende ad un duplice obiettivo, quello cioè di inquadrare la difficile questione della migrazione e della salute in una cornice concettuale finora non esplorata, vale a dirsi il contenuto normativo

del diritto alla salute, e quello di gettare le fondamenta per ulteriori analisi specifiche sul tema migrazione e salute nella città di Torino. Data la complessità di molte delle problematiche che caratterizzano il tema in questione, in questa sede ci si limiterà a tracciare i contorni essenziali delle problematiche riscontrate, rimandando a lavori futuri la disamina approfondita e specifica di singole questioni.

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

Capitolo secondo

Il diritto alla salute

Lo scopo di questo capitolo è illustrare cosa si intende quando ci si riferisce al «diritto alla salute» e fornire una panoramica degli ambiti in cui esso trova riconoscimento nel diritto internazionale e negli altri standard e norme accettati a livello internazionale. Ci si soffermerà poi ad analizzare le componenti del diritto alla salute, il cosiddetto «contenuto normativo», esaminando inoltre quali obblighi sorgano per gli Stati.

2.1. *La definizione di «diritto alla salute»*

Nel corso della ricerca si è riscontrata una certa confusione quanto al contenuto e al corretto utilizzo del concetto di «diritto alla salute». Tale espressione è, infatti, utilizzata sovente, in modi diversi e in contesti differenti. Raramente, tuttavia, il suo impiego riflette da vicino il significato e il contenuto ad essa attribuito dal diritto internazionale dei diritti umani. Per citare l'editoriale al numero di «The Lancet» dedicato al sessantesimo anniversario della Dichiarazione universale dei diritti umani, «[i]l diritto alla salute è molto più che una comoda frase che gli operatori sanitari, le organizzazioni non governative, i gruppi della società civile brandiscono nella vaga speranza che ciò possa cambiare il mondo». L'editoriale continua affermando che «[i]l diritto alla salute è uno strumento giuridico, cruciale e costruttivo, a disposizione del settore sanitario per fornire le migliori cure ai pazienti e per rendere responsabili i governi nazionali e la comunità internazionale»¹. Per tale motivo, questo capitolo in primo luogo è dedicato a chiarire il significato preciso del diritto alla salute, così come esso è articolato a livello internazionale.

Innanzitutto si richiama l'attenzione sulla «dicitura» completa del diritto: «diritto alla salute» costituisce infatti una sintetizzazione dell'espressione completa «diritto alle migliori condizioni di salute fisica e mentale raggiun-

¹ *Editorial: The Right to Health: From Rhetoric to Reality*, in «The Lancet», vol. 372, n. 9655, 2008, p. 2001.

gibili» (*right to the highest attainable standard of physical and mental health*). Il diritto alla salute è un diritto fondamentale, indispensabile per l'esercizio di molti altri diritti umani e necessario per vivere una vita dignitosa². È opportuno sottolineare fin d'ora che esso non deve essere concepito come il diritto a *essere sani*. Tale diritto è composto sia da libertà (*freedoms*) che da diritti (*entitlements*). Le libertà includono il diritto di controllare la propria salute e il proprio corpo, e il diritto ad essere liberi da interferenze (come il diritto ad essere liberi dalla tortura, da trattamenti sanitari extraconsensuali e da sperimentazioni); gli *entitlements* includono il diritto a un sistema di protezione della salute che fornisca alle persone pari opportunità di godere delle *migliori condizioni di salute raggiungibili*³. Il diritto alle migliori condizioni di salute raggiungibili riguarda sia il risultato, che il modo per ottenerlo⁴.

Come si vedrà a breve, il diritto alla salute è stato incluso in un'ampia gamma di strumenti internazionali e regionali sui diritti umani.

2.1.1. *Il diritto alla salute negli strumenti internazionali sui diritti umani*

Il diritto alla salute trova un riconoscimento pressoché universale: ogni Stato ha infatti ratificato almeno uno dei trattati internazionali in materia di diritti umani che sancisce il diritto alla salute⁵. Bisogna sottolineare fin da ora che l'Italia ha ratificato tutti i principali trattati sui diritti umani di cui ci occuperemo in questo paragrafo, con l'eccezione della Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie (1990).

Il primo strumento da richiamare è la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948⁶. Questa considera la salute come parte del diritto a un livello di vita adeguato (art. 25)⁷. La Dichiarazione afferma:

1) Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimen-

² E. Riedel, *The Human Right to Health: Conceptual Foundations*, in A. Clapham e M. Robinson, *Realizing the Right to Health*, Swiss Human Rights Book, vol. III, Bern, Ruffe & Rub, 2009, p. 36.

³ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14 – The Right to the Highest Attainable Standard of Health*, UN Doc. E/C.12/2000/4 dell'11 agosto 2000.

⁴ P. Hunt e G. Backman, *Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, in A. Clapham e M. Robinson, *Realizing the Right to Health*, cit., p. 83.

⁵ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani e Organizzazione mondiale della sanità, *Fact Sheet 31: The Right to Health*, Geneva, Ohchr/Who, 2008.

⁶ Assemblea generale, *Resolution 217 A (III)*, *Universal Declaration of Human Rights* adottata il 10 dicembre 1948, UN Doc. A/810 p. 71.

⁷ Si veda, *inter alia*, N. Pillay, *Right to Health and the Universal Declaration of Human Rights*, in «The Lancet», vol. 372, 2008.

tazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.

2) La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure e assistenza. Tutti i bambini nati nel matrimonio o fuori di esso devono godere della stessa protezione sociale.

Sebbene la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo non sia formalmente vincolante dal punto di vista giuridico, la dottrina riconosce, in modo pressoché unanime, che molte delle sue disposizioni costituiscono ormai diritto internazionale consuetudinario.

Il diritto alla salute è annoverato tra i diritti umani anche nel Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966⁸, probabilmente il più importante strumento internazionale in questo ambito. L'art. 12 del Patto stabilisce che:

1. 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.

2. 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.

Il contenuto sostanziale del diritto alla salute è stato successivamente descritto nel dettaglio dal Comitato sui diritti economici sociali e culturali delle Nazioni Unite nel Commento generale n. 14 sul diritto al livello più alto di salute raggiungibile⁹. Il contenuto del Commento generale verrà esaminato in maggior dettaglio, *infra*, nel par. 2.2.

⁸ Assemblea generale, *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* adottato il 16 dicembre 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3. Ratificato con legge 25 ottobre 1977, n. 881.

⁹ I Commenti generali (*General Comments*) forniscono «interpretazioni autorevoli» relative ai diversi articoli e disposizioni del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, allo scopo di aiutare gli Stati parti ad adempiere i loro obblighi. Per maggiori dettagli si veda Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comments*, disponibile su www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm. Per un approfondimento si veda P. Alston, *The Historical Origins of the Concept of «General Comments» in Human Rights Law*, in L. Boisson de Chazournes e V. Gowlland-Debbas (a cura di), *The International Legal System in Quest of Equity and Universality*, Leiden, Martinus Nijhoff, 2001.

Il diritto alla salute trova anche riconoscimento nell'art. 5 (e) (iv) della Convenzione internazionale sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale del 1965¹⁰, in cui si afferma che gli Stati parti si impegnano a vietare e ad eliminare la discriminazione razziale in tutte le sue forme, e a garantire il diritto di tutti, senza distinzione di razza, colore o origine nazionale o etnica, all'uguaglianza dinanzi alla legge nel godimento del diritto a servizi pubblici sociali, sanitari, di assistenza medica e di sicurezza sociale. Il diritto alla salute è inoltre contenuto negli artt. 11.1 (f) e 12 della Convenzione sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne del 1979¹¹. In particolare, l'art. 12 stabilisce che:

1. Gli Stati parti prenderanno tutte le misure adeguate per eliminare la discriminazione nei confronti delle donne nel campo delle cure sanitarie al fine di assicurare loro, in condizione di parità con gli uomini, i mezzi per accedere ai servizi sanitari, compresi quelli che si riferiscono alla pianificazione familiare.

2. Nonostante quanto disposto nel paragrafo 1 del presente articolo, gli Stati parti forniranno alle donne, durante la gravidanza, al momento del parto e dopo il parto, i servizi appropriati e, se necessario, gratuiti, ed una alimentazione adeguata sia durante la gravidanza che durante l'allattamento.

Numerosi aspetti del diritto alla salute sono trattati anche nella Convenzione sui diritti dell'infanzia¹², sia implicitamente – dall'art. 6 che impone agli Stati parti l'obbligo di assicurare, al livello massimo possibile, la sopravvivenza o lo sviluppo del bambino – sia esplicitamente dagli artt. 24 e 25. In particolare, l'art. 24 spiega che gli Stati parti riconoscono il diritto del minore a godere delle migliori condizioni di salute raggiungibili, e di usufruire delle strutture per la cura e la riabilitazione. L'obbligo di assicurare la piena attuazione di questo diritto include l'adozione di misure per:

a) diminuire la mortalità tra i bambini lattanti e i fanciulli; b) assicurare a tutti i minori l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie; c) lottare contro la malattia e la malnutrizione, anche nell'ambito delle cure sanitarie primarie, in particolare mediante l'utilizzazione di tecniche agevolmente disponibili e la fornitura di alimenti nutritivi e di acqua potabile, tenendo conto dei pericoli e dei rischi di inquinamento dell'ambiente naturale; d) garantire alle madri adeguate cure prenatali e postnatali; e) fare

¹⁰ Assemblea generale, *Convenzione internazionale sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale* adottata il 21 dicembre 1965, United Nations, Treaty Series, vol. 660, p. 195. Ratificata con legge 13 ottobre 1975, n. 654.

¹¹ Assemblea generale, *Convenzione sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne* adottata il 18 dicembre 1979, United Nations, Treaty Series, vol. 1249, p. 13. Ratificata con legge 14 marzo 1985, n. 132.

¹² Assemblea generale, *Convenzione sui diritti del fanciullo* adottata il 20 novembre 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3. Ratificata con legge 27 maggio 1991, n. 176.

in modo che tutti i gruppi della società, in particolare i genitori e i minori, ricevano informazioni sulla salute e sulla nutrizione del minore, sui vantaggi dell'allattamento al seno, sull'igiene e sulla salubrità dell'ambiente e sulla prevenzione degli incidenti e beneficino di un aiuto che consenta loro di mettere in pratica tali informazioni; *f*) sviluppare le cure sanitarie preventive, i consigli ai genitori e l'educazione e i servizi in materia di pianificazione familiare.

La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità del 2006¹³ definisce in modo molto dettagliato il diritto alla salute. L'art. 25 prevede che:

Gli Stati parti riconoscono che le persone con disabilità hanno il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità. Gli Stati parti adottano tutte le misure adeguate a garantire loro l'accesso a servizi sanitari che tengano conto delle specifiche differenze di genere, inclusi i servizi di riabilitazione. In particolare, gli Stati parti devono: *a*) fornire alle persone con disabilità servizi sanitari gratuiti o a costi accessibili, che coprano la stessa varietà e che siano della stessa qualità dei servizi e programmi sanitari forniti alle altre persone, compresi i servizi sanitari nella sfera della salute sessuale e riproduttiva e i programmi di salute pubblica destinati alla popolazione; *b*) fornire alle persone con disabilità i servizi sanitari di cui hanno necessità proprio in ragione delle loro disabilità, compresi i servizi di diagnosi precoce e di intervento d'urgenza, e i servizi destinati a ridurre al minimo ed a prevenire ulteriori disabilità, segnatamente tra i minori e gli anziani; *c*) fornire questi servizi sanitari alle persone con disabilità il più vicino possibile alle proprie comunità, comprese le aree rurali; *d*) richiedere agli specialisti sanitari di prestare alle persone con disabilità cure della medesima qualità di quelle fornite agli altri, in particolare ottenendo il consenso libero e informato della persona con disabilità coinvolta, accrescendo, tra l'altro, la conoscenza dei diritti umani, della dignità, dell'autonomia, e dei bisogni delle persone con disabilità attraverso la formazione e l'adozione di regole deontologiche nel campo della sanità pubblica e privata; *e*) vietare nel settore delle assicurazioni le discriminazioni a danno delle persone con disabilità, le quali devono poter ottenere, a condizioni eque e ragionevoli, un'assicurazione per malattia e, nei paesi nei quali sia consentito dalla legislazione nazionale, un'assicurazione sulla vita; *f*) prevenire il rifiuto discriminatorio di assistenza medica o di prestazione di cure e servizi sanitari o di cibo e liquidi in ragione della disabilità.

Anche se, come abbiamo ricordato nell'*Introduzione*, l'Italia non ha ratificato la Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie del 1990, è necessario sottolineare che il documento contiene disposizioni relative al diritto alla salute. Ci si riferisce, in particolare, all'art. 43, che obbliga gli Stati ad assicurare eguale accesso alle cure sanitarie ai lavoratori migranti e ai membri delle loro famiglie, e all'art. 28, che garantisce il diritto dei migranti e delle loro famiglie a ricevere cure mediche urgenti e necessarie per evitare la morte o danni irre-

¹³ Assemblea generale, *Convenzione sui diritti delle persone con disabilità* adottata il 13 dicembre 2006, UN Doc. A/RES/61/106, Annex I. Ratificata con legge 3 marzo 2009, n. 18.

versibili, a prescindere dall'irregolarità della loro posizione in termini di residenza o lavoro. I problemi di salute collegati al lavoro sono stati anche presi in considerazione dall'Organizzazione internazionale del lavoro, rispettivamente nella Convenzione n. 155 sulla sicurezza e la salute sul lavoro (1981) e nella Convenzione n. 161 sui Servizi di salute al lavoro (1985).

BOX 1. *I principali trattati internazionali rilevanti per il diritto alla salute*

- Convenzione internazionale sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale (1965): art. 5 (e) (iv).
 - Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (1966): art. 12.
 - Convenzione sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (1979): artt. 11 (1) (f), 12 e 14 (2) (b)
 - Convenzione sui diritti dell'infanzia (1989): artt. 24 e 25.
 - Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie (1990): artt. 28, 43 (e) e 45 (c).
 - Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (2006) art. 25.
-

2.1.2. *I meccanismi di tutela dei diritti umani delle Nazioni Unite*

Nell'ultimo decennio, a livello di Nazioni Unite, è stata attribuita una crescente attenzione al diritto alle migliori condizioni di salute raggiungibili. In particolare si segnala l'attività degli Organi convenzionali (*Treaty Bodies*) e della Commissione sui diritti umani – ora sostituita dal Consiglio per i diritti umani – che nel 2002 ha creato la figura del Relatore speciale sul diritto alle migliori condizioni di salute fisica e mentale raggiungibili (d'ora in avanti «Relatore speciale sul diritto alla salute»)¹⁴. Fin dall'inizio del suo mandato, il Relatore speciale ha presentato rapporti tematici annuali e rapporti sulle missioni da esso compiute nei vari paesi. Tra i temi specifici analizzati dal Relatore speciale si segnalano: gli indicatori di salute e un approccio basato sui diritti umani; il diritto alla salute sessuale e riproduttiva; il diritto alle migliori condizioni di salute raggiungibili e l'acqua e i servizi igienici; il diritto

¹⁴ Il Consiglio per i diritti umani nomina esperti indipendenti detti «Relatori speciali» per analizzare paesi o temi particolari, come pratiche tradizionali nocive, disabilità, violenza contro le donne, tortura, e riferire sulle implicazioni riguardo ai diritti umani coinvolti. Si veda Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani, *Fact Sheet 27: Seventeen Frequently Asked Questions about United Nations Special Rapporteurs*, Geneva, Ohchr, 2001; P. Hunt, *The Right to Health: From the Margins to the Mainstream*, in «The Lancet», vol. 360, 2001. Per un approfondimento si veda C. Golay, C. Mahon e I. Cismas, *The Impact of the UN Special Procedures on the Development and Implementation of Economic, Social and Cultural Rights*, in «International Journal of Human Rights», 15, 2, 2011.

alla salute, l'accesso ai farmaci e i diritti di proprietà intellettuale; disabilità mentale e diritto alla salute; il diritto alla salute e la criminalizzazione dei comportamenti e degli orientamenti sessuali; il lavoro sessuale e la trasmissione dell'Hiv; il diritto alla salute e lo sviluppo; il diritto alla salute e il consenso informato; il diritto alla salute e la riduzione della mortalità materna¹⁵.

Il Consiglio per i diritti umani¹⁶ e l'organo che lo ha preceduto, la Commissione, hanno anche adottato un certo numero di risoluzioni sul diritto alla salute. Nel 2010 il Consiglio per i diritti umani ha adottato una risoluzione generale sul diritto di ciascuno al godimento delle migliori condizioni raggiungibili di salute fisica e mentale¹⁷. Il Consiglio, in altre risoluzioni, ha anche affrontato i seguenti temi: il diritto alla salute nel contesto dello sviluppo e dell'accesso ai farmaci; la prevenzione della mortalità e dell'incidenza di malattia materna; il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni raggiungibili di salute fisica e mentale nel contesto dello sviluppo¹⁸.

Grande attenzione al diritto alla salute è stata inoltre prestata, come menzionato, dagli Organi convenzionali¹⁹. Il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, organo incaricato di sorvegliare il Patto omonimo, ha adottato, nel 2000, il Commento generale n. 14 sul diritto alle migliori condizioni di salute fisica e mentale raggiungibili, che chiarisce la portata dell'art. 12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali²⁰. Il Commento generale n. 14 è considerato l'interpretazione più completa del diritto alla salute e dei corrispondenti obblighi derivanti per gli Stati. Questo documento costituisce la fonte principale per delineare, nel par. 2.2 il quadro concettuale sul quale è fondata la presente ricerca.

¹⁵ I rapporti sono disponibili su www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRRightHealthIndex.aspx.

¹⁶ Il Consiglio per i diritti umani è un organismo intergovernativo costituito all'interno del sistema delle Nazioni Unite; esso è responsabile della promozione e della protezione dei diritti umani e ha il compito di affrontare le situazioni di violazione dei diritti umani e di formulare raccomandazioni riguardo ad esse. Il Consiglio, dal marzo del 2006, è subentrato alla Commissione per i diritti umani. Per maggiori informazioni, cfr. il sito internet www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/AboutCouncil.aspx.

¹⁷ Consiglio per i diritti umani, *Resolution 15/22. Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, UN Doc. A/HRC/RES/15/22 del 30 settembre 2010.

¹⁸ Le Risoluzioni sono disponibili su www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/15session/resolutions.htm.

¹⁹ I cui compiti, in estrema sintesi, prevedono la valutazione della misura in cui gli Stati parti rispettano gli obblighi imposti dai trattati di cui sono, appunto, parte. Questo include l'esame delle violazioni effettive o potenziali e la valutazione delle informazioni fornite dai governi e delle parti interessate, come le Ong, e la formulazione di suggerimenti e raccomandazioni per il futuro *follow-up* dell'attuazione del trattato all'interno del paese in questione. Per maggiori informazioni consultare www.ohchr.org/en/hrbodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx.

²⁰ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14*, cit.

Per quanto riguarda altri organi convenzionali, si segnala che il Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne ha adottato la Raccomandazione generale n. 24 sul tema «Donne e salute»²¹, mentre il Comitato sui diritti dell'infanzia ha adottato il Commento generale n. 4 sulla salute e lo sviluppo degli adolescenti nel contesto della Convenzione sui diritti dell'infanzia e il Commento generale n. 3 su Hiv/Aids e diritti dell'infanzia²². Infine, il Comitato per l'eliminazione della discriminazione razziale ha adottato la Raccomandazione generale n. 30 sulla discriminazione nei confronti dei non-cittadini, che risulta di particolare rilevanza per l'analisi condotta in questa ricerca. Il documento, infatti, afferma che gli Stati parti devono «rimuovere gli ostacoli che impediscono il godimento dei diritti economici, sociali e culturali da parte dei non-cittadini, in particolare nei settori dell'istruzione, della casa, dell'occupazione e della salute» e «rispettare il diritto dei non-cittadini ad avere un adeguato livello di salute fisica e mentale, evitando, tra l'altro, di negare o limitare il loro accesso a servizi sanitari di cura preventiva, effettiva o palliativa»²³.

2.1.3. L'Organizzazione mondiale della sanità

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) – come, del resto, ogni altra agenzia specializzata all'interno del sistema delle Nazioni Unite – preferisce porre l'accento sulla formulazione di politiche, strategie e programmi di azione, piuttosto che sulla legislazione²⁴. Eppure, a livello internazionale, il diritto alla salute è stato espresso, per la prima volta, come standard normativo, proprio nella Costituzione del 1946 dell'Organizzazione mondiale della sanità. È, infatti, nel preambolo di tale Costituzione che la salute viene definita come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale» – e non quale semplice «assenza di malattia o infermità»²⁵ – mentre si afferma

²¹ Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, *General Recommendation 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)*, UN Doc. A/54/38/Rev. 1, cap. I, 1999. Si vedano anche Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, *General Recommendation 14: Female Circumcision*, UN Doc. A/45/38, 1990 e *General Recommendation 15: Avoidance of Discrimination against Women in National Strategies for the Prevention and Control of Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids)*, UN Doc. A/45/38, 1990.

²² Comitato sui diritti del fanciullo, *General Comment 3, Hiv/Aids and the Rights of the Child*, UN Doc. CRC/GC/2003/1, 2003.

²³ Comitato per l'eliminazione della discriminazione razziale, *General Recommendation 30, Discrimination against Non-Citizens*, UN Doc. CERD/C/64/Misc.11/rev.3, 2004.

²⁴ E. Riedel, *The Human Right to Health*, cit.

²⁵ Organizzazione mondiale della sanità, *Constitution of the World Health Organization* firmata il 22 luglio 1946, in *Official Records of the World Health Organization*, n. 2, 1948, p. 100.

che «il godimento delle migliori condizioni di salute raggiungibili costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica o sociale». Nonostante nell'arco degli anni si sia spesso tentato di trovare una definizione di salute alternativa, e più ristretta, quella contenuta nella Costituzione dell'Oms è rimasta finora il punto di partenza universalmente accettato. Questa definizione è incentrata sull'*integrazione*, piuttosto che sulla *contrapposizione* tra due concetti: uno negativo (assenza di malattia o infermità) e uno positivo (promozione del benessere umano).

Si nota quindi che fin dalla sua prima articolazione il diritto alla salute è stato concepito in termini ampi, che includono il diritto a un adeguato standard di vita, e in questo senso esso riflette e rafforza il principio di sanità pubblica per il quale lo stato di salute di una persona è influenzato anche da alcuni fattori socio-economici che, in generale, si ritiene non appartengano all'ambito strettamente medico²⁶.

Da allora, tale concetto è stato ribadito in numerose Dichiarazioni dell'Oms, tra le quali ricordiamo, in particolare, la Dichiarazione di Alma-Ata sull'assistenza sanitaria primaria del 1978, che

ribadisce con fermezza che la salute, in quanto stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solo assenza di malattia o infermità, è un diritto umano fondamentale, e che il raggiungimento delle migliori condizioni raggiungibili di salute è uno dei più importanti obiettivi sociali a livello mondiale, la cui realizzazione richiede, oltre all'azione del settore sanitario, l'azione di molti altri settori sociali ed economici²⁷.

La Dichiarazione invita gli Stati ad assicurare la disponibilità degli elementi essenziali dell'assistenza sanitaria di base (che comprendono l'educazione sanitaria circa le problematiche di salute e i metodi per prevenirle e controllarle, la fornitura di cibo, la promozione di una corretta alimentazione, una fornitura adeguata di acqua potabile e servizi igienici di base, l'assistenza sanitaria ai bambini e alle loro madri, pianificazione familiare), le vaccinazioni contro le principali malattie infettive e la prevenzione e il controllo delle malattie endemiche locali, il trattamento adeguato delle malattie più comuni e la fornitura di farmaci essenziali. Nel 1998, l'Assemblea mondiale della sanità ha ribadito l'impegno delle nazioni a tendere verso questi obiettivi nella Dichiarazione mondiale della sanità, che ha evidenziato la «volontà di promuovere la salute affrontando i determinanti di base e i prerequisiti della salute» e la priorità urgente «di prestare la massima atten-

²⁶ J. Asher, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, London, Commonwealth Medical Trust, 2004, p. 19.

²⁷ Organizzazione mondiale della sanità, *Declaration of Alma-Ata - International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata (USSR), 6-12 settembre 1978.

zione ai più bisognosi, che sono gravati da problemi di salute, ricevono servizi sanitari inadeguati o soffrono per la povertà»²⁸.

2.1.4. *Il Consiglio d'Europa e l'Unione europea*

Il diritto alla salute trova anche ampio riconoscimento presso i principali organismi internazionali in Europa, il Consiglio d'Europa e l'Unione europea.

Consiglio d'Europa

La Carta sociale europea completa la Convenzione europea sui diritti umani nel settore dei diritti sociali ed economici. La Carta contiene varie disposizioni che garantiscono, implicitamente o esplicitamente, il diritto alla salute. L'art. 11 copre numerose questioni riguardanti la salute. Esso afferma:

Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla protezione della salute, le parti s'impegnano ad adottare sia direttamente sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche e private, adeguate misure volte in particolare:

1. ad eliminare, per quanto possibile, le cause di una salute deficitaria;
2. a prevedere consultori e servizi d'istruzione riguardo al miglioramento della salute e allo sviluppo del senso di responsabilità individuale in materia di salute;
3. a prevenire, per quanto possibile, le malattie epidemiche, endemiche e di altra natura, nonché gli infortuni.

La salute e il benessere di bambini e giovani sono protette dagli artt. 7 e 17. La salute della donna in gravidanza è tutelata dagli artt. 8 e 17, mentre la salute delle persone anziane viene disciplinata nell'art. 23²⁹. Il compito di vigilare sul rispetto della Carta sociale europea è attribuito al Comitato europeo dei diritti sociali, che valuta la conformità delle situazioni nazionali con quanto stabilito dalla Carta sociale europea e adotta conclusioni nel quadro della procedura di segnalazione.

Ai sensi della Carta sociale europea, i parametri a cui il Comitato guarda per valutare il rispetto del diritto alla salute possono essere riassunti nel seguente modo: 1) l'esistenza, nello Stato in questione, di un sistema sanitario – inclusi piani di sanità pubblica che prevedano apparecchiature adeguate e professionisti medici e para-medici generalmente disponibili – adatto ai

²⁸ Organizzazione mondiale della sanità, *World Health Assembly Resolution on the World Health Declaration*, WHA51/5, Geneva, 1998.

²⁹ Per ulteriori informazioni si veda Council of Europe, *The Right to Health and the European Social Charter*, Information document prepared by the Secretariat of the ESC, Strasbourg, 2009.

propri principali problemi sanitari, e adeguato ad assicurare cure mediche a tutta la sua popolazione; 2) previsione, da parte dello Stato in questione, di misure speciali per la salvaguardia della salute e l'accesso alle cure sanitarie dei gruppi vulnerabili; 3) adozione, da parte dello Stato in questione, di misure a tutela della sanità pubblica, come la prevenzione dell'inquinamento dell'aria e dell'acqua, la riduzione del rumore, il controllo degli alimenti e dell'igiene ambientale; 4) predisposizione di un sistema di educazione sanitaria; 5) adozione di misure quali vaccinazioni, disinfestazioni e controllo delle epidemie, per evitare la diffusione delle stesse³⁰.

La Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina del Consiglio d'Europa, del 4 aprile 1997, mira a «garantire un accesso equo a un'assistenza sanitaria di qualità adeguata, in base alle esigenze mediche della persona» e impone agli Stati di adoperarsi per raggiungerlo. L'art. 3 della Convenzione afferma che «le parti, tenendo conto dei bisogni relativi alla salute e delle risorse disponibili, adottano gli opportuni provvedimenti al fine di fornire, nell'ambito della loro giurisdizione, un accesso equo a un'assistenza sanitaria di qualità appropriata»³¹.

La Convenzione europea dei diritti dell'uomo e i suoi protocolli non riconoscono esplicitamente il diritto alla salute, ma garantiscono a tale diritto una protezione indiretta, attraverso un'interpretazione espansiva dei diritti ad esso riconducibili³². Questi ultimi includono il diritto alla vita (art. 2)³³, il divieto di tortura, di trattamenti inumani o degradanti (art. 3)³⁴ e il diritto alla vita privata e familiare (art. 8)³⁵.

³⁰ J. McHale, *Fundamental Rights and Health Care*, in E. Mossialos et al. (a cura di), *Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010.

³¹ Consiglio d'Europa, *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, CETS n. 164, Oviedo, 4 aprile 1997.

³² Si veda R. Chenal, *Il diritto alla salute e la Convenzione europea dei diritti dell'uomo*, in R. Cavallo Perin et al. (a cura di), *I diritti sociali come diritti della personalità*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2010.

³³ Si veda ad esempio Commissione europea dei diritti dell'uomo, *Association X c. Regno Unito*, ricorso n. 7154/75, decisione di ricevibilità del 12 luglio 1978; Corte europea dei diritti dell'uomo, *L.C.B. c. Regno Unito*, ricorso n. 23413/94, sentenza del 9 giugno 1998; *Karchen et al. c. Francia*, ricorso n. 5722/04, decisione di ricevibilità del 4 marzo 2008; *G.N. et al. c. Italia*, ricorso n. 43134/05, sentenza del 1° dicembre 2009.

³⁴ Si veda ad esempio Corte europea dei diritti dell'uomo, *D. c. Regno Unito*, ricorso n. 30240/96, sentenza del 2 maggio 1997; *Keenan c. Regno Unito*, ricorso n. 27229/95, sentenza del 3 aprile 2001; *Mouisel c. Francia*, ricorso n. 67263/01, sentenza del 14 novembre 2002.

³⁵ Si veda ad esempio Corte europea dei diritti dell'uomo, *Lopez Ostra c. Spagna*, ricorso n. 16798/90, sentenza del 9 dicembre 1994; *Storck c. Germania*, ricorso n. 61603/00, sentenza del 16 giugno 2005; *Taskin e altri c. Turchia*, ricorso n. 46117/99, sentenza del 10 novembre 2004; *Tatar c. Romania*, ricorso n. 67021/01, sentenza del 27 gennaio 2009. Vedi anche Commissione europea dei diritti dell'uomo, *X c. Austria*, ricorso n. 8278/78, decisione del 13 dicembre 1979.

Unione europea (di Serena Coppola)

Il riconoscimento del diritto alla salute da parte dell'ordinamento comunitario risente della natura stessa della costruzione europea: l'assenza di obiettivi in materia di tutela dei diritti fondamentali nei Trattati originari, connessa alla forte propensione economica che è propria dell'Ue, hanno comportato uno sviluppo graduale della tutela di tali diritti, la quale mantiene, ancor oggi, alcune caratteristiche proprie del sistema Unione.

Nell'ordinamento dell'Ue il diritto alla salute, così come gli altri diritti sociali fondamentali, si caratterizza, per una tutela imperfetta, che si ancora ad una serie di atti normativi secondari i quali, settorialmente, intervengono a disciplinare aspetti specifici del diritto in questione.

Benché la Carta di Nizza riconosca come diritto fondamentale la protezione della salute umana (art. 35), l'Unione rimane, infatti, sprovvista di competenza esclusiva in materia (artt. 4 e 6 Tfeue), e può intervenire solo completando ed incoraggiando la cooperazione tra gli Stati membri (art. 168 Tfeue), rimanendo esclusa dalla possibilità di definire politiche sanitarie di stampo comunitario. L'intervento dell'Unione in materia di difesa della salute umana si sostanzia, pertanto, in normative di coordinamento dei sistemi nazionali con particolare attenzione a tre ambiti di riferimento: la tutela dei lavoratori sul luogo di lavoro³⁶, l'accesso *cross-border* alle prestazioni sanitarie³⁷ e la tutela dei consumatori³⁸.

Sebbene la protezione della salute rientri tra gli obiettivi perseguiti dall'Ue (cfr. la Strategia sanitaria 2008-2013 che si inserisce nel più ampio

³⁶ La giurisprudenza in materia di tutela della salute del lavoratore sui luoghi di lavoro è molto ampia e tendenzialmente settoriale: ad es. la protezione dei lavoratori marittimi, dei lavoratori distaccati, delle lavoratrici gestanti, ecc. Tra le sentenze più significative nell'ambito dell'applicazione delle due principali normative disciplinanti la protezione dei lavoratori in generale – Direttiva 89/391 (concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro) e successive modifiche nonché Direttiva 2003/88 (concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro) – si segnalano: Corte di giustizia, causa C-173/99, *Bectu*, in *Racc.* 2001, p. I-04881; cause riunite da C-397/01 a C-403/01, *Pfeiffer e a.*, in *Racc.*, p. I-8835; causa C-14/04, *Dellas e a.*, in *Racc.*, p. I-10253, causa C-484/04, *Commissione/Regno Unito*, in *Racc.*, p. I-7471; causa C-243/09, *Fuß* non ancora in *Racc.*

³⁷ L'obbligo, per gli Stati membri del rimborso delle spese mediche sostenute dai cittadini nazionali in un altro Stato membro è stato affermato gradualmente dalla Corte di giustizia attraverso le sentenze: *Decker*, causa C-120/95, in *Racc.* 1998, p. I-01831; *Koboll*, causa C-158/96, in *Racc.* 1998, p. I-01931; *Peerbooms*, causa C-157/99, in *Racc.* 2001, p. I-05473; *Vaenbraekel*, causa C-368/98, in *Racc.* 2001, p. I-05363; *Mullier-Fauré*, causa C-385/99, in *Racc.* 2003, p. I-04509.

³⁸ La normativa in materia di tutela della salute dei consumatori comprende una vastissima serie di normative e piani di azione in diversi ambiti di competenza dell'Unione. Si veda, *inter alia*: Sicurezza degli alimenti e dei mangimi; Comitati scientifici nel settore della sicurezza dei consumatori, della sanità pubblica e dell'ambiente; Alimenti e mangimi (Ogm); Impiego confinato di microrganismi geneticamente modificati (MGM); Dispositivi medici; Dispositivi medici impiantabili attivi; Dispositivi medico-diagnostici in vitro.

quadro sviluppato dalla Strategia Europa 2020, nonché la normativa sui prodotti alimentari ed i farmaci), essa non si configura come un diritto assoluto nel senso proprio dei diritti fondamentali ma, piuttosto, come uno strumento per la costruzione dell'Ue stessa, nell'ottica della lotta contro l'invecchiamento della popolazione e la tutela dei luoghi di lavoro, al fine di aumentare l'occupazione e la qualità del lavoro nonché per garantire un mercato unico delle prestazioni sanitarie.

Per tali ragioni è dubbio che esista oggi un riconoscimento «costituzionale» del diritto alla salute nell'ordinamento dell'Ue, quanto piuttosto un suo riconoscimento quale diritto strumentale al raggiungimento degli obiettivi perseguiti dall'Unione.

2.1.5. *Il diritto alla salute nell'ordinamento italiano* (di Elena Grasso)

Il diritto alla salute, strutturalmente appartenente ai diritti sociali, è costituito sia dal diritto a ricevere una prestazione positiva, come cure mediche e trattamenti terapeutici, sia dal diritto alla prestazione negativa, come il diritto a non subire danni per fatto altrui (ad esempio nel caso di deterioramento della salubrità dell'ambiente). L'art. 32 della Costituzione, primo comma, individua nella salute un diritto fondamentale, ma garantisce cure gratuite solo agli indigenti. L'universalità del diritto, che generalmente connota i diritti di libertà, è infatti compressa solo nella parte in cui assicura prestazioni gratuite, non certo per quanto riguarda il diritto a non subire danni ad opera di terzi³⁹: si tratta infatti dell'unico diritto espressamente definito fondamentale, cioè concepito secondo un'ottica universale che, pur essendo «finanziariamente condizionato»⁴⁰, almeno nelle prestazioni essenziali non può distinguere tra cittadini e non, abbienti e non abbienti⁴¹. In materia sanitaria, la condizione di indigenza corrisponde infatti ad uno status mutevole e non incasellabile mediante la previsione di limiti reddituali o tetti patrimoniali, poiché le cure di cui può necessitare un soggetto presentano costi molto variabili. Il concetto di *indigenza medica* è pertanto un concetto dinamico, destinato a variare in rapporto alla capacità economica del malato e ai costi dei suoi trattamenti terapeutici⁴²: le esigenze della finanza pubblica

³⁹ E. Diciotti, *Stato di diritto e diritti sociali*, in «Diritto e questioni pubbliche», 4, 2004, pp. 49-79.

⁴⁰ Il diritto alla salute postula una scelta degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione, la cui determinazione spetta al legislatore (sentenza 27 luglio 1982, n. 1982) e può incontrare limiti oggettivi sia nella stessa organizzazione dei servizi sanitari che nelle esigenze di concomitante tutela di altri interessi (sentenza 10 novembre 1982, n. 175).

⁴¹ Sentenza Corte cost. 2 dicembre 2005, n. 423.

⁴² Cfr. sentenza 26 maggio 1998, n. 185, che sancì l'incostituzionalità della legge 8 aprile 1998, n. 94, nella parte in cui non prevedeva l'erogazione a carico del Servizio sanitario nazionale dei medicinali impiegati nella cura delle patologie tumorali (si trattava del meto-

non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana⁴³.

Ed è proprio sul terreno della dignità che la Costituzione ha risolto il conflitto tra diritti fondamentali classici, quali erano quelli di libertà, e i diritti sociali, attraverso la valorizzazione dell'uomo, «sia come singolo sia nelle formazioni sociali in cui si svolge la sua personalità», che non risulta completamente svolta se «il valore della libertà non sia realizzato come salvaguardia della libertà e dignità, integralmente considerate, della persona umana»⁴⁴.

I diritti sociali vennero così assiologicamente equiparati ai diritti di libertà, sulla base della tutela dell'individuo in sé considerato ma anche dell'uomo associato secondo una libera vocazione sociale⁴⁵, di cui lo Stato si premura di tutelare i bisogni⁴⁶.

La prospettiva della dignità umana, cui il sistema giuridico deve essere funzionale, non prende pertanto in considerazione solo l'individuo in sé considerato, ma anche l'articolazione delle sue relazioni sociali, superando la distinzione tra sfera privata e sfera pubblica: ciò è particolarmente evidente nel duplice contenuto del diritto alla salute, configurabile sia come interesse del singolo alla sua integrità psicofisica, che come tutela del bene giuridico stesso in quanto condizione essenziale della personalità umana⁴⁷.

Fin dagli anni Settanta, la Corte di cassazione e la Corte costituzionale hanno considerato il diritto alla salute come valore supremo, fondamentale, primario, assoluto e suscettibile di risarcimento in caso di violazione⁴⁸, mettendolo in relazione ai diritti inviolabili di cui all'art. 2 della Costituzione. Tale diritto costituisce un principio guida per l'azione del legislatore ma è pienamente operante anche nei rapporti tra privati⁴⁹: la relazione qualificata

do terapeutico noto come cura «Di Bella»), per le quali è disposta la sperimentazione di cui all'art. 1, a favore di coloro che versino in condizioni di insufficienti disponibilità economiche, secondo i criteri stabiliti dal legislatore, nei limiti oggettivi, soggettivi e temporali di cui in motivazione.

⁴³ Cfr. sentenza 16 luglio 1999, n. 309, che ha riconosciuto il diritto al rimborso delle spese mediche sostenute da un cittadino italiano all'estero per motivi né lavorativi né di studio, che pertanto risultava privo di tale diritto, dichiarando l'incostituzionalità degli artt. 37 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (*Istituzione del Servizio sanitario nazionale*), e 1 e 2 del d.p.r. 31 luglio 1980, n. 618 (*Assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero*).

⁴⁴ A. Moro, *Le funzioni sociali dello Stato*, in AA.VV., *I problemi dello Stato*, Roma, Cinque Lune, 1977, p. 71.

⁴⁵ A. Moro, *Intervento*, in *Atti A.C.*, I, 594.

⁴⁶ R. Greco, *Diritti sociali, logiche di mercato e ruolo della Corte costituzionale*, in «*Questione Giustizia*», 1994, p. 255.

⁴⁷ M. Cocconi, *Il diritto alla salute*, Padova, Cedam, 1998.

⁴⁸ Corte cost. 26 luglio 1979, n. 88.

⁴⁹ Il caso affrontato dalla Corte dovea chiarire se il danno alla salute, nella fattispecie conseguente alla ferita di arma da fuoco, era idoneo a essere risarcito in quanto menomazio-

di ogni individuo con il bene-salute non riguarda solo le *pretese positive* a cure e prestazioni, bensì anche le *pretese negative di astensione* da ogni atto suscettibile di ledere il bene individuale della salute. Il diritto espresso dall'art. 32 della nostra Costituzione si configura pertanto come un diritto *proteiforme*, che catalizza interessi e rapporti sia pubblici che privati⁵⁰.

Con la sentenza 6 ottobre 1979, n. 5172⁵¹, le Sezioni unite della Corte di cassazione hanno riconosciuto che il diritto alla salute è tutelato dalla Costituzione in via «primaria, assoluta, non condizionata ad eventuali interessi di ordine collettivo e generale e, quindi, anche nei confronti dell'amministrazione medesima», per cui la giurisdizione competente a giudicare sulle controversie che abbiano a oggetto il diritto alla salute è quella civile ordinaria, visto il carattere di inerenza alla persona del bene tutelato⁵².

La giurisdizione ordinaria venne anche affermata in materia di accertamento tecnico preventivo, in cui, pur essendo controparte l'amministrazione statale, la domanda di una collettività finalizzata ad accertare il proprio diritto soggettivo alla salute, potenzialmente pregiudicato dalla scelta dell'amministrazione di costruire sul loro territorio una centrale nucleare, è stata dalla Cassazione attribuita alla competenza del giudice ordinario.

La risarcibilità del danno alla salute, inteso come menomazione dell'integrità psico-fisica dell'offeso, indipendentemente dall'essere conseguenza di reato, è stata riconosciuta in epoca più recente, con la sentenza 14 luglio 1986, n. 184, in cui si delineano i contorni della piena autonomia del danno biologico, la cui risarcibilità è stata collegata al combinato disposto degli artt. 2043 c.c. e 32 Cost.: tale sentenza ha riconosciuto al diritto alla salute una posizione soggettiva autonoma, capace di imporsi anche nei rapporti tra soggetti privati, in quanto inviolabili⁵³. La persona viene pertanto considerata e tutelata nel suo modo di esistere, di essere e quindi in tutte le occupazioni (presenti e future) nelle quali si realizza la propria personalità. La giurisprudenza di merito e quella di legittimità sono infatti giunte alla definizione di danno biologico come la lesione alla integrità psicofisica dell'individuo, «in quanto incidente sul valore uomo in tutta la sua dimensione».

ne del bene salute in *re ipsa*, poiché la riparazione non poteva limitarsi alle conseguenze della diminuzione dell'attitudine a produrre reddito. La Corte statuì che il risarcimento è dovuto nella misura della tutela risarcitoria offerta ai danni non patrimoniali *ex art. 2059*, ricorrendo nel caso di specie l'ipotesi di reato.

⁵⁰ Art. 32 Cost., in S. Bartole e R. Bin (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, Cedam, pp. 320-332.

⁵¹ Il caso era quello di un'azione di danno temuto relativo ad opere che la pubblica amministrazione voleva realizzare per la depurazione di acque nere in precedenza fatte confluire nel Golfo di Napoli.

⁵² P. Perlinger, *Il diritto alla salute quale diritto della personalità*, in «Rassegna di diritto civile», 1982, p. 1020. Cfr. inoltre Ordinanza Trib. di Trani, 28 marzo 2008, n. R.G. 10087/08.

⁵³ Cfr. anche sentenze Cass. civ., 29 dicembre 1990, n. 12218, in *Rep. Foro it.*, 1991, voce *Sanità pubblica*, n. 191; Cass. civ., 3 ottobre 1996, n. 8661, *ivi*, 1996, I 3331.

Una nuova luce sulle tipologie di danno alla salute viene gettata dalle sentenze della Corte di cassazione 8827/2003 e 8828/2003, che riconducono il danno alla salute alle storiche categorie del danno patrimoniale e non patrimoniale, quest'ultimo «comprensivo del danno biologico in senso stretto, del danno morale soggettivo come tradizionalmente inteso e dei pregiudizi diversi e ulteriori, purché costituenti conseguenza della lesione di un interesse costituzionalmente protetto», quale è, appunto, la salute⁵⁴. Il risarcimento del danno non patrimoniale torna pertanto a essere riparato *ex art.* 2059, declinato nella tripla categoria del danno morale soggettivo (stato transitorio di ansia, paura e agitazione della vittima), del danno biologico (danno-evento) e del danno esistenziale (derivante dalla lesione di altri interessi di rango costituzionale inerenti alla persona)⁵⁵. Tale *revirement* è stato recepito anche dalla Corte costituzionale, che nel 2003 ha fornito un'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 del Codice civile, in base alla quale possono individuarsi ulteriori ipotesi di danni sostanzialmente non patrimoniali, derivanti dalla lesione di interessi costituzionalmente garantiti, risarcibili a prescindere dalla configurabilità di un reato⁵⁶.

L'assolutezza del diritto alla salute comporta inoltre che la pretesa negativa di astensione e il conseguente obbligo di risarcimento nel caso di lesione colposa o dolosa operi anche nei confronti dei soggetti pubblici: la sentenza della Corte costituzionale 22 giugno 1990, n. 307 sancisce la risarcibilità della lesione al bene giuridico della salute effettuata mediante informazioni non sufficienti a veicolare tutte le cautele e precauzioni necessarie a ridurre al minimo il rischio di contagio. Nella fattispecie, una madre aveva intentato un'azione civile contro il ministro della Sanità in relazione ai danni riportati per avere contratto la poliomielite, con paralisi spinale persistente, in quanto a lei trasmessa per contagio dal figlio, in mancanza dell'adeguata comunicazione circa i rischi di lesione.

Da quanto sopra esposto si evince che se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, ha anche il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative. Queste informazioni devono essere il più esaurienti possibili, al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, realizzando così la sintesi tra il principio di autodeterminazione di cui all'art. 13 e quello di tutela alla salute. Il consenso informato «deve essere considerato un principio fondamentale in materia di tutela della salute, la cui conformazione è rimessa alla legislazione statale»⁵⁷.

⁵⁴ Cass. civ., sez. III, sentenza 31 maggio 2003, n. 8827.

⁵⁵ Art. 32, in S. Bartole e R. Bin, *Commentario breve alla Costituzione*, cit.

⁵⁶ Corte cost., sentenza 11 luglio 2003, n. 233.

⁵⁷ Corte cost., sentenza 23 dicembre 2008, n. 438.

La configurazione del diritto fondamentale alla salute in quanto diritto a cure a carico della collettività o a costi limitati per l'utenza, così come enunciato all'art. 32, è stato spesso confuso con una norma programmatica e la Corte costituzionale ha da sempre cercato di contemperare i principi della Carta con l'indipendenza del legislatore, e le esigenze di bilancio.

Il diritto alle prestazioni positive da parte del cittadino nei confronti dello Stato è stato disciplinato in maniera organica dalla legge 833/1978, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale, ispirato ai criteri della globalità, dell'equità e dell'universalità. Operante attraverso le Unità sanitarie locali (con il d.lgs. 502/1992 divenute Aziende sanitarie locali), l'istituzione e le finalità del Ssn andavano oltre il dettato costituzionale, garantendo l'accesso ai servizi sanitari e il diritto alla salute a tutti i cittadini, senza riservare la gratuità delle prestazioni agli indigenti.

La struttura del sistema sanitario nelle sue linee essenziali non è radicalmente cambiata, tuttavia, le esigenze della finanza pubblica hanno spesso imposto al legislatore, nello svolgere le norme costituzionali sul diritto a trattamenti sanitari, di bilanciare l'interesse protetto con altri beni giuridici parimenti tutelati e di osservare una ragionevole gradualità di attuazione dipendente dalla obiettiva considerazione delle risorse organizzative e finanziarie a disposizione. La sentenza 16 ottobre 1990, n. 455 individua nella ragionevolezza e nel bilanciamento con altri beni e interessi di tale rilievo il punto di equilibrio tra il diritto ai trattamenti sanitari e la disponibilità di risorse finanziarie sufficienti⁵⁸, anch'esso interesse generale non ignorabile da parte dei giudici costituzionali nei loro interventi⁵⁹: in altre parole, la tutela accordata dall'art. 32 Cost. deve leggersi come diritto condizionato «dalla determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione della relativa tutela da parte del legislatore ordinario»⁶⁰.

È tuttavia solo nel nuovo millennio che la prospettiva dei diritti umani condiziona il bilanciamento tra le ragioni dell'economicità e il diritto alla salute, individuando in quest'ultimo un «nucleo irriducibile protetto dalla costituzione come ambito inviolabile della dignità umana»⁶¹ che deve essere più preponderante rispetto all'esigenza di contemperare la spesa pubblica.

Nel quadro di riforma del titolo V della Costituzione, la definizione del *contenuto essenziale* del diritto alla salute viene lasciato alla competenza

⁵⁸ L. Chieffi (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Atti del Convegno svoltosi al Belvedere di San Leucio (Caserta), 23 e 24 marzo 2001, Torino, Giappichelli, 2003.

⁵⁹ M. Luciani, *Art. 81 della Costituzione e decisioni della Corte costituzionale*, in AA.VV., *Le sentenze della Corte costituzionale e l'art. 81, u.c., della Costituzione*, Atti del seminario svoltosi a Roma, 8-9 novembre 1991, Milano, 1993, pp. 53-62.

⁶⁰ Cfr. Corte cost. 15 luglio 1994, n. 304, in *Foro it.*, 1994, I, 2607.

⁶¹ Sentenze Corte cost. 20 settembre 2000, n. 509; 16 luglio 1999, n. 309; 17 luglio 1998, n. 267; 3 giugno 1992, n. 247.

dello Stato, non essendo il bene salute suscettibile di alcuna differenziazione sostanziale territorialmente condizionata⁶². È pertanto lo Stato che «determina i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale»⁶³.

La competenza in questione è stata descritta dalla Corte costituzionale come tale

da essere idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle⁶⁴.

Dalla lettura congiunta degli artt. 3, 32, comma 1 e 117, comma 2, lett. m) della Costituzione, si evince pertanto il significato della nuova nozione di *livello essenziale di assistenza sanitaria*⁶⁵ inteso come quel livello atto e necessario ad assicurare un'esistenza libera e dignitosa al bisognoso di cure e alla sua famiglia⁶⁶; in altre parole uno standard ontologicamente diverso da quello idoneo a garantire la sopravvivenza⁶⁷.

2.2. Il contenuto normativo del diritto alla salute

Gli aspetti sostanziali del diritto alla salute possono essere suddivisi in due categorie principali: il diritto all'assistenza medica o ai servizi sanitari (generalmente intesi come fornitura di servizi di prevenzione, cura e riabilitazione) e il diritto alle precondizioni sottostanti la salute o ai c.d. «determinanti» della salute. È necessario evidenziare l'importanza di entrambe le categorie, dal momento che il diritto alla salute viene, spesso, identificato unicamente con il diritto alle cure mediche. Questo modo di vedere è, come sottolineato dal Relatore speciale, in contrasto con il diritto internazionale dei diritti umani: il diritto alle migliori condizioni di salute raggiungibili deve, infatti, essere inteso come un diritto inclusivo, che si estende non solo

⁶² C. Bottari, *Il diritto alla tutela della salute*, in *I diritti costituzionali*, a cura di R. Nania e P. Ridola, vol. III, Torino, Giappichelli, 2006.

⁶³ Cfr. art. 117, comma 2, lett. m).

⁶⁴ Cfr. sentenza della Corte cost. 26 giugno 2002, n. 282; C. Tucciarelli, *La sentenza 282 della Corte costituzionale: prime interpretazioni delle disposizioni costituzionali sull'esercizio del potere legislativo delle Regioni*, 2002, disponibile su www2.unife.it/forumcostituzionale; V. Molaschi, *Dei livelli essenziali delle prestazioni*, in «Regiusan», 2002, pp. 31 ss.

⁶⁵ Sulla definizione di livello essenziale di sentenza sanitaria, cfr. sentenze Corte cost. 8 maggio 2007, n. 162 e 31 marzo 2006, n. 134.

⁶⁶ Art. 32, in S. Bartole e R. Bin, *Commentario breve alla Costituzione*, cit.

⁶⁷ R. Balduzzi, voce *Salute (diritto alla)*, in S. Cassese (a cura di), *Dizionario di Diritto Pubblico*, Milano, Giuffrè, 2006, VI, p. 5379.

alla tempestiva e adeguata assistenza medica, ma anche ai determinanti della salute.

Tra i determinanti della salute di maggiore interesse per l'ambito dei diritti umani, si segnala l'accesso ad acqua potabile sicura e a servizi igienici adeguati, la disponibilità di cibo e di nutrimento sufficiente, la sicurezza e la qualità dell'abitazione, la salubrità dell'ambiente di vita e di lavoro, l'accesso alle informazioni relative alla salute e il divieto di discriminazione⁶⁸.

Nel 2000 il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali delle Nazioni Unite ha adottato il Commento generale n. 14 che delinea in modo dettagliato le diverse forme assunte dal diritto alla salute. Il quadro fornito dal suddetto documento diverrà la cornice all'interno della quale saranno inseriti i temi trattati nel presente rapporto.

2.2.1. *Disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità*

Nel tentativo di chiarire a fondo le implicazioni dell'adozione di un approccio che coniughi salute e diritti umani, il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali ha dichiarato che esistono quattro standard, o criteri, fondamentali, che gli Stati devono rispettare perché il diritto alla salute sia realizzato. Si tratta di *disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità*⁶⁹.

Disponibilità significa che le strutture, i beni e i servizi, così come i programmi sanitari e di assistenza sanitaria pubblica, devono essere disponibili in quantità sufficiente all'interno dello Stato parte. L'effettiva natura delle strutture, dei beni e dei servizi varierà a seconda di numerosi fattori, incluso il livello di sviluppo dello Stato parte. Essi dovranno comprendere, tuttavia, elementi quali acqua potabile e servizi igienici adeguati (che ricordiamo essere parte dei determinanti della salute), ospedali, cliniche e altre infrastrutture utili ai fini della salute, farmaci essenziali⁷⁰ e personale medico qualificato.

Accessibilità significa che le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere accessibili a tutti, senza discriminazioni. Si tratta di una nozione formata da quattro dimensioni sovrapposte, e segnatamente: *non discrimina-*

⁶⁸ Assemblea generale, *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, UN Doc. A/62/214 dell'8 agosto 2007.

⁶⁹ Ricordiamo che le definizioni contenute in questo paragrafo sono tutte tratte dal Commento generale n. 14.

⁷⁰ I farmaci essenziali vengono definiti dall'Oms come quelli che soddisfano i bisogni della maggioranza della popolazione in materia di cure sanitarie e devono dunque essere sempre disponibili in quantità sufficiente e sotto la forma farmaceutica appropriata. Si veda www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en.

zione, *accessibilità fisica*, *accessibilità economica* (sostenibilità) e *accessibilità delle informazioni*.

– *Non-discriminazione*: le strutture, i beni e i servizi devono essere accessibili a tutti, in particolare alle fasce più vulnerabili della popolazione, in fatto e in diritto, senza discriminazioni di sorta.

– *Accessibilità fisica*: le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere accessibili materialmente, e senza problemi di sicurezza, a tutte le fasce della popolazione, in particolare ai gruppi più vulnerabili o emarginati, come le minoranze etniche o le popolazioni indigene, le donne, i bambini, gli adolescenti, gli anziani, i disabili e le persone affette da Hiv/Aids. L'accessibilità fisica implica, inoltre, che i servizi medici (nonché alcuni fra i principali determinanti della salute quale acqua potabile, servizi sanitari, cibo e via dicendo) siano in eguale misura concretamente accessibili, e senza problemi di sicurezza, anche nelle aree rurali. L'accessibilità fisica include, inoltre, un adeguato accesso agli edifici per i disabili.

– *Accessibilità economica*: le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere economicamente accessibili per tutti. Il pagamento per i servizi di assistenza sanitaria, così come i servizi collegati ai determinanti sociali della salute, deve essere basato sul principio di equità, assicurando che questi servizi, indipendentemente dal fatto che siano forniti dal settore pubblico o da quello privato, siano sostenibili per tutti, inclusi i gruppi più svantaggiati. Il principio di equità richiede, infatti, che le famiglie più povere non siano gravate da spese sanitarie sproporzionate rispetto a quelle sostenute dalle famiglie più ricche.

– *Accessibilità delle informazioni*: comprende il diritto di cercare, ricevere e diffondere informazioni e idee su questioni riguardanti la salute. Tuttavia, l'accessibilità delle informazioni non dovrebbe pregiudicare il diritto di ciascun individuo a che i dati riguardanti la propria salute personale vengano trattati con riservatezza.

Accettabilità significa che tutte le strutture, i beni e i servizi sanitari devono rispettare l'etica medica ed essere appropriati dal punto di vista culturale. Devono perciò essere rispettose della cultura degli individui, delle minoranze, delle popolazioni e delle comunità, sensibili alle esigenze di genere. Esse devono inoltre essere strutturate in modo da poter tutelare la riservatezza e migliorare lo stato di salute delle persone interessate.

Qualità significa che le strutture, i beni e i servizi sanitari devono essere scientificamente e clinicamente adatte e di buona qualità. Questo richiede, ad esempio, la presenza di personale medico qualificato, di medicinali approvati scientificamente e non scaduti, di attrezzature ospedaliere, di acqua potabile e sicura, e di impianti igienici adeguati.

2.2.2. Il principio di non-discriminazione

Nel Commento generale n. 14, il Comitato evidenzia come agli Stati venga vietata qualsiasi discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari sulla base di razza, genere, lingua, religione, opinione, disabilità fisica o mentale, stato di salute, orientamento sessuale, politico, e via dicendo, con l'intento o l'effetto di distruggere o di compromettere l'uguale godimento o esercizio del diritto alla salute⁷¹. L'obbligo di garantire la non discriminazione è strettamente collegato al principio di equità, che implica che gli Stati devono prestare attenzione a tutte le fasce della popolazione: ciò non significa che tutti debbano essere trattati esattamente allo stesso modo, quanto, piuttosto, che il sistema sanitario deve riconoscere, e prevedere, le differenze e i bisogni specifici dei gruppi all'interno della popolazione, in particolare di quelli che, come i migranti, sperimentano un livello sproporzionato di mortalità, incidenza di malattia e disabilità⁷².

2.2.3. Il diritto di partecipazione

Il Comitato sottolinea un altro punto essenziale riguardo al diritto alla salute. Impiegare un approccio alla salute basato sui diritti umani consente di evidenziare come l'obiettivo di creare servizi sanitari efficienti e sostenibili possa essere realizzabile solo se le persone prendono parte direttamente alla progettazione delle politiche, dei programmi e delle strategie destinate a tutelarli. La partecipazione delle comunità nella definizione delle priorità e nella progettazione, attuazione e valutazione dei programmi, delle politiche e delle altre attività di governo che siano rilevanti per il diritto alla salute, non è, infatti, un mero diritto umano: esso è stato anche dimostrato accrescere le probabilità che le esigenze della comunità vengano affrontate nel modo più efficace. Infatti, solo grazie all'azione e al coinvolgimento della comunità si può ottenere una vera emancipazione; e solo attraverso quest'ultima, è possibile raggiungere il livello di *empowerment* necessario per la comprensione e la piena rivendicazione dei diritti umani, diritto alla salute compreso.

2.2.4. Gli obblighi in capo agli Stati

Le autorità statali non sono solo responsabili per la violazione diretta dei diritti; ad essi spetta anche l'obbligo di garantire le condizioni che permettono agli individui di godere dei diritti, nel modo più completo possibile.

⁷¹ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14*, cit.

⁷² J. Asher, *The Right to Health*, cit.

In generale, quanto appena detto trova corrispondenza nella nota tripartizione degli obblighi in capo agli Stati nell'obbligo di rispettare (*respect*), di proteggere (*protect*) e di attuare (*fulfill*) i diritti umani. I governi sono giuridicamente vincolati a soddisfare questa serie di obblighi per ciascun diritto menzionato in ciascun trattato sui diritti umani che abbiano ratificato⁷³. Per quanto riguarda il diritto alla salute, le definizioni contenute nel presente paragrafo sono, ancora una volta, tratte dal Commento generale n. 14.

Rispettare: l'obbligo di rispettare il diritto alla salute concerne principalmente la legislazione e le politiche governative, e richiede che lo Stato si astenga dall'intraprendere azioni che inibiscano o interferiscano (direttamente o indirettamente) con la capacità delle persone di godere del diritto alla salute, ad esempio adottando azioni, programmi, politiche o norme che possano verosimilmente provocare lesioni personali, malattie e morti prevenibili. Si richiede, inoltre, agli Stati, di non adottare leggi o politiche che comportino una regressione nel grado di realizzazione del diritto alla salute.

Proteggere: l'obbligo di proteggere il diritto alla salute concerne principalmente il dovere degli Stati di minimizzare i rischi per la salute e di adottare le misure necessarie per tutelare i propri cittadini da violazioni del diritto alla salute da parte di terzi. È opportuno precisare che gli Stati *non sono responsabili* per le azioni o le omissioni compiute da entità non governative (quali sono, ad esempio, imprese multinazionali – comprese società farmaceutiche – società di assicurazioni sanitarie, istituti di ricerca biomedica, servizi sanitari privati); hanno tuttavia la responsabilità di adottare misure volte ad assicurare che tali organismi si astengano dal violare i diritti degli individui e delle comunità.

Attuare: l'obbligo di attuare il diritto alla salute concerne le misure positive che le autorità di governo sono tenute ad adottare per consentire ai singoli e alle comunità di godere, *in concreto*, del diritto alla salute. Ciò richiede che siano compiuti i passi necessari per garantire i benefici previsti dal diritto alla salute e che siano adottate le adeguate misure legislative, amministrative, finanziarie, giudiziarie, e di qualsiasi altro tipo, necessarie ad assicurare la sua piena realizzazione. Si richiede, inoltre, che priorità sia data alle necessità di salute dei soggetti svantaggiati o, per altre ragioni, vulnerabili, presenti all'interno della società.

L'obbligo di attuare il diritto alla salute è a sua volta suddiviso negli obblighi correlati di agevolare (*facilitate*), fornire (*provide*) e promuovere (*promote*). Ciò riflette i diversi tipi di responsabilità che i governi assumono nell'adottare misure positive volte all'attuazione del diritto alla salute.

⁷³ T. Van Boven, C. Flinterman e I. Westendorp (a cura di), *Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights*, Utrecht, Netherlands Institute of Human Rights, 1998. Si veda anche A. Eide, *Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights*, in A. Eide, C. Krause e A. Rosas (a cura di), *Economic, Social and Cultural Rights. A Textbook*, Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1995.

– *Agevolare il diritto alla salute* impone agli Stati di adottare misure positive che consentano e aiutino gli individui e le comunità a godere del diritto alla salute.

– *Fornire il diritto alla salute* impone agli Stati di intervenire quando individui o gruppi non sono in grado, per ragioni indipendenti dalla loro volontà, di realizzare il diritto alla salute autonomamente attraverso i mezzi a loro disposizione.

– *Promuovere il diritto alla salute* impone agli Stati di intraprendere azioni che creino, mantengano e ristabiliscano la salute della popolazione. La promozione della salute è una componente importante delle misure necessarie per attuare il diritto alla salute. Esso sottolinea lo stretto legame tra buona salute, informazione ed istruzione. Al fine di godere del diritto alla salute, le persone e le comunità devono disporre di informazioni adeguate ed appropriate circa la salute.

2.2.5. *Realizzazione progressiva*

Il diritto alle migliori condizioni di salute raggiungibili è soggetto ai principi della realizzazione progressiva (*progressive realization*) e del massimo delle risorse disponibili (*maximum available resources*). Ciò è riconducibile alla consapevolezza che l'obiettivo di creare un sistema sanitario completo ed integrato, che garantisca accesso a tutti i cittadini, non possa essere raggiunto immediatamente. Ciò che è richiesto allo Stato è di adottare misure efficaci volte al raggiungimento progressivo di tale obiettivo. Paul Hunt e Gunilla Backman identificano tre principali conseguenze, derivanti dal concetto di realizzazione progressiva⁷⁴. La prima conseguenza è che gli Stati devono adottare un piano nazionale per lo sviluppo del proprio sistema sanitario, che copra sia il settore pubblico che quello privato. Ciò evidenzia il ruolo essenziale svolto dalla programmazione sanitaria, così come sottolineato nella Dichiarazione di Alma-Ata e nel Commento generale n. 14. Un'altra implicazione del principio della realizzazione progressiva è che, per essere efficace, un sistema sanitario deve includere appositi indicatori e parametri di riferimento, al fine di valutare se lo Stato stia migliorando il suo sistema sanitario e stia progressivamente realizzando il diritto alla salute⁷⁵. Inoltre, Hunt e Backman evidenziano come gli indicatori debbano essere disaggregati sulla base di sesso, status socio-economico, collocazione rurale/urbana ed età, così che lo Stato possa valutare se i programmi per le persone e le comunità svantaggiate stiano funzionando o meno⁷⁶. A tal fine, Hunt

⁷⁴ P. Hunt e G. Backman, *Health Systems*, cit.

⁷⁵ Si veda E. Riedel, *The Human Right to Health*, cit., p. 36.

⁷⁶ P. Hunt e G. Backman, *Health Systems*, cit.; Assemblea generale, *Interim Report of the Special Rapporteur of the Commission on Human Rights on the Right of Everyone to Enjoy*

sottolinea – in un rapporto redatto in qualità di Relatore speciale – che sebbene gli indicatori e gli standard di riferimento siano strumenti diffusi in molti sistemi sanitari, raramente includono tutti gli elementi importanti per la prospettiva dei diritti umani, quali la disaggregazione sulla base dei fattori elencati in precedenza, quali il genere, lo status socio-economico e via dicendo⁷⁷. L'ultima implicazione derivante dalla progressiva realizzazione è quello che viene comunemente indicato come principio di non regressione (*non-retrogression*). Ciò significa che uno Stato deve mantenere almeno il livello di godimento del diritto alla salute esistente in partenza, e che non è ammessa l'adozione di misure suscettibili di abbassare tale livello⁷⁸.

Alcuni studiosi hanno espresso preoccupazione riguardo alla nozione di realizzazione progressiva, affermando che essa consentirebbe una «scappatoia» per gli Stati, permettendo loro di non rispettare pienamente gli obblighi assunti⁷⁹. In realtà, come sottolineato dal Comitato, la realizzazione progressiva deve essere intesa come un obbligo per gli Stati parti a muoversi «nel modo più rapido ed efficace possibile verso la piena realizzazione del diritto in questione»⁸⁰. In altri termini, la realizzazione progressiva non significa che uno Stato sia libero di scegliere qualsiasi misura desideri purché rifletta un certo grado di progresso ma, piuttosto, che uno Stato ha il dovere di adottare le misure più efficaci, tenuto conto anche della disponibilità delle risorse e di altre considerazioni sui diritti umani.

2.2.6. *Obblighi immediati*

Nel Commento generale n. 3, il Comitato conferma che gli Stati parti hanno l'obbligo essenziale di assicurare la soddisfazione almeno dei *livelli minimi essenziali* di ciascuno dei diritti contenuti nel Patto. In altre parole, il fatto che, ad esempio a causa di una situazione economica particolarmente grave, un governo si trovi nell'impossibilità di adempiere, nell'immediato, ai suoi obblighi essenziali, non lo libera da ogni dovere riguardo ad essi. Lo Stato ha ancora l'obbligo di procedere in modo tempestivo, ponderato, concreto e mirato verso la piena realizzazione del diritto alla salute, e deve ini-

the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Mr. Paul Hunt, UN Doc. A/58/427 del 10 ottobre 2003. Si veda anche S. Gruskin e D. Tarantola, *Health and Human Rights*, in R. Detels, J. McEwan, R. Beaglehole e H. Tanaka (a cura di), *The Oxford Textbook of Public Health*, 4ª ed., Oxford, Oxford University Press, 2002, pp. 19-20.

⁷⁷ Assemblea generale, *Interim Report of the Special Rapporteur*, cit.; si veda anche S. Gruskin e D. Tarantola, *Health and Human Rights*, cit., pp. 19-20.

⁷⁸ P. Hunt e G. Backman, *Health Systems*, cit.

⁷⁹ J. Asher, *The Right to Health*, cit.

⁸⁰ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 3, The Nature of States Parties Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant)* adottato il 14 dicembre 1990, UN Doc. E/1991/23.

ziare immediatamente a creare le condizioni che, nel tempo, lo porteranno ad adempiere ai propri obblighi essenziali. Il Comitato si basa anche su altri strumenti, come il Programma di azione della Conferenza internazionale su popolazione e sviluppo e la Dichiarazione di Alma-Ata, al fine di definire in cosa consistano, in concreto, i principali obblighi derivanti dall'art. 12.

Box 2. *Obblighi essenziali («core obligations»)*

- Garantire il diritto di accesso a strutture, beni e servizi sanitari, su base non discriminatoria, in particolare ai gruppi vulnerabili o emarginati;
- garantire l'accesso ad un quantitativo minimo essenziale di cibo, che sia adeguato dal punto di vista nutrizionale e sicuro; garantisca la libertà dalla fame per tutti;
- garantire l'accesso a sistemazioni alloggiative e servizi igienici di base, e un'adeguata fornitura di acqua potabile sicura;
- fornire farmaci essenziali, come definiti dal Programma di azione sui medicinali essenziali dell'Oms;
- garantire un'equa distribuzione di tutti i servizi sanitari, i beni e i servizi;
- adottare e attuare una strategia e un piano di azione sanitario nazionale, sulla base di dati epidemiologici, che affronti le problematiche di salute della popolazione nel suo complesso. La strategia e il piano di azione dovranno essere sviluppati, e rivisti periodicamente, sulla base di un processo partecipativo e trasparente. Questa dovrà inoltre prevedere strumenti – quali indicatori e *benchmarks* – attraverso i quali valutare i progressi ottenuti. In questo processo, una particolare attenzione dovrà essere riservata a tutti i gruppi vulnerabili o marginalizzati.

Box 3. *Obblighi prioritari («priority obligations»)*

Il Comitato ha inoltre indicato a quali obblighi deve essere data la priorità, e questi comprendono:

- garantire assistenza sanitaria per le problematiche di salute riproduttiva, materna (pre-natale e post-natale) e pediatrica;
 - garantire le vaccinazioni contro le principali malattie infettive diffuse nella comunità;
 - adottare misure per prevenire, curare e controllare epidemie e malattie endemiche;
 - fornire educazione sanitaria e accesso alle informazioni riguardo ai principali problemi di salute nella comunità, inclusi i metodi per prevenirli e controllarli;
 - fornire una formazione adeguata al personale sanitario, compresa l'educazione in materia di salute e diritti umani.
-

2.3. Migranti e vulnerabilità

Alcuni gruppi o individui devono affrontare problemi specifici in relazione al diritto alla salute. Questi possono derivare da fattori biologici o socio-economici, da discriminazioni o stigmatizzazioni, o, come più spesso accade, da un insieme di questi fattori. Considerare la salute come un diritto umano richiede che venga riservata un'attenzione specifica alle diverse persone e gruppi nella società, e in particolare a coloro i quali si trovano in condizioni di maggiore svantaggio⁸¹. È quasi universalmente riconosciuto che i migranti rappresentano uno dei gruppi sociali più vulnerabili. Quando usiamo il termine «vulnerabilità», ci riferiamo all'ambiente sociale, culturale, economico e politico di individui, famiglie, comunità e società, per indicare una situazione in cui le persone sono limitate nella loro capacità di prendere decisioni libere e informate⁸². Un certo numero di Risoluzioni dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite prendono atto della

situazione di vulnerabilità in cui i migranti si trovano spesso, le cui cause sono da individuarsi, *inter alia*, nella lontananza dai paesi di origine e nelle difficoltà a causa delle differenze di lingua, di costumi e di cultura, così come nelle difficoltà economiche e sociali e gli ostacoli incontrati da quelli in condizione di irregolarità⁸³.

Inoltre, considerando la correlazione tra basso livello socio-economico e cattiva salute, che analizzeremo in dettaglio nel par. 5.2⁸⁴, si nota che i migranti sono ulteriormente svantaggiati e discriminati in relazione ai determinanti sociali della salute. Una serie di studi a livello internazionale, europeo e nazionale mostra come le condizioni socio-economiche influenzino la situazione fisica, mentale e sociale dei migranti e come essi possano sperimentare maggiori problemi di salute rispetto a una persona «media»⁸⁵, considerazione che emerge anche dai dati presentati nel nostro rapporto.

2.4. Conclusioni

Come visto, il contenitore concettuale adottato segue i contorni del contenuto normativo del diritto alla salute, così come definito nel diritto inter-

⁸¹ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani e Organizzazione mondiale della sanità, *Fact Sheet 31*, cit.

⁸² D. Brummer, *Labour Migration and Hiv/Aids in Southern Africa*, Iom Regional Office for Southern Africa, International Organization for Migration.

⁸³ Assemblea generale, *Resolution 54/166. Protection of Migrants*, UN Doc. A/RES/54/166 del 24 febbraio 2000, p. 2.

⁸⁴ Par. 5.2, *Il diritto alle precondizioni sottostanti la salute*.

⁸⁵ V. Chetail e G. Giacca, *Who Cares? The Right to Health of Migrants*, in A. Clapham e M. Robinson, *Realizing the Right to Health*, cit.

nazionale dei diritti umani. Ciò permette di analizzare la realtà studiata da una prospettiva nuova per il contesto torinese e fornisce, al contempo, delle indicazioni utili circa le misure da adottare per migliorare la condizione di salute della popolazione in generale e dei migranti in particolare. L'approccio prescelto si fonda sugli strumenti internazionali menzionati nel corso del capitolo, per poi tentare di comprendere in quale misura l'incidenza della malattia, la mortalità e la diminuzione di salute in generale siano causate e/o aumentate dall'insufficiente realizzazione dei diritti umani⁸⁶. L'analisi che verrà presentata nel corso dei capitoli successivi seguirà dunque tale approccio.

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

⁸⁶ S. Gruskin e D. Tarantola, *Health and Human Rights*, cit., p. 26.

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

Capitolo terzo

Il contesto torinese

Prima di iniziare l'analisi della condizione di salute della popolazione migrante, è opportuno tracciare i contorni essenziali del contesto studiato. A tal fine si farà, in primo luogo, un breve inquadramento degli attori istituzionali cui spettano le competenze in materia di salute e immigrazione a livello locale. In secondo luogo, si definirà in termini quantitativi il fenomeno migratorio nella città di Torino e, infine, si offrirà una breve panoramica dei principali servizi sanitari, sia del sistema sanitario nazionale sia del privato sociale, per i migranti.

3.1. *Gli attori della salute*

Il principale attore in grado di influenzare in maniera determinante l'ambito della salute e la migrazione nella città di Torino è certamente la Regione Piemonte.

In seguito alle riforme del sistema sanitario nazionale degli anni Novanta e alla modifica del titolo V della Costituzione italiana, le Regioni hanno iniziato a ricoprire un ruolo centrale nella programmazione sanitaria e nell'organizzazione del sistema sanitario. In capo allo Stato rimane la definizione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) mentre alle Regioni spetta la responsabilità di attuarli sul territorio. Spettano a queste in particolare le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali¹, la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette Unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni².

¹ D.lgs. 502/1992, art. 2.1.

² *Ibidem*, art. 2.2.

L'Assessorato competente della Regione Piemonte è l'Assessorato alla tutela della salute e sanità, edilizia sanitaria e Aress, Politiche sociali e Politiche per la famiglia. Lo stesso organo ha competenze, non solo nell'ambito sanitario, ma anche competenze dirette in tema di immigrazione.

Dipendenti dall'Assessorato vi sono le Direzioni, l'Agenzia regionale per i servizi sanitari (Aress), le Aziende sanitarie e il Consiglio regionale di sanità e assistenza (Coresa).

La legge regionale maggiormente rilevante ai fini della nostra ricerca è la legge 6 agosto 2007, n. 18 che ridefinisce le norme per la programmazione e l'assetto del Servizio sanitario regionale. Il Piemonte con questa legge non si limita a definire la salute come obiettivo da perseguire con le politiche sanitarie ed assistenziali, ma lo pone come obiettivo prioritario, da tenere presente in ogni altro ambito di decisione e scelta strategica³.

Per quanto attiene la programmazione socio-sanitaria, la legge elenca i principi su cui essa va fondata, fra i quali:

- tutela e promozione della salute come bene comune, diritto inalienabile dei cittadini e interesse della collettività;
- primato della prevenzione e delle attività di promozione della salute;
- ruolo primario dei soggetti interessati nell'individuazione dei bisogni prioritari;
- partecipazione degli enti locali, dei cittadini e degli operatori alla definizione dei programmi;
- uniformità di prestazioni da assicurare ai cittadini in ogni parte del territorio;
- appropriatezza, qualità e continuità delle prestazioni.

La programmazione socio-sanitaria regionale è affidata principalmente al Piano socio-sanitario regionale. Si tratta dello

strumento di programmazione con il quale la Regione, nell'ambito del piano regionale di sviluppo e delle relative politiche economico-finanziarie, definisce gli obiettivi di salute e di politica sanitaria regionale e adegua l'organizzazione dei servizi socio-sanitari in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione [...] nonché attraverso idonei indicatori dello stato di salute della popolazione medesima⁴.

Si sottolinea la recente approvazione da parte del Consiglio regionale del Piano socio-sanitario 2012-2015. Tra le modifiche introdotte, vi è da segnalare la costituzione di sei Federazioni, vale a dirsi società consortili in capo alle quali saranno poste attività quali gli acquisti, lo stoccaggio, la distribuzione, il controllo di gestione e via dicendo – attività finora svolte dalle singole Aziende sanitarie – con l'intenzione di generare grossi risparmi sui volumi aumentati grazie all'effetto scala. Di grande rilievo inoltre vi è il rior-

³ Fonte: sito internet www.dors.it.

⁴ Legge 6 agosto 2007, n. 18, art. 11.

dino della rete ospedaliera per livelli di complessità: le strutture ospedaliere saranno cioè riorganizzate, all'interno di ambiti territoriali interaziendali, in ospedali ad alta specializzazione (i Centri di riferimento), gli ospedali cardine e gli ospedali territoriali⁵.

Di rilievo negli strumenti a disposizione della pianificazione territoriale in ambito sanitario, vi sono anche i Piani di zona, mezzo con il quale i comuni d'intesa con le Asl, definiscono il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali del territorio⁶. Il Piano di zona rappresenta lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e, anche attraverso l'integrazione socio-sanitaria, persegue l'obiettivo del benessere della persona, del miglioramento continuo della qualità dei servizi nonché della promozione sociale, anche attraverso la messa in opera di strumenti per l'osservazione del disagio emergente dalle varie fasce della popolazione interessata⁷. Il Piano di zona dei servizi sociali è integrato nel più generale quadro dato dalle altre politiche regionali rilevanti tra cui ovviamente la sanità⁸. Da sottolineare è, ai fini della nostra ricerca, il ruolo della Provincia nella definizione e attuazione dei Piani di zona in quanto ente intermedio e soggetto di programmazione decentrata delle politiche regionali e di coordinamento del territorio, così come stabilito dall'art. 5 della legge regionale 1/2004.

Per ciò che interessa questa ricerca, si ricorda come dall'approvazione della legge 18/2007 il Piano socio-sanitario regionale sia affiancato, a livello di programmazione socio-sanitaria a livello locale, dai Profili e piani di salute (Peps), come base informativa necessaria per sviluppare i contenuti del Piano di zona e guida per altri numerosi iter di programmazione compresi o connessi attraverso il Piano regolatore sociale (Prs). L'art. 14 della legge regionale definisce il Peps come «strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio». Si tratta perciò di nuovi strumenti di programmazione a livello distrettuale, posti sotto la diretta responsabilità dei sindaci e disegnati in stretto contatto con la comunità che rappresentano: cittadini, forze sociali, economiche, istituzioni, operatori dei servizi e via dicendo. Con i Peps gli obiettivi di salute saranno condivisi e attraverseranno i differenti ambiti di vita, riorientando le politiche locali in ogni settore; le comunità locali, rappresentate dai sindaci, saranno protagoniste delle scelte e il sistema sanitario sarà strumento per l'attuazione delle politiche e non più un apparato separato e autonomo⁹.

⁵ Piano socio-sanitario, p. 107.

⁶ Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1, art. 17.

⁷ *Ibidem*, art. 17, comma 4.

⁸ *Ibidem*, art. 17, comma 5.

⁹ Fonte: sito internet www.dors.it.

In base alle indicazioni fornite dagli strumenti di cui sopra, vengono sviluppati anche i Piani attuativi locali¹⁰ – strumento di programmazione con il quale le Asl programmano le attività da svolgere – e i Piani attuativi ospedalieri¹¹ con i quali le aziende ospedaliere programmano le attività di propria competenza.

Vi è da segnalare infine, come strumento di programmazione, il ruolo della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria¹², l'organo attraverso il quale gli enti locali territoriali concorrono alla definizione e alla valutazione delle politiche regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria. Di interesse per questa ricerca, vi è da sottolineare come vi partecipino, *inter alia*, il presidente della giunta regionale, il sindaco della città di Torino, i presidenti delle province nonché un rappresentante del terzo settore.

Poiché la popolazione oggetto di questa ricerca è quella migrante, è opportuno fare un'ultima notazione concernente gli interventi della Regione Piemonte, in ambito sanitario, derivanti dalle competenze in materia di immigrazione. La legge regionale n. 64 dell'8 novembre 1989 – rubricata *Interventi regionali a favore degli immigrati extracomunitari residenti in Piemonte* – prevede tra i possibili interventi attuabili dalla Regione anche la promozione di interventi socio-assistenziali a favore degli immigrati in condizioni di bisogno¹³, nonché la promozione di iniziative volte a rendere effettivo il diritto all'assistenza sanitaria ed ai servizi sociali previsti per i cittadini con particolare riferimento all'inserimento sociale delle donne immigrate ed alla tutela della maternità¹⁴.

3.2. Il fenomeno migratorio: alcuni dati

Il fenomeno migratorio nella città di Torino risulta piuttosto rilevante: Torino è, infatti, la terza città in Italia per numero di residenti stranieri, dopo Roma e Milano¹⁵.

Come indicato nella tabella 1, al 31 dicembre 2010 il numero di residenti stranieri era di 131.856 su un totale di 908.568 abitanti¹⁶.

Come si evince chiaramente dalla tabella, la maggioranza degli stranieri è extracomunitaria e di sesso femminile. Più che altro, emerge che vi

¹⁰ Legge 6 agosto 2007, n. 18, art. 15.

¹¹ *Ibidem*, art. 16.

¹² *Ibidem*, art. 6.

¹³ Legge regionale 8 novembre 1989, n. 64, *Interventi regionali a favore degli immigrati extracomunitari residenti in Piemonte*, B.U. 15 novembre 1989, n. 46, art. 10, comma 1, lett. b).

¹⁴ *Ibidem*, art. 10, comma 1, lett. i).

¹⁵ Fonte: Istat, dati disponibili su demo.istat.it.

¹⁶ Si noti che i dati presentati si riferiscono alla popolazione migrante regolarmente soggiornante.

TAB. 1. *La presenza straniera a Torino, anno 2010*

	Totale	Uomini	Donne	< 18
Cittadini Ue	57.638	21.360	25.349	10.929
Cittadini extracomunitari	74.218	28.284	28.333	17.601
Totale	131.856	49.644	53.682	28.530

Fonte: Ufficio di Statistica del Comune di Torino, dati disponibili su www.comune.torino.it/stranieri-nomadi/stranieri/torino/dati.htm, visitato il 5 luglio 2012. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

sono meno cittadini provenienti dall'Ue, malgrado l'ingresso della Romania nell'Unione e che, tra gli europei, le donne sono in numero maggiore.

Altrettanto interessante da evidenziare è la provenienza geografica che vede oltre 130 nazionalità presenti. Nella città di Torino, tra gli stranieri extracomunitari, la nazionalità più rappresentata si conferma il Marocco, mentre tra gli stranieri comunitari, continuano a prevalere i romeni. Le tabelle 2 e 3, elaborate dall'Ufficio di Statistica del Comune di Torino, approfondiscono questo quadro più nel dettaglio.

TAB. 2. *Le prime 5 nazionalità dei cittadini extracomunitari residenti a Torino*

Paese	Uomini		Totale uomini	Donne		Totale donne	Totale complessivo
	< 18	> 18		< 18	> 18		
Marocco	2.668	8.306	10.974	2.335	6.271	8.606	19.580
Perù	794	2.850	3.664	848	4.501	5.349	8.993
Cina Pop.	833	2.188	3.021	782	2.110	2.892	5.913
Albania	678	2.348	3.026	603	2.152	2.755	5.781
Moldova	455	1.231	1.686	455	2.370	2.825	4.511

Fonte: Ufficio di Statistica del Comune di Torino, dati aggiornati al 3 ottobre 2011, disponibili su www.comune.torino.it/stranieri-nomadi/stranieri/torino/dati.htm, visitato il 5 luglio 2012. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

TAB. 3. *Le prime 5 nazionalità dei cittadini dell'Unione europea residenti a Torino*

Paese	Uomini		Totale uomini	Donne		Totale donne	Totale complessivo
	< 18	> 18		< 18	> 18		
Romania	5.430	19.640	25.070	5.128	22.742	27.870	52.940
Francia	53	463	516	54	556	610	1.126
Polonia	24	108	132	28	402	430	562
Germania	24	191	215	18	214	232	447
Regno Unito	11	219	230	6	193	199	429

Fonte: Ufficio di Statistica del Comune di Torino, dati aggiornati al 3 ottobre 2011, disponibili su www.comune.torino.it/stranieri-nomadi/stranieri/torino/dati.htm, visitato il 5 luglio 2012. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

TAB. 4. *Struttura della popolazione straniera a Torino per sesso e quartiere di residenza, anno 2009*

Quartieri	Uomini	Donne	Totale
Centro	2.264	2.290	4.554
San Salvario	3.502	3.283	6.785
Crocetta	1.625	1.972	3.597
San Paolo	2.260	2.619	4.879
Cenisia	2.667	2.880	5.547
San Donato	4.310	4.238	8.548
Aurora	7.271	6.066	13.337
Vanchiglia	1.746	1.827	3.573
Nizza millefonti	2.689	2.722	5.411
Mercati generali	2.408	2.686	5.094
Santa Rita	2.287	2.758	5.045
Mirafiori Nord	1.291	1.643	2.934
Pozzo Strada	2.544	2.901	5.445
Parella	2.673	2.998	5.671
Le Vallette	1.774	1.954	3.728
Madonna di Campagna	3.047	3.146	6.193
Borgata Vittoria	3.549	3.397	6.946
Barriera di Milano	7.642	6.672	14.314
Falchera	1.498	1.563	3.061
Regio Parco	1.487	1.559	3.046
Madonna del Pilone	577	702	1.279
Borgo Po e Cavoretto	756	1.064	1.820
Mirafiori Sud	1.647	1.746	3.393
Totale	61.514	62.686	124.200

Fonte: Ufficio di Statistica del Comune di Torino, dati aggiornati al 31 dicembre 2009, disponibili su www.comune.torino.it/statistica, visitato il 5 luglio 2012. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

Interessanti sono anche le tabelle 4 e 5 che mostrano, rispettivamente, il numero di residenti stranieri nei diversi quartieri di Torino e nelle diverse circoscrizioni¹⁷. Si noti, a tal fine, che spiccano i quartieri Barriera di Milano e Aurora e le circoscrizioni 5, 6 e 7 come le maggiormente popolate da migranti.

I dati concernenti la popolazione straniera a Torino, rispecchiano i dati regionali che vedono, all'inizio del 2011, 398.910 stranieri residenti (208.243 donne e 190.667 uomini)¹⁸, con i romeni (che costituiscono il 34,4% della popolazione straniera), i marocchini (16,1%) e gli albanesi (11,5%) come popolazioni maggiormente rappresentate. È interessante notare inoltre il tasso di crescita della popolazione straniera residente in Piemonte: a tal fine basti considerare che nel 2002 gli stranieri residenti erano 127.563. Ad oggi, la popolazione straniera residente rappresenta circa l'8,9% della popolazione

¹⁷ Si rimanda all'Appendice 4 per una mappa delle circoscrizioni e dei quartieri della città di Torino.

¹⁸ Regione Piemonte, Settore Statistica e Studi, Piemonte Statistica, database disponibile sul sito internet www.ruparpiemonte.it/infostat.

TAB. 5. *Struttura della popolazione straniera a Torino per sesso e circoscrizione, anno 2008*

Circoscrizione	Uomini	Donne	Totale
1	3.988	4.243	8.231
2	3.373	4.140	7.513
3	6.999	7.581	14.580
4	6.549	6.635	13.184
5	7.577	7.705	15.282
6	9.834	8.790	18.624
7	9.178	7.941	17.119
8	4.161	4.247	8.408
9	4.493	4.718	9.211
10	1.814	1.843	3.657
Totale	57.966	57.843	115.809

Fonte: Ufficio di Statistica del Comune di Torino, dati aggiornati al 31 dicembre 2008, disponibili su www.comune.torino.it/statistica, visitato il 5 luglio 2011. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

residente in Piemonte¹⁹. È di interesse notare come questa percentuale superi il parametro nazionale che vede il 7% di residenti stranieri su un totale, al 1° gennaio 2010, di 60.340.328 residenti²⁰. Tale dato risulta ancor più rilevante se si considera che occorre aggiungere, al conteggio, il 5-10% di presenze di soggetti non in regola con le norme di soggiorno e quindi non censiti.

3.3. *L'offerta di salute*

È opportuno, in conclusione del capitolo, fornire una breve panoramica sui principali servizi sanitari, siano essi del settore pubblico o del privato sociale, a favore della popolazione migrante.

A tal fine si informa che il Laboratorio dei Diritti Fondamentali ha provveduto ad aggiornare la *Guida ai servizi sanitari per immigrati* realizzata nel 2008 dalla Regione Piemonte²¹. Per un'analisi completa e dettagliata di tutti i servizi sanitari a disposizione della popolazione migrante attivi nella città di Torino – e di altri servizi utili, quali mense e dormitori – si rimanda alla *Guida*. In questa sede sarà sufficiente perciò soffermarsi sinteticamente solo sulle iniziative più importanti. Per ovvie ragioni, l'analisi si concentrerà sui servizi dedicati ai migranti irregolari. I migranti in regola con le norme sull'ingresso e sul soggiorno possono, infatti, nella maggior parte dei casi, iscriversi al Ssn²².

¹⁹ Istat, dati disponibili su noi-italia.istat.it, 2001.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Regione Piemonte, Assessorato regionale alla tutela della salute e sanità, *Guida ai servizi sanitari per immigrati*, 2008.

²² Per approfondimenti si veda Appendice 1, *La salute e il profilo giuridico del migrante*.

In generale bisogna sottolineare il buon livello di assistenza, anche in un'ottica comparatistica²³, che viene fornito alla popolazione migrante e in particolar modo agli irregolari. Il servizio principale in tal senso è certamente rappresentato dai Centri di informazione salute immigrati (Centri Isi). Tali Centri, nati in via sperimentale durante la metà degli anni Novanta²⁴, sono passati a regime nel 2004²⁵ diventando il fulcro dell'assistenza sanitaria pubblica per gli stranieri irregolari²⁶. Presso tali Centri, è innanzitutto assegnato il codice regionale Stp necessario per accedere ai servizi sanitari²⁷. Al pari di quanto avviene per i cittadini italiani o stranieri regolarmente iscritti al Ssn, gli Stp che accedono ai Centri Isi ricevono assistenza sanitaria da parte del medico presente in ambulatorio: visita, richiesta e controllo analisi, prescrizioni farmaceutiche, prescrizioni di visite specialistiche o di ricoveri²⁸.

Alcune buone pratiche nell'assistenza sanitaria per stranieri irregolari in Piemonte. Tenendo conto del crescente numero di accessi ai Centri Isi di stranieri Stp affetti da patologie croniche ed invalidanti, con Circolare del 3 agosto 2004, l'Assessorato alla tutela della salute e sanità della Regione Piemonte ha impartito disposizioni in materia di esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria confermando il percorso già previsto per i cittadini italiani, ma attribuendo al medico del Centro Isi, in quanto depositario dell'intera documentazione sanitaria del paziente, l'attivazione delle pratiche per il rilascio dell'attestato di esenzione per patologia e/o malattie rare²⁹.

Con Dgr 6-3264 del 27 giugno 2006 la Regione Piemonte ha inoltre riconosciuto il diritto all'erogazione anche a favore degli stranieri Stp delle necessarie prestazioni integrative e di assistenza protesica: il medico del Centro Isi invia il paziente allo specialista Ssn relativo al caso in esame, con esaustiva documentazione del caso e lettera di accompagnamento. Lo specialista provvede a redigere la prescrizione di quanto necessario. Tali richieste saranno inoltrate ai servizi distrettuali o territoriali competenti per domicilio per la fornitura diretta o l'autorizzazione da far valere nei confronti del fornitore autorizzato³⁰.

²³ Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (Picum), *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*, Brussels, Picum, 2007.

²⁴ Delibera di Giunta regionale n. 56-10571 del 15 luglio 1996.

²⁵ Dgr 43-1493 del 20 dicembre 2004. Contestualmente vennero anche approvate le Linee guida per l'attivazione e il funzionamento dei Centri Isi. Con la Dgr 20-9847 del 20 ottobre 2008 vengono approvate le Linee guida per l'avvio e la gestione dei Centri Isi.

²⁶ Tale ruolo è confermato anche dal Piano socio-sanitario 2007-2010 della Regione Piemonte, approvato con Dcr del 24 ottobre 2007, cap. 4, par. 4.5.3.6.

²⁷ Per approfondimenti, si veda Appendice 1, *La salute e il profilo giuridico del migrante*.

²⁸ Regione Piemonte, Assessorato regionale alla tutela della salute e sanità, *Guida ai servizi sanitari per immigrati*, cit., p. 68.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ *Ibidem*, p. 69.

Da febbraio di quest'anno, anche le donne straniere in condizioni di irregolarità possono effettuare il Pap test, necessario per l'individuazione precoce di alterazioni tumorali uterine prima della comparsa dei sintomi clinici.

Il privato sociale. Come più volte sottolineato, una peculiarità della città di Torino è certamente la vivacità del privato sociale. Proprio nell'ambito della migrazione e della salute esistono numerose realtà dedite a fornire assistenza sanitaria a persone che non possono iscriversi al Ssn: tra queste, la maggior parte è costituita da stranieri irregolari.

I principali ambulatori sanitari del privato sociale sono l'ambulatorio medico del Sermig³¹, l'ambulatorio medico dell'associazione Camminare insieme³² e l'ambulatorio della Croce Rossa. Dal punto di vista della salute mentale, è opportuno accennare all'esistenza di numerose associazioni del privato sociale – l'associazione Frantz Fanon³³, Mamre³⁴, il Centro migranti Marco Cavallo³⁵ – impegnate ad assistere migranti regolari e non in tale ambito.

La maggior parte delle realtà del pubblico e del privato sociale si trovano inoltre riunite nel Gruppi immigrazione e salute (Gris) Piemonte che, sfruttando il lavoro di rete, tenta di ottimizzare l'impatto delle singole iniziative.

Come già spiegato, si rimanda alla *Guida ai servizi sanitari per immigrati* per una panoramica esaustiva di tutti i servizi attivi a favore della popolazione migrante. In questa sede era sufficiente fare riferimento alla ricchezza e alla varietà dei servizi esistenti, anche grazie alla realtà del privato sociale che a Torino si dimostra sempre particolarmente forte ed efficace.

³¹ www.sermig.org.

³² www.camminare-insieme.it.

³³ www.associazionefanon.org.

³⁴ www.mamreonlus.org.

³⁵ www.docvadis.it/cmmc-centro-migranti-marco-cavallo.

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

Capitolo quarto

Lo stato di salute della popolazione migrante a Torino

Nel presente capitolo, attingendo ai dati forniti dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia in base alla convenzione intercorsa tra tale ente e il Laboratorio dei Diritti Fondamentali¹, nonché usufruendo di altre fonti disponibili, si tenterà di rispondere al quesito se la popolazione migrante a Torino sia più vulnerabile alle problematiche di salute rispetto alla popolazione autoctona.

Nonostante la difficoltà nell'identificazione dei pazienti stranieri (cittadinanza, paese di nascita, paese di residenza, iscrizione al Ssn), alla quale si sta tentando di ovviare con l'attuazione di un progetto multicentrico a livello nazionale promosso dal Ministero della Salute², sono disponibili ed analizzabili i dati sanitari delle seguenti fonti:

- indagini Istat (ad es: condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari);
- ricoveri ospedalieri (Sdo, Schede di dimissione ospedaliera);
- scheda Istat per aborto spontaneo e per interruzione volontaria di gravidanza (Ivg), ammissioni di malati psichiatrici negli istituti di cura, schede di morte;
- certificati di assistenza al parto (Cedap);
- schede di notifica delle malattie infettive.

Si noti, tuttavia, che tali dati si generano solo nelle occasioni in cui la «domanda di salute» e l'«offerta di salute» si incontrano, mentre restano in ombra i bisogni inespressi e che non hanno trovato risposta presso il Ssn, ma in reti di assistenza operanti all'interno della comunità o nel rimpatrio volontario. Rispetto a quest'ultimo si parla del cosiddetto «bias del salmone» ossia del ritorno verso il paese di origine di persone malate che non sono più in grado di offrire la propria forza lavoro: tale fenomeno fa sì che queste persone non compaiono al numeratore delle statistiche rendendo un'immagine di maggior benessere degli immigrati rispetto al quadro reale.

¹ Per approfondimenti circa la metodologia adottata, si veda il par. 1.2.1, *Dati quantitativi-epidemiologici*.

² Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) – Regione Marche, *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, 2009.

La maggior parte dei dati utilizzati sono tratti dalle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) e si riferiscono all'intera Regione Piemonte. Ai fini di questo studio – che come spiegato in precedenza ha nella città di Torino il suo focus principale – è sufficiente sottolineare come un ipotetico *trend* individuato a livello regionale è verosimilmente replicabile a livello torinese, considerato che sui 398.910 stranieri residenti in Piemonte (al 1° gennaio 2011)³ ben 127.717 sono residenti nel solo Comune di Torino⁴. Tale numero sale a 207.488 se si considera l'intera Provincia di Torino⁵.

Per un inquadramento più generale sulla definizione e l'analisi del profilo di salute dei migranti in Italia si rimanda all'Appendice 2, *Il profilo sanitario del soggetto immigrato*.

TAB. 1. Popolazione straniera residente, Regione Piemonte, anno 2009

Età	Popolazione straniera residente					
	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
<1	3.581	2,0	3.490	1,8	7.071	1,9
1-4	12.890	7,1	12.043	6,2	24.933	6,6
5-17	27.459	15,1	25.712	13,2	53.171	14,1
18-34	64.551	35,4	70.391	36,1	134.942	35,8
35-49	55.990	30,7	57.733	29,6	113.723	30,1
50-64	14.518	8,0	20.568	10,6	35.086	9,3
> 64	3.349	1,8	4.966	2,5	8.315	2,2
Totale	182.338	100,0	194.903	100,0	377.241	100,0

Fonte: Regione Piemonte, Settore Statistica e Studi, Piemonte Statistica, database disponibile sul sito internet www.ruparpiemonte.it/infostat

4.1. Ricoveri

Nel 2009 in Piemonte sono stati effettuati 782.692 ricoveri; di questi il 93,55% è stato a carico di italiani, contro lo 0,5% per gli stranieri regolari e il 5,95% per gli stranieri temporaneamente presenti (Stp).

Nella popolazione straniera, come evidenziato dalla figura 1, la maggior parte dei ricoveri, in linea con la composizione per età, è prevalente tra i più giovani e in particolar modo nella fascia 18-34 anni. Dai 50 anni in su, l'incidenza dei ricoveri decresce significativamente.

Analizzando le figure 2 e 3, che mostrano i ricoveri totali per classi di età per la popolazione maschile e la popolazione femminile, notiamo che il

³ Fonte: Istat, sito internet demo.istat.it.

⁴ *Ibidem*.

⁵ *Ibidem*.

tasso di ricoveri nella popolazione straniera rispetto agli italiani è maggiore, per i maschi, nelle fasce di età 1-4 e, per le femmine, nelle fasce di età comprese tra gli 1 e i 49 anni.

Come risulta evidente dalle figure 2 e 3 e come ulteriormente sintetizzato dalla figura 4, i ricoveri dei cittadini stranieri sono per la maggior parte a carico di donne le quali sono invece circa la metà della popolazione immigrata. Nel 2009, 35.615 ricoveri sono stati a carico di donne straniere contro i 17.333 a carico di uomini stranieri.

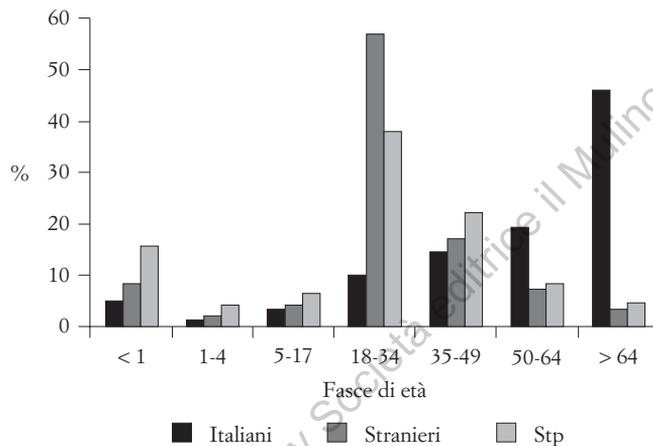


FIG. 1. Distribuzione percentuale ricoveri per fasce di età, popolazione italiana residente, straniera residente e Stp, Regione Piemonte, Sdo, 2009.

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

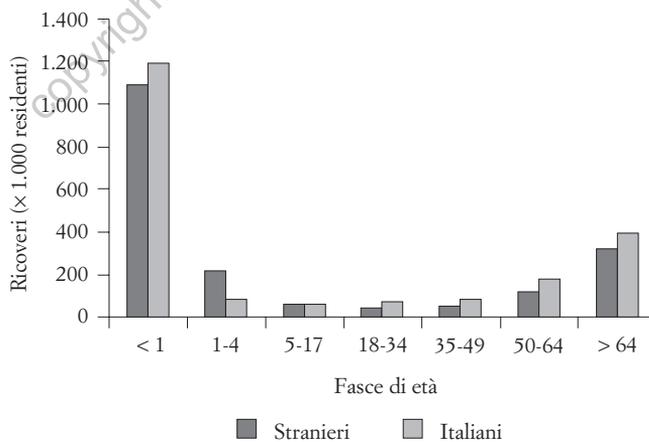


FIG. 2. Ricoveri totali per classe di età, popolazione maschile, Regione Piemonte, Sdo, 2009.

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

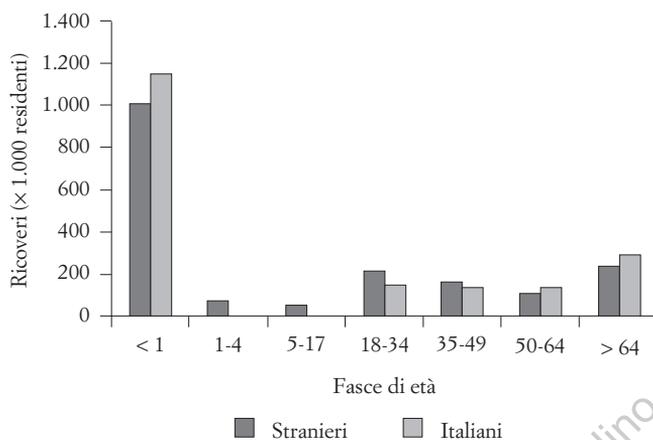


FIG. 3. Ricoveri totali per classe di età, popolazione femminile, Regione Piemonte, Sdo, 2009.

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

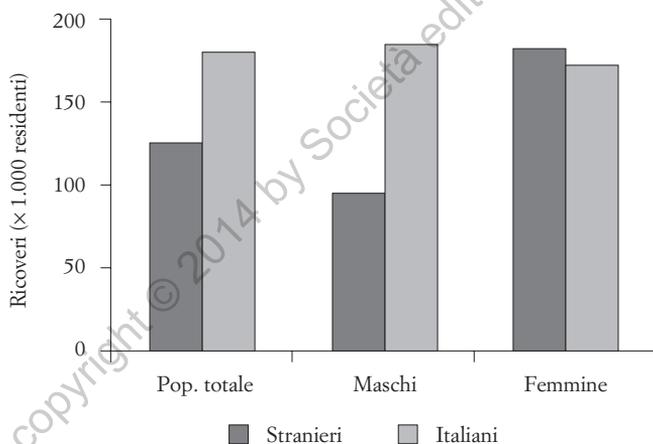


FIG. 4. Ricoveri totali per genere, Regione Piemonte, Sdo, 2009.

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

4.2. Cause di ricovero: uomini

Analizzando ora maggiormente da vicino le cause di ricovero, si nota che per la popolazione maschile adulta queste riguardano prevalentemente *traumatismi* e *avvelenamenti* (in misura circa doppia rispetto alla popolazione italiana). Di una certa rilevanza appaiono, anche, le *malattie dell'apparato digerente* (senza differenze rispetto alla popolazione italiana) e le *malattie dell'apparato respiratorio*.

Traumatismi e avvelenamenti

Ai fini della nostra ricerca, l'aspetto più rilevante, nell'analizzare i dati relativi ai traumatismi e agli avvelenamenti, è certamente rappresentato dal problema degli infortuni sul lavoro. La sensazione raccolta dalle interviste condotte, infatti, è che il fenomeno costituisca un problema serio per la popolazione migrante, in particolar modo maschile, così come descritto nel par. 5.2, *Il diritto alle precondizioni sottostanti la salute*. I dati in nostro possesso confermano quanto appena detto mostrando, in generale, un'alta incidenza di traumatismi nella popolazione migrante in Piemonte. Si vedano a tal fine la tabella 2 e la figura 5.

TAB. 2. Ricoveri per traumi ed avvelenamenti, genere maschile, Regione Piemonte, Sdo, 2009

Classe di età	Popolazione	N.	Tasso
<1	ita	70	4,28
	str	23	6,42
1-4	ita	242	3,59
	str	2	4,89
5-17	ita	1.710	7,71
	stp	6	7,79
	str	214	11,91
18-34	ita	4.076	9,96
	stp	91	8,92
	str	643	8,02
35-49	ita	4.277	9,93
	stp	40	8,61
	str	449	17,84
50-64	ita	4.181	15,23
	stp	13	
	str	125	
>64	ita	7.565	
	stp	4	
	str	51	

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

La classe di patologia alla quale si fa riferimento, come detto, riguarda, in generale, traumi ed avvelenamenti comprendendo quindi anche infortuni domestici, sportivi o avvenuti in circostanze varie. In base a quanto riferitoci da esperti della materia, estrarre dai suddetti dati alcune stime più specifiche sull'incidenza dei soli traumi sul lavoro è difficoltoso se non impossibile. Ciò per due ordini di motivi. Talvolta il campo Sdo dedicato a identificare la natura e l'origine del trauma non è del tutto compilato. Inoltre, spesso, per paura di ritorsioni, gli immigrati tendono a non dichiarare che l'infor-

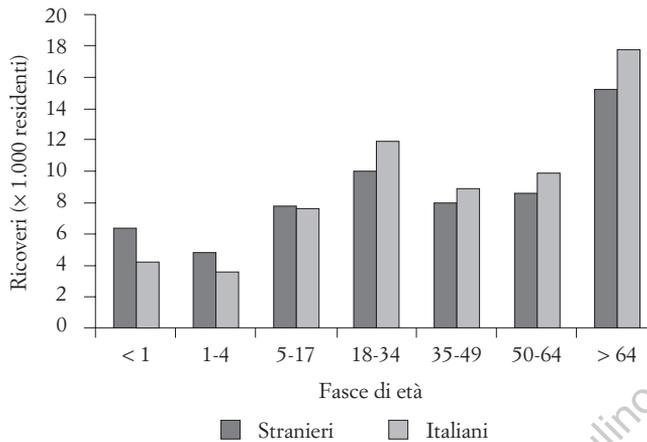


FIG. 5. Tassi di ospedalizzazione per traumi ed avvelenamenti, popolazione residente italiana e straniera, per fasce di età. Genere maschile, Regione Piemonte, Sdo, 2009.

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

tunio subito si sia verificato sul posto di lavoro. Ciò certamente vale per i migranti irregolari che si trovano a operare nel mercato nero, ma anche per i regolari i quali, anche solo per timore di perdere il lavoro, spesso preferiscono tacere i veri motivi dell'infortunio.

Recenti statistiche elaborate dall'Inail indicano che l'incidenza degli infortuni nella popolazione migrante a livello nazionale è di 45 casi ogni 1.000 occupati⁶. Lo stesso rapporto per la popolazione autoctona è di 39,2⁷. Inoltre, se per i lavoratori italiani gli infortuni si sono ridotti nel complesso del 1,9%, per gli stranieri questi sono cresciuti di tre quarti di punto percentuale: nel 2009 gli infortuni sono infatti stati 119.240 contro i 120.135 del 2010⁸.

Nel leggere tali dati bisogna tuttavia tenere a mente che il numero dei migranti residenti in Italia è cresciuto negli ultimi anni, che i migranti sono mediamente più attivi dal punto di vista lavorativo degli italiani e che sovente vengono impiegati per i lavori più a rischio, tutti elementi che incidono in maniera significativa sui dati di cui sopra.

Volgendo ad ulteriori dati in nostro possesso, si sottolinea inoltre che vi sono altre variabili che possono influenzare l'interpretazione delle statistiche riportate poc'anzi. Uno studio condotto dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3, su un campione di iscritti all'Inps tra il 2000 e il 2005,

⁶ Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, *Rapporto annuale 2010 con analisi dell'andamento infortunistico*, 2011, p. 172.

⁷ *Ibidem*.

⁸ *Ibidem*, p. 171.

sottolinea come alcuni fattori differenzino sensibilmente la popolazione Psa (paesi a sviluppo avanzato, di cui gli italiani sono la larghissima maggioranza) dalla popolazione Pfp (paesi a forte pressione migratoria) in Italia: il genere (il 14% dei lavoratori Pfp è donna contro il 32% dei lavoratori Psa), l'età (l'età media dei lavoratori Pfp è di 35 anni contro i 37 dei Psa), lo *skill level* (il 40% dei lavoratori Psa è un «colletto bianco» contro il 5% dei lavoratori Pfp) e la durata dei contratti di lavori (il 60% dei lavoratori Psa ha un contratto di durata superiore ai 3 anni contro il 27% dei lavoratori Pfp). Inoltre, a tal fine, bisogna anche prestare grande attenzione alla diversa distribuzione di lavoratori Psa e lavoratori Pfp in certi settori economici. La tabella 3 mostra che il 20% dei lavoratori provenienti dai paesi Pfp è impiegato nel settore edilizio contro il 13,2% dei lavoratori dei paesi Psa. Al contrario, il 12,4% dei lavoratori Psa è impiegato nel settore del commercio all'ingrosso e al dettaglio contro il 5,7% dei lavoratori Pfp.

TAB. 3. *Classificazione delle attività economiche*

Attività economiche	Psa	Pfp
Estrazione di minerali	0,4	0,3
Fabbricazione di prodotti alimentari, bevande e tabacco	4,3	3,2
Fabbricazione di tessuti e prodotti tessili	6,6	5,0
Fabbricazione di prodotti chimici, prodotti chimici e fibre sintetiche e artificiali	4,4	4,1
Produzione di metalli di base e prodotti in metallo	23,9	21,9
Industrie del cuoio, legno, carta, carbone coke	12,5	12,0
Elettricità, gas e acqua	0,8	0,0
Edilizia	13,2	20,0
Commercio all'ingrosso e al dettaglio	12,4	5,7
Alberghi e ristoranti	6,2	8,8
Trasporti, magazzinaggio e comunicazioni	6,9	6,7
Intermediazione finanziaria e immobiliare	8,4	12,2

Fonte: Elaborazioni a cura di M. Giraud, A. Bena e R. Leombruni. Dati presentati nel corso del Convegno *Facts Beyond Figures. Communi-Care for Migrants and Ethnic Minorities*, Milano, 21-23 giugno 2012. Titolo della relazione: *Temporary Employment and Migrant Workers: An Analysis of Injury Risk by Job Characteristics and Job Tenure*. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

In sintesi, includendo le suddette variabili nella quantificazione del rischio che i lavoratori Psa hanno rispetto ai lavoratori Pfp di incorrere in infortuni sul lavoro, lo studio condotto ha concluso che (tab. 4) i lavoratori dei paesi Pfp hanno 1,40 volte di rischio relativo (per 1.000 persone all'anno) rispetto ai lavoratori Psa di subire un infortunio sul lavoro.

TAB. 4. *Rischio relativo controllato*

	Rischio grezzo	Genere	Classi di età	Livello professionale	Attività economica	Durata contratto	Anno	Tutte le caratteristiche
Pfpm vs. Psa	2.24*	1.97*	2.23*	1.55*	2.06*	2.03*	2.30*	1.40*

* $p < 0.01$.

Fonte: Vedi tab. 3. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

Malattie dell'apparato digerente

Si tratta di patologie spesso legate allo stress, all'alimentazione povera o scorretta, alla dentizione scadente, all'abuso di alcool; spesso, si riscontrano gastriti ed ulcere iatrogene da farmaci antinfiammatori da banco o passati da un paziente all'altro assunti, senza gastroprotettori, per contrastare mal di denti o dolori osteo-articolari. L'incidenza di questo genere di patologia risulta essere non eccessivamente difforme rispetto alla popolazione italiana.

Malattie dell'apparato respiratorio

Seppur con incidenza minore e in misura inferiore alla popolazione italiana, anche le malattie dell'apparato respiratorio appaiono piuttosto presenti tra la popolazione straniera maschile. Tale fenomeno può certamente, quanto meno in parte, essere ricollegato ad un'elevata esposizione al fumo di tabacco, all'esposizione nell'ambiente lavorativo a sostanze nocive, all'inquinamento atmosferico e domestico, alle condizioni di vita insalubri (sovraffollamento, abitazioni non riscaldate in inverno).

4.3. *Cause di ricovero: donne*

I ricoveri delle donne straniere risultano causati principalmente da problemi legati alla *salute materno-infantile* (complicazioni di gravidanza, parto e puerperio) e, in proporzione minore, da *malattie dell'apparato digerente* e *malattie dell'apparato genito-urinario*.

La salute materno-infantile

Per quanto riguarda la salute materno-infantile, si consenta, innanzitutto, di richiamare un importante studio di respiro internazionale⁹: questo, tramite una revisione sistematica della letteratura, ha confrontato i principali esiti riproduttivi osservati tra le donne straniere rispetto alle donne autoctone di 12 paesi europei (per un totale di 18 milioni di gravidanze analizzate). Lo studio ha posto in evidenza un profilo di salute peggiore per la popolazione immigrata con un maggior rischio di nati di peso inferiore ai 2.500 grammi, di parti pretermine, di mortalità perinatale e di malformazioni congenite. Nella ricerca sono stati inoltre confrontati gli stessi esiti in base alle politiche di integrazione degli immigrati mostrando come, nei paesi con una miglior accoglienza, gli esiti riproduttivi tra gestanti immigrate e autoctone siano molto simili (tab. 5).

TAB. 5. OR dei principali esiti riproduttivi in base al paese d'immigrazione materna

	Paesi a bassa integrazione: Austria, Francia, Germania, Italia, Regno Unito, Spagna e Svizzera	Paesi ad alta integrazione: Belgio, Danimarca, Norvegia, Olanda e Svezia
Basso peso	1,77	1,08
Nascite pretermine	2,88	1,18
Mortalità perinatale	1,45	1,25
Malformazioni	1,20	0,87

Fonte: P. Bollini, S. Pampallona, P. Wanner e B. Kupelnick, *Pregnancy Outcome of Migrant Women and Integration Policy: A Systematic Review of the International Literature*, in «Social Science & Medicine», 68, 2009, pp. 452 ss. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

Per quanto riguarda le degenze legate alla gravidanza (complicazioni di gravidanza, parto e puerperio), tra le donne straniere il numero di ricoveri risulta notevolmente superiore rispetto a quanto registrato tra le coetanee italiane. Come mostra la tabella 6, il tasso di ricoveri nelle classi di età 15-17 e 18-34 (quasi il doppio per le straniere rispetto alle italiane) resta nettamente superiore anche nelle successive.

I dati esposti sono certamente dovuti, da un lato, alla maggiore fecondità delle donne straniere ma, dall'altro, anche ad una maggiore incidenza di problematiche legate alla gravidanza e al parto, ambito nel quale le donne straniere risultano maggiormente svantaggiate rispetto alle coetanee italiane.

⁹ P. Bollini, S. Pampallona, P. Wanner e B. Kupelnick, *Pregnancy Outcome of Migrant Women and Integration Policy: A Systematic Review of the International Literature*, in «Social Science & Medicine», 68, 2009, pp. 452 ss.

TAB. 6. Ricoveri per gravidanza, Regione Piemonte, Sdo, 2009

Classe di età	Popolazione	N.	Tasso
15-17	ita	365	1,74
	stp	26	
	str	120	4,67
18-34	ita	27.046	83,37
	stp	1.533	
	str	11.430	162,38
35-49	ita	16.385	34,83
	stp	204	
	str	2.909	50,39
50-64	ita	16	0,03
	str	1	0,05
>64	ita	14	2,82

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

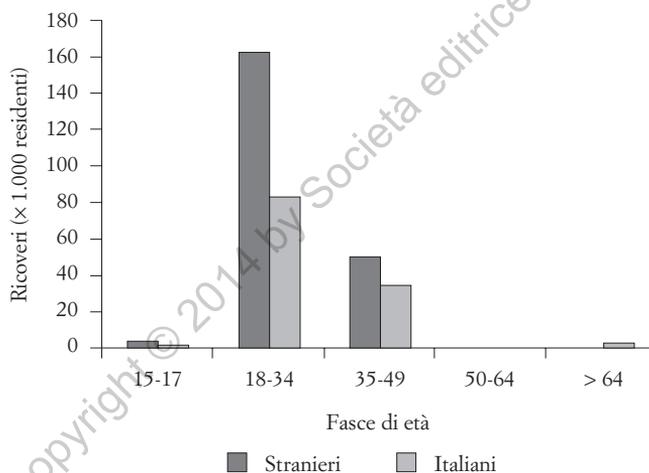


FIG. 6. Tassi di ospedalizzazione per gravidanza, popolazione residente italiana e straniera, per fasce di età, Regione Piemonte, Sdo, 2009.

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

La storia ostetrica. Analizzando alcuni dati tratti dai Certificati di assistenza al parto (Cedap) compilati in Piemonte nel 2008¹⁰ emerge un quadro preoccupante rispetto, in primo luogo, alla storia ostetrica delle donne migranti. Come mostra la tabella 7, le donne straniere – regolari e non – che

¹⁰ Elaborazione a cura di P. Ghiotti, *Area materno-infantile*, dati presentati nel corso del Convegno *Una rete in costruzione per la salute dei migranti*, promosso dal Gruppo Immigrazione e Salute Piemonte, Torino, 23 marzo 2010.

TAB. 7. Storia ostetrica, genere femminile, Cedap, anno 2008

Storia ostetrica	Italiane residenti	Straniere residenti	Straniere non residenti
Totale parti	29.026	8.300	328
Corso di accompagnamento	28,5%	6,4%	4,0%
Acido folico in gravidanza	70,6%	53,7%	37,0%
Acido folico prima della gravidanza	6,6%	3,2%	2,0%
Gruppo sanguigno non noto	5,2%	6,6%	10,3%
Toxo non controllato	2,0%	3,6%	10,1%
Hbsag non controllato	7,9%	10,2%	15,4%
Strepto non controllato	16,7%	25,3%	41,3%
Hiv non controllato	19,9%	18,5%	27,9%
Vdrl non controllata	27,0%	27,2%	39,0%

Fonte: P. Ghiotti, *Area materno-infantile*, cit. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

nel corso della gravidanza seguono il corso di accompagnamento alla nascita, che assumono l'acido folico e che si sottopongono ai test infettivologici di controllo sono in numero drasticamente inferiore rispetto alle italiane pur avendone gli stessi diritti.

Gli esiti neonatali. Anche rispetto agli esiti neonatali si presentano grandi disparità tra i bambini di donne italiane e i bambini di donne straniere. La tabella 8 mostra i dati concernenti gli esiti neonatali (Cedap, 2008): le donne straniere, specie se non regolarmente presenti, tendono ad avere un maggior numero di bambini prematuri e sottopeso, di bambini nati con malformazioni evidenti e mostrano un eccesso di natimortalità.

TAB. 8. Esiti neonatali, Cedap, anno 2008

Esiti neonatali	Italiane	Straniere residenti	Straniere non residenti
Totale parti	29.026	8.300	328
Prematuri < 37 settimane	7,0%	7,6%	11,9%
Prematuri < 28 settimane	0,3%	0,4%	1,8%
Prematuri 28-31 settimane	0,6%	0,9%	1,8%
Prematuri 32-34 settimane	1,8%	1,9%	2,4%
Prematuri 35-36 settimane	4,3%	4,3%	6,4%
Peso alla nascita < 1.500 g	1,1%	1,0%	3,0%
Peso alla nascita 1.500-2.499 g	6,3%	4,9%	4,2%
Nati morti	0,3%	0,3%	0,9%
Malformazioni evidenti alla nascita	1,1%	1,0%	1,5%

Fonte: P. Ghiotti, *Area materno-infantile*, cit. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

La tabella 9 e la figura 7 mostrano, infine, un'incidenza piuttosto elevata di degenze per condizioni perinatali.

TAB. 9. Ricoveri per condizioni perinatali, per genere, Regione Piemonte, Sdo, 2009

Popolazione	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso	N.	Tasso
Ita	5.267	321,14	4.344	281,51
Stp	66		47	
Str	1.112	310,53	947	271,35

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

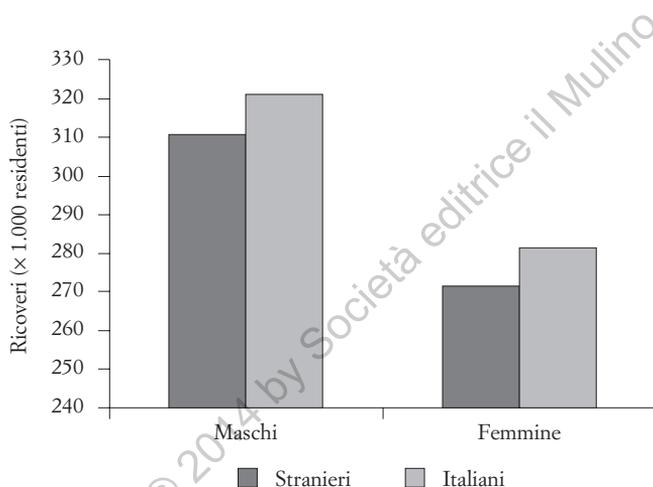


FIG. 7. Tassi di ospedalizzazione per condizioni perinatali, popolazione residente italiana e straniera, per genere, Regione Piemonte, Sdo, 2009.

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

Le interruzioni volontarie di gravidanza. Uno dei problemi più rilevanti nell'ambito della salute materno-infantile nella popolazione immigrata è rappresentato dall'elevata frequenza di ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg). Le Ivgs a carico di donne straniere in Piemonte, rappresentano oltre il 40% degli interventi effettuati dal 1995 al 2009 (vedi tab. 10).

I dati in nostro possesso confermano inoltre il trend già evidenziato negli anni passati che vede una riduzione del ricorso all'Ivg tra le donne italiane e un contemporaneo aumento tra le donne straniere, anche considerando l'incremento numerico della popolazione straniera femminile (fig. 8). Questo trend è riscontrabile anche a livello nazionale (fig. 9).

Le nazionalità prevalenti sono romene, marocchine, albanesi e nigeriane in linea con la loro rappresentazione numerica nella Regione. L'analisi dei

TAB. 10. Percentuale di Ivg delle donne con cittadinanza straniera e percentuale delle donne con cittadinanza straniera residenti in Italia per Regione. Anno 2009

Regioni	Ivg da donne con cittadinanza straniera	Donne straniere residenti
Piemonte	40,63	7,85
Valle d'Aosta	27,65	6,20
Lombardia	43,70	8,71
Bolzano	42,38	7,35
Trento	34,69	8,09
Veneto	45,53	8,84
Friuli-Venezia Giulia	34,86	7,32
Liguria	39,42	6,53
Emilia-Romagna	43,85	9,43
Toscana	42,42	8,29
Umbria	43,82	9,89
Marche	44,56	8,24
Lazio	36,55	8,18
Abruzzo	26,40	5,35
Molise	6,01	2,52
Campania	15,90	2,56
Puglia	14,87	1,84
Basilicata	17,74	2,14
Calabria	19,90	3,16
Sicilia	15,54	2,31
Sardegna	13,00	1,89
Italia	33,81	6,39

Fonte: Istat, *Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Rilevazione sulla popolazione residente straniera per genere ed anno di nascita, 2011*. Citato in M. Loghi, A. D'Errico e A. Spinelli, *Abortività volontaria delle donne straniere*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2011. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane*, 2011, p. 231. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

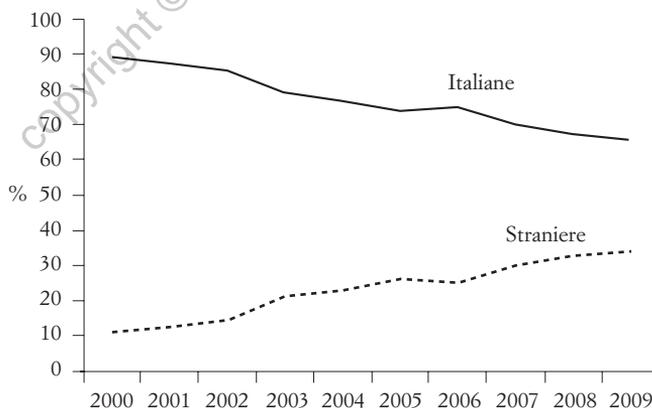


FIG. 8. Andamento dei ricoveri per Ivg, donne italiane e straniere, Sdo 2000-2009.

Fonte: Dati ed elaborazione grafica di Regione Piemonte, Assessorato alla sanità, *Stranieri e salute*, a cura di M.E. Coffano, M. Del Savio e L. Mondo, in Città di Torino, Direzione servizi civici, Settore Statistica e Toponomastica, Ufficio Pubblicazioni, *Osservatorio interistituzionale sugli stranieri in Provincia di Torino, Rapporto 2009*, p. 312.

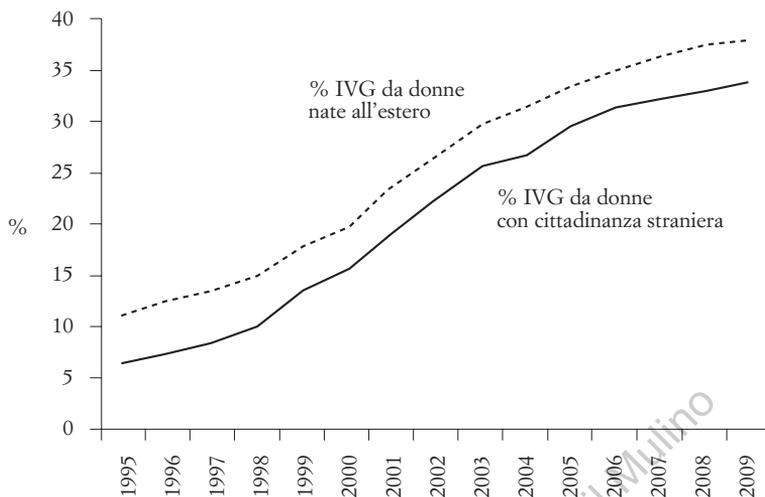


FIG. 9. Percentuale di Ivg delle donne con cittadinanza straniera e delle donne nate all'estero. Anni 1995-2009.

Fonte: Istat, *Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza*, 2011. Immagine tratta da M. Loghi, A. D'Errico e A. Spinelli, *Abortività volontaria delle donne straniere*, cit., p. 230.

dati mostra come siano le straniere residenti in provincia di Torino a ricorrere maggiormente all'Ivg, seguite da quelle residenti ad Alessandria e Novara, anche questo dato in accordo con la loro distribuzione sul territorio regionale¹¹. Le donne straniere interrompono la gravidanza in età inferiore rispetto alle italiane avendo un modello riproduttivo più intenso ed anticipato, eppure, malgrado ciò, hanno più probabilità di essersi già sottoposte ad Ivg e di avere già figli¹². Tale aspetto è di particolare rilevanza perché si tratta quindi di donne che hanno avuto ripetuti contatti con il Ssn, ma non sono comunque riuscite ad utilizzare un contraccettivo efficace o in modo corretto¹³.

4.4. Le malattie infettive

In base a quanto riportato dallo stesso Piano socio-sanitario piemontese 2012-2015, ogni anno in Piemonte «vengono notificati, attraverso i vari sistemi di sorveglianza epidemiologica, circa 10.000 casi di malattie infettive;

¹¹ Regione Piemonte, Assessorato alla sanità, *Stranieri e salute*, cit., p. 312.

¹² *Ibidem*.

¹³ Si veda in tal senso il par. 5.2, *Il diritto alle precondizioni sottostanti la salute* e il par. 5.1.3, punto iii), *Il ruolo dell'informazione*.

i ricoveri per cause specificamente infettive o comunque riconducibili a infezioni sono circa 30.000; il tasso grezzo di mortalità, nel 2006, di 14,6 per 100.000 abitanti»¹⁴. In generale le malattie infettive più notificate risultano essere, sempre in base a quanto indicato dal Piano socio-sanitario, «la salmonellosi non tifoidea, la diarrea infettiva, la tubercolosi polmonare, l'epatite virale A e la sifilide»¹⁵.

La tabella 11 mostra i ricoveri per malattie infettive e parassitarie verificatisi nella popolazione maschile in Piemonte nell'anno 2009, stratificati per classi di età e per popolazione (italiani, stranieri e stranieri temporaneamente presenti, Stp).

TAB. 11. Ricoveri per malattie infettive e parassitarie, genere maschile, Regione Piemonte, Sdo, 2009

Classe di età	Popolazione	N.	Tasso
<1	ita	185	11,30
	stp	4	
	str	67	18,71
1-4	ita	311	4,62
	stp	3	7,29
	str	94	
5-17	ita	251	1,13
	stp	4	2,51
	str	69	
18-34	ita	464	1,36
	stp	27	2,09
	str	135	
35-49	ita	691	1,44
	stp	20	1,86
	str	104	
50-64	ita	657	1,56
	stp	10	2,27
	str	33	
>64	ita	1.812	4,27
	str	10	2,99

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

Concentrandosi sui soli tassi – riprodotti nella figura 10 – appare evidente come in tutte le classi di età, salvo per la fascia di età >64, l'incidenza delle malattie infettive e parassitarie sia sensibilmente superiore nella popolazione migrante. Particolarmente rilevante appare essere il dato dei minori di età inferiore a 1 anno: tale dato è certamente in parte riconducibile all'accesso tardivo alla visita, quando la malattia ormai non è più curabile solo ambulatorialmente.

¹⁴ Regione Piemonte, Piano socio-sanitario 2012-2015, p. 85.

¹⁵ *Ibidem*.

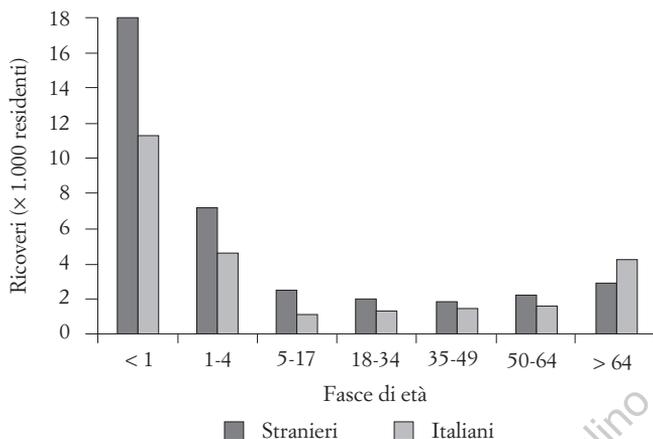


FIG. 10. Tassi di ospedalizzazione per malattie infettive e parassitarie, popolazione residente italiana e straniera, per fasce di età. Genere maschile, Regione Piemonte, Sdo, 2009.

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

Volgendo ora l'attenzione alla popolazione femminile emerge una situazione sostanzialmente non dissimile. Osservando la tabella 12 e soprattutto la figura 11, che mostra i tassi di ospedalizzazione per malattie infettive e

TAB. 12. Ricoveri per malattie infettive e parassitarie, genere femminile, Regione Piemonte, Sdo, 2009

Classe di età	Popolazione	N.	Tasso
<1	ita	147	9,53
	stp	3	
	str	49	14,04
1-4	ita	260	4,08
	stp	5	
	str	87	7,22
5-17	ita	252	1,20
	stp	1	
	str	55	2,14
18-34	ita	334	1,03
	stp	33	
	str	120	1,70
35-49	ita	440	0,94
	stp	16	
	str	76	1,32
50-64	ita	450	1,05
	stp	3	
	str	32	1,56
>64	ita	1.982	3,40
	str	18	3,62

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

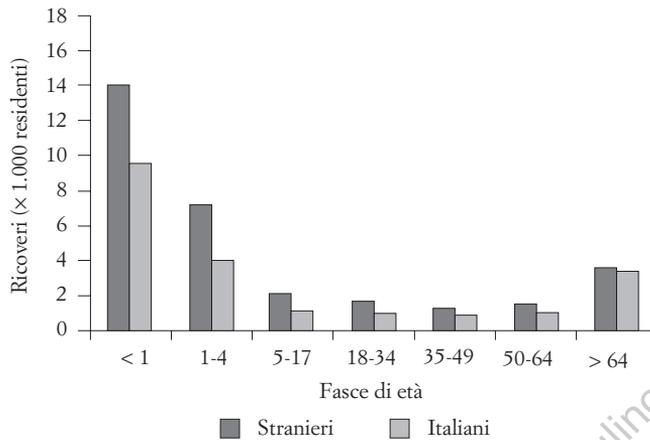


FIG. 11. Tassi di ospedalizzazione per malattie infettive e parassitarie, popolazione residente italiana e straniera, per fasce di età. Genere femminile, Regione Piemonte, Sdo, 2009.

Fonte: Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

parassitarie tra la popolazione residente femminile, si nota chiaramente come anche in questo caso i tassi tra la popolazione migrante risultino superiori a quelli della popolazione autoctona. Da notare che l'incidenza della malattia appare leggermente superiore anche per la classe di età > 64. Inoltre, si evidenzia come si riproponga nuovamente un'incidenza decisamente superiore per i minori di età inferiore a 1 anno.

Tubercolosi. Volgendo ora l'attenzione alla tubercolosi, si può notare, a livello generale, che le notifiche di tubercolosi polmonare, confrontate con quelle degli anni precedenti, sono sostanzialmente stabili, con una riduzione dei casi nella popolazione autoctona ed un aumento in quella immigrata (fig. 12). Tale quadro rispecchia l'andamento nazionale in cui si registra una progressiva riduzione dell'incidenza di malattia tubercolare nella popolazione autoctona ed un contemporaneo aumento dei casi di tubercolosi nella popolazione straniera. Per quanto riguarda quest'ultima, la tubercolosi è considerata tra le principali aree di criticità.

Osservando la tabella 13, si nota come, nella popolazione migrante, sono maggiormente colpiti i cittadini romeni. Questo dato è certamente dovuto anche all'elevato numero di cittadini romeni residenti sul territorio piemontese.

Infine, osservando la figura 13, che mostra l'andamento dei tassi di incidenza di tubercolosi per classi di età, si può apprezzare come la malattia sia certamente più diffusa tra gli stranieri nella classe di età 15-24.

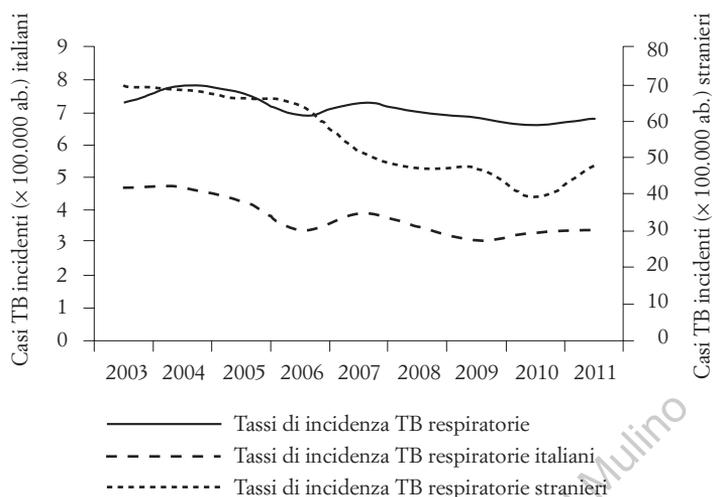


FIG. 12. Tassi di incidenza di tubercolosi respiratorie.

Fonte: Dati ed elaborazione grafica del Servizio di riferimento regionale di epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive (Seremi) Asl AL-Alessandria, *Bollettino Tubercolosi Piemonte. Andamento e caratteristiche della diffusione della tubercolosi in Piemonte*, a cura di C. Pasqualini, M. Bugiani, V. Demicheli e R. Raso, 2012, disponibile su www.asl.al.it/Sezione.jsp?idSezione=2296.

TAB. 13. Casi di tubercolosi per paesi di provenienza

Area geografica di provenienza	N.	%	Paesi di nascita	N.
Europa Centro	98	39,0	Romania	87
Africa Nord	50	19,9	Marocco	43
Africa sub-sahariana	49	19,5	Senegal	16
America Sud	22	8,8	Somalia	12
Asia	21	8,4	Perù	9
Europa Est	5	2,0	Nigeria	7
America centrale	3	1,2	Brasile	7
Oceania	2	0,8	Cina	6
Europa Ovest	1	0,4	Albania	6
			India	5
Totale	251	100,00	Filippine	5

Fonte: Vedi fig. 12. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

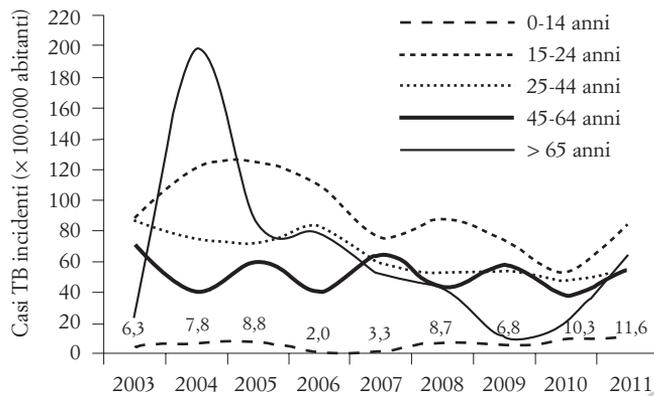


FIG. 13. Andamento dei tassi di incidenza di tubercolosi respiratorie per classi di età tra gli stranieri.

Fonte: Vedi fig. 12.

Hiv/Aids. A seguito dell'istituzione del Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da Hiv nel 2008, sono state segnalate nelle 17 Regioni/Province aderenti al Sistema (alcune delle quali già operanti in tal senso sin dal 1985) 45.707 nuove diagnosi di infezione da Hiv sino a tutto il 2009, con un tasso di incidenza annuale di 4,6 casi per 100.000 residenti. La proporzione di stranieri è aumentata dall'11% del 1992 al 32,9% del 2006, per ridursi negli anni seguenti sino al 27,2% del 2009, con un tasso di incidenza annuale di 22,5 casi per 100.000 (figg. 14 e 15 e tab. 14).

La modalità di trasmissione più frequente tra gli stranieri è rappresentata da contatti eterosessuali, con un netto aumento dei soggetti che hanno acquisito l'infezione attraverso questa via (dal 24,6% nel 1992 al 70,0% nel 2009).

Circa un terzo delle persone con nuova diagnosi di Hiv manifestano una fase avanzata di malattia (cosiddetti *late presenters*), già con una rilevante compromissione del sistema immunitario e in molti casi con un quadro di Aids. Questo aspetto è stato anche largamente confermato dalle interviste con alcuni operatori sanitari esperti del settore. L'inizio così tardivo della terapia anti-retrovirale, dovuto sostanzialmente a carenza di informazione con conseguente ignoranza circa i comportamenti a rischio, può comportare spesso un'aspettativa di vita comunque ridotta rispetto ai soggetti Hiv-positivi che iniziano la terapia più precocemente. I fattori significativamente associati con malattia avanzata al momento della diagnosi di infezione (analisi multivariata) sono stati: l'età maggiore di 40 anni (OR = 3,0; 95% IC 2,3-3,9); la nazionalità straniera (OR = 1,6; 95% IC 1,2-2,2); appartenere al genere maschile e riferire contatti eterosessuali (HET vs MSM, OR = 2,1 95% IC 1,5-2,9).

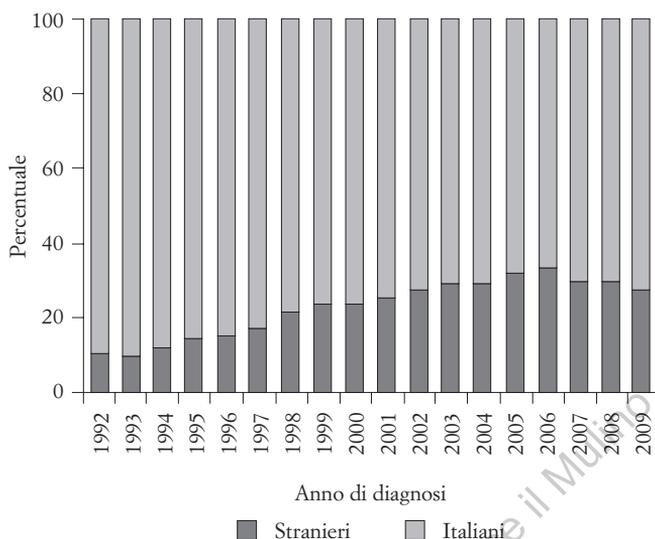


FIG. 14. Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da Hiv, per nazionalità e anno.

Fonte: Dati ed elaborazione grafica dell'Istituto Superiore di Sanità, *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 2011*, vol. 24, n. 5, suppl. 1 (Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da Hiv al 31 dicembre 2009 e dei casi di Aids in Italia al 31 dicembre 2010), 2011, disponibile su www.epicentro.iss.it/problemi/aids/datiCoa2011.asp.

TAB. 14. Distribuzione percentuale dei casi cumulativi di Aids per nazionalità anagrafica

Area geografica	< 1995	1995-1996	1997-1998	1999-2000	2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010	Tot.
Italia	96,7	94,9	91,2	86,9	85,0	83,5	78,4	77,5	73,3	91,5
Africa	1,1	2,1	4,1	6,3	9,1	9,1	11,8	11,1	13,2	4,1
Asia	0,1	0,2	0,3	0,5	0,6	0,8	1,3	1,2	2,2	0,4
Europa occidentale	0,5	0,9	0,8	0,5	0,3	0,4	0,3	0,3	1,0	0,6
Europa orientale	0,1	0,2	0,4	0,7	0,8	1,6	1,9	3,5	3,5	0,6
Nord America	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	-	0,1	0,1
Sud America	1,1	1,5	2,6	3,2	3,0	4,1	4,3	4,6	5,9	2,1
Non specificata	0,2	0,2	0,6	1,8	1,1	0,4	1,9	1,8	0,9	0,6

Fonte: Vedi fig. 14. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

In Piemonte le segnalazioni di nuove infezioni sono state 3.686 dal 1999 a tutto il 2010, anno in cui sono state segnalate 290 nuove infezioni con un'incidenza annuale di 6,8 casi per 100.000 residenti, con un andamento non dissimile da quello registrato negli anni precedenti (tab. 15).

Tra i casi incidenti di diagnosi di infezione da Hiv nel 2010, la presenza straniera è risultata del 28% circa, di cui il 58% rappresentato da donne, valore più che doppio rispetto a quello registrato tra gli italiani ove le donne

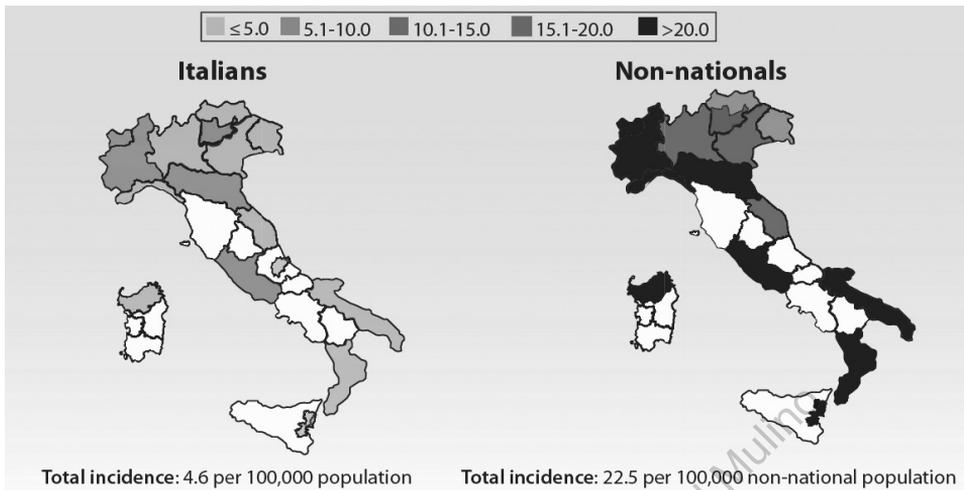


FIG. 15. Incidenza di nuove diagnosi di infezione da Hiv in Italia (per 100.000 persone), 2009.

Fonte: Vedi fig. 14.

TAB. 15. Nuovi casi di infezione da Hiv/Aids in Piemonte, frequenza e tassi di incidenza

Anno	Donne				Uomini				Totale			
	N.	%	Tasso	IC 95%	N.	%	Tasso	IC 95%	N.	%	Tasso	IC 95%
1999	107	33,6	4,8	3,9-5,7	211	66,4	10,1	8,7-11,5	318	100,0	7,4	6,6-8,2
2000	96	32,1	4,3	3,4-5,2	203	67,9	9,8	8,4-11,0	299	100,0	7,0	6,1-7,7
2001	105	32,1	4,8	3,8-5,7	222	67,9	10,9	9,4-12,3	327	100,0	7,8	6,9-8,6
2002	85	27,9	3,9	3,0-4,7	220	72,1	10,8	9,3-12,1	305	100,0	7,2	6,3-8,0
2003	110	33,8	5,0	4,0-5,9	215	66,2	10,4	9,0-11,7	325	100,0	7,6	6,7-8,4
2004	72	26,1	3,2	2,4-3,9	204	73,9	9,7	8,3-11,0	276	100,0	6,4	5,6-7,1
2005	77	26,1	3,4	2,6-4,2	218	73,9	10,4	8,9-11,7	295	100,0	6,8	6,0-7,5
2006	86	30,2	3,8	3,0-4,6	199	69,8	9,4	8,1-10,7	285	100,0	6,5	5,7-7,3
2007	87	27,0	3,8	3,0-4,6	235	73,0	11,0	9,6-12,4	322	100,0	7,3	6,5-8,1
2008	87	26,0	3,8	3,0-4,6	247	74,0	11,5	10,0-12,9	334	100,0	7,5	6,7-8,3
2009	93	30,0	4,1	3,2-4,8	217	70,0	10,1	8,7-11,4	310	100,0	7,0	6,1-7,7
2010	73	25,2	3,2	2,4-3,9	217	74,8	10,1	8,7-11,4	290	100,0	6,5	5,7-7,2

Fonte: Vedi fig. 12. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

rappresentano il 16% circa degli infetti. I *late presenters* in Piemonte rappresentano ben il 38% delle nuove diagnosi di infezione da Hiv con il 40% tra gli stranieri e il 33% tra gli italiani. Per le aree geografiche di provenienza dei nuovi casi di infezione, si veda la tabella 16.

TAB. 16. Area geografica di provenienza dei casi di nuova diagnosi di infezione da Hiv/Aids. Anni 2006-2010

Nazionalità	N.	%
Africa sub-sahariana	238	54,2
Europa Est	72	16,4
America Sud	57	13,0
Africa Nord	34	7,7
Asia	15	3,4
Europa Ovest	9	2,1
America centrale	8	1,8
Europa Centro	4	0,9
Africa sub-sahariana	1	0,2
America Nord	1	0,2
Totale	439	100,0

Fonte: Seremi Asl AL-Alessandria, *Bollettino Hiv/Aids, Anno 2010 (edizione 2011)*, a cura di C. Pausalini e V. Demicheli. Tabella modificata da Anthony Olmo e Irene Biglino.

Casi di Aids. Per quanto riguarda i casi cumulativi di Aids notificati al Centro operativo Aids dall'inizio dell'epidemia (in totale 62.616 a tutto il 2010, di cui circa 40.000 deceduti), il Piemonte si colloca al quarto posto tra le Regioni italiane con 4.093 casi, di cui 2.967 nei primi 17 anni (sino al 1999, anno in cui furono notificati 140 casi) e 1.126 negli 11 anni successivi sino al dicembre 2010, anno in cui furono notificati 22 casi. I dati del Servizio regionale di epidemiologia delle malattie infettive (Seremi) riportano 4.252 casi di Aids registrati in Piemonte dall'inizio dell'epidemia, di cui 74 nel 2010.

4.5. La salute mentale

È noto che a livello globale, e in particolare in Europa, patologie quali la depressione, la schizofrenia o anche il disturbo da abuso di alcool sono le patologie a maggior impatto sul piano del *Global Burden of Disease* in termini di anni vissuti con disabilità¹⁶. Le stime dell'Oms in tal senso assegnano alla depressione un ruolo di primo piano nel causare disabilità nell'adulto e nell'anziano.

La diffusione e la gravità di tali condizioni hanno fatto sì che nel Piano socio-sanitario regionale 2012-2015, tra gli 11 problemi di salute considerati prioritari ai sensi dell'art. 12, comma 1, lett. a) della l.r. n. 18/2007, fossero individuate anche la salute mentale e le dipendenze patologiche¹⁷. Ciononostante, esistono tuttora delle gravi lacune conoscitive rispetto all'impatto di tali problematiche sulla salute della popolazione a livello regionale/locale.

¹⁶ *Ibidem*, p. 83.

¹⁷ *Ibidem*, p. 116.

Infatti, solo i pazienti con diagnosi di disturbi psichiatrici maggiori sono trattati dai servizi di salute mentale mentre rimane difficile da quantificare in quale misura la gestione del disturbo sia, negli altri casi, affidata ad altri referenti, quale assistenza ricevano e quale quota rimanga non gestita¹⁸.

Per ciò che riguarda la popolazione migrante nello specifico, è indiscutibile che fattori quali l'isolamento causato dalla separazione dalle famiglie e dalle reti sociali, l'insicurezza lavorativa, le condizioni di vita difficili, lo sfruttamento tendano ad avere effetti negativi sulla salute mentale¹⁹. Alcuni rapporti a livello internazionale mostrano che i migranti soffrono in percentuali maggiori rispetto alla popolazione autoctona di stress, ansia e depressione²⁰. Le problematiche di salute mentale possono essere anche dirette conseguenze del percorso migratorio, che sovente è particolarmente difficile e traumatico. È noto che in molti casi la migrazione è associata a traumi quali le guerre, lo sfruttamento, la tratta, la violenza fisica e sessuale, la clandestinità e via dicendo²¹. In base ai dati in possesso dell'Organizzazione mondiale per la sanità (Oms), l'esposizione ai rischi associati alla migrazione aumenta la vulnerabilità rispetto a disordini psicosociali, all'abuso di sostanze stupefacenti, all'alcolismo e alla violenza²².

Tuttavia, seppur vi siano valide ragioni per ritenere che i trend individuati altrove possano replicarsi anche a livello piemontese e torinese, non siamo in grado di presentare dati quantitativi a supporto. A causa della lacuna conoscitiva a cui si faceva riferimento poc'anzi, è difficile quantificare l'incidenza di tali problematiche di salute sulla popolazione migrante a livello locale. L'oggettivo deficit conoscitivo è reso ancor più grave nel caso specifico dei migranti a causa delle grandi difficoltà, discusse anche nel par. 5.1.2²³ di questo documento, mostrate dai Dipartimenti di salute mentale a farsi carico in modo continuativo di stranieri, sia regolari che Stp.

¹⁸ *Ibidem*, p. 86.

¹⁹ Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo, *Human Development Report 2009 – Overcoming Barriers: Human Mobility and Development*, New York, Undp, 2009, p. 56. Disponibile sul sito internet hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Consiglio per i diritti umani, *Report of the Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants*, Jorge Bustamante, UN Doc. A/HRC/14/30 del 16 aprile 2010, par. 25.

²² Organizzazione mondiale della sanità, World Health Assembly, *Health of Migrants. Report of the Secretariat*, A61/12 del 7 aprile 2008, par. 17.

²³ Vedi il par. 5.1.2, *Accettabilità culturale*.

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

Capitolo quinto

La prospettiva del diritto alla salute

5.1. *Il diritto all'assistenza sanitaria e ai servizi sanitari*

5.1.1. *Disponibilità e qualità*

In questo capitolo dedicato a identificare le ragioni per cui la popolazione migrante si trova maggiormente vulnerabile alle problematiche di salute, si porranno in evidenza le difficoltà incontrate da questa nell'accedere e nel fruire dei servizi sanitari, concentrandosi sulle questioni attinenti alla disponibilità e alla qualità dei servizi. Come si vedrà, i temi affrontati sono riconducibili, principalmente, alla carenza di risorse a disposizione del sistema sanitario, condizione che ovviamente non incide unicamente sulla salute dei migranti, bensì sulla popolazione intera. Si è già posto in rilievo, tuttavia, come la vulnerabilità dei migranti renda la loro situazione più precaria ed esposta anche ai minimi cambiamenti rispetto ad altri segmenti della società.

i) Le carenze di risorse: come garantire la disponibilità e la qualità dei servizi nei periodi di crisi

La maggior parte delle persone intervistate ha segnalato come un grosso impedimento all'efficace funzionamento dei servizi sanitari – se non addirittura talvolta alla sopravvivenza presente e futura degli stessi – la scarsità e la continua diminuzione di risorse.

Il grave periodo di crisi economica che ha segnato gli anni recenti, ha ovviamente delle serie conseguenze sulle risorse a disposizione dell'amministrazione pubblica in generale e sulle risorse volte a finanziare il sistema sanitario in particolare. È evidente come tale situazione leda l'intero ambito dell'assistenza sociale, che dipende *in toto*, dalla spesa pubblica e affligga indistintamente la popolazione intera. Tutti, infatti, tendono a essere, sebbene a livelli diversi, colpiti dal probabile «arretramento» dei servizi pubblici di

fronte alla crescente diminuzione delle risorse a disposizione. È importante monitorare il rispetto, da parte delle autorità pubbliche, dei diritti economici, sociali e culturali, considerata la tendenza in periodi di crisi a ridurre i programmi e i servizi sociali.

Allo stesso tempo, è noto che i «turbamenti sociali» – tra i quali certamente rientra una crisi economica – tendono ad avere effetti più gravi nei confronti dei segmenti più vulnerabili e marginalizzati della popolazione, tra cui certamente si annoverano i migranti. Sovente, questi vivono già condizioni sociali precarie a causa di mezzi economici limitati, di reti familiari/amicali assenti o insufficienti, di condizioni lavorative e abitative insufficienti. Ogni ulteriore riduzione di «offerta pubblica» non può che ripercuotersi con maggiore gravità sulla loro condizione. Tale discorso vale, in particolar modo, per quanto riguarda l'offerta sanitaria pubblica e la salute di questi segmenti della popolazione. Ogni riduzione di «salute pubblica» può significare per questi gruppi l'impossibilità di affrontare tali problemi di salute, con evidenti effetti gravi sulla realizzazione del loro diritto alla salute. Inoltre, una maggiore precarietà di salute, come si vedrà anche in seguito, tenderà ad influenzare negativamente molti altri ambiti della vita di questi individui, *in primis* il lavoro, favorendo un'ulteriore discesa sociale¹.

Le conseguenze a livello concreto dei tagli alle risorse. In base a quanto emerso dalle interviste condotte, si può affermare che la carenza di risorse sembra colpire indistintamente ogni tipo di servizio sanitario, sia nel settore pubblico che nell'offerta del privato sociale. Alcuni di questi rischiano la sopravvivenza stessa o quanto meno esiste il rischio concreto che non riescano più a fornire un servizio accettabile in termini qualitativi e quantitativi. Tra i servizi più colpiti in tal senso risultano esserci i Dipartimenti e i Centri di salute mentale, le propaggini del Sistema sanitario nazionale (Ssn) incaricate di prevenire, diagnosticare e curare le problematiche di salute mentale delle persone. Molti intervistati non hanno risparmiato commenti duri per descrivere la condizione nella quale versano la maggior parte di queste strutture a Torino. L'impressione diffusa tra gli operatori intervistati è che tali servizi siano in gravissime difficoltà, con mezzi insufficienti per rispondere alla domanda di salute mentale. Tale situazione risulta, inoltre, ancor più grave per quanto concerne la condizione dei migranti: come si vedrà meglio nel par. 5.1.2², i Dipartimenti e i Centri di salute mentale sono anche insufficientemente preparati ad affrontare le problematiche di salute mentale dei migranti, non integrando adeguatamente la dimensione multiculturale nei propri servizi.

Più in generale, da quanto emerso dalle interviste, uno dei primi ef-

¹ Vedi il par. 5.2, *Il diritto alle precondizioni sottostanti la salute.*

² Par. 5.1.2, *Accettabilità culturale.*

fetti della carenza di risorse si traduce a livello pratico in insufficienza di personale e di ore di lavoro. Tale situazione chiaramente incide fortemente sulla qualità dei servizi offerti. Uno dei soggetti intervistati, un medico di un importante Pronto Soccorso cittadino, ci ha raccontato di essersi trovato a dover lavorare, a causa della carenza di personale, anche per oltre 20 ore consecutive. Le conseguenze in termini di inefficienza del servizio, di stress individuale e di rischi per la salute delle persone sono facilmente immaginabili.

A un livello diverso, in un'altra occasione ci è stato segnalato come la carenza di personale porti talvolta un medico a dover effettuare una visita a un paziente senza la presenza di un infermiere. Tale condizione ha delle conseguenze di rilievo a livello giuridico, poiché la presenza dell'infermiere – oltre che per assistere il medico – è anche prevista per poter confermare o meno il rispetto delle procedure da parte del medico visitante. Un'altra conseguenza della carenza di personale riguarda i mediatori culturali. Come si avrà modo di vedere anche in seguito³, il numero di mediatori culturali impiegato dai servizi sanitari è in molti casi insufficiente. Spesso intere aree di origine di migranti non vengono coperte o gli orari di lavoro del mediatore risultano insufficienti rispetto alle richieste.

Sovente, inoltre, la scarsità di risorse risulta esacerbata dall'inefficiente utilizzo delle risorse a disposizione. Tale problema è anche riconosciuto dal Piano socio-sanitario regionale 2012-2015, che afferma come «un uso inefficiente delle risorse disponibili compromette, o rischia di compromettere, la possibilità per tutti i cittadini di usufruire del S[ervizio] S[anitario] R[egionale]»⁴. Un esempio a tal fine – tratto dalla nostra esperienza sul campo – concerne nuovamente la problematica della mediazione culturale. A tal fine basti sottolineare che sovente la maggior parte dei mediatori culturali impiegata nei servizi sanitari lavora principalmente all'interno della classica fascia oraria «da ufficio», sebbene una buona parte dei servizi sanitari viva il picco della presenza migrante la sera e nei fine settimana. Conseguentemente, una distribuzione delle ore di lavoro dei mediatori culturali che tenga conto di tale aspetto migliorerebbe l'utilizzo di questa risorsa e un maggiore rispetto del carattere dell'accettabilità culturale del servizio sanitario che, come visto nel par. 2.2⁵, costituisce uno dei pilastri fondanti il diritto alla salute.

Il rischio di un servizio sanitario pubblico non disponibile e qualitativamente non adeguato. Sono molte le iniziative valide sia nel pubblico che nel privato che rischiano di scomparire a causa della carenza di risorse. In parti-

³ Sempre nel par. 5.1.2, *Accettabilità culturale*.

⁴ Regione Piemonte, *Piano socio-sanitario regionale 2012-2015*, p. 19.

⁵ Par. 2.2, *Il contenuto normativo del diritto alla salute*.

colar modo preoccupa la crescente difficoltà del settore pubblico di mantenere una sua offerta di salute quantitativamente e qualitativamente adeguata. Per quanto possano esistere delle proficue vie di interazione tra il settore pubblico e il c.d. terzo settore, di cui si darà conto successivamente, è necessario sottolineare come la realizzazione del diritto alla salute di tutte le persone spetti in via prioritaria innanzitutto alle istituzioni pubbliche.

Se questa situazione dovesse perdurare e se le risorse a disposizione del settore sanitario dovessero continuare a ridursi, la qualità del servizio offerto non potrebbe che risentirne e, in certi casi, potrebbe addirittura subentrare un problema in termini di disponibilità dell'offerta sanitaria. Come già visto, infatti, il primo elemento che costituisce il contenuto normativo del diritto alla salute è per l'appunto la *disponibilità*, vale a dirsi la presenza in un numero sufficiente di servizi, strutture, beni strumentali, ecc. Il venir meno di alcuni servizi ora esistenti o che essi subiscano ridimensionamenti drastici, può seriamente portare l'offerta sanitaria nella città di Torino ad essere insufficiente dal punto di vista della disponibilità dell'offerta. Ripetendo quanto già detto, questa situazione affliggerebbe particolarmente i gruppi maggiormente vulnerabili della popolazione, quali i migranti. Tale situazione potrebbe, inoltre, potenzialmente portare alla violazione del principio della *non retrogression*. Come visto in maggior dettaglio nel par. 2.2⁶, tale principio costituisce uno dei cardini della realizzazione progressiva dei diritti economici, sociali e culturali. Si ricorderà che il significato risiede nel richiedere agli Stati che, quanto meno, mantengano i livelli esistenti di godimento del diritto impedendo qualsiasi peggioramento.

Bisogna sottolineare tuttavia che non pare esserci un taglio particolare nel finanziamento di servizi specificamente dedicati ai migranti, come per esempio i Centri Isi. Si è già menzionato, infatti, che i tagli risultano essere sostanzialmente trasversali. Questa situazione rischia tuttavia di tramutarsi potenzialmente in una discriminazione indiretta: il taglio a un servizio destinato a un gruppo vulnerabile come i migranti potrebbe avere in proporzione conseguenze negative maggiori rispetto ai tagli ad altri servizi, proprio per le maggiori difficoltà incontrate dalla popolazione migrante – specialmente se irregolare – di trovare alternative di cure valide.

In chiusura del paragrafo, è opportuno porre in evidenza come tale quadro sia in continua evoluzione. È stato infatti recentemente approvato dal Consiglio regionale della Regione Piemonte il nuovo Piano socio-sanitario 2012-2015, che prevede cambiamenti importanti nell'organizzazione del sistema sanitario regionale. Nell'ottica di diminuire i costi della sanità a livello regionale – nonché di far fronte comunque a una diminuzione delle risorse a disposizione – e nel tentativo di mantenere alti i livelli di assistenza, il nuovo piano prevede l'introduzione di importanti cambiamenti, quali l'isti-

⁶ Par. 2.2, *Il contenuto normativo del diritto alla salute*.

tuzione di Federazioni – società consortili che avranno lo scopo di accentrare attività quali gli acquisti, lo stoccaggio, la distribuzione, il controllo di gestione di beni – e la programmazione della rete ospedaliera. L'analisi del nuovo Piano socio-sanitario trascende lo scopo di questa ricerca.

L'individuazione dei bisogni e i tagli. Un serio problema, segnalatoci nel corso delle interviste da esperti di sanità pubblica, concerne la capacità delle autorità competenti, di fronte alla necessità di ridurre la spesa, di valutare esattamente i bisogni della popolazione, le aree a cui dare priorità e, conseguentemente, come modellare le risposte in maniera adeguata. A quanto riferitoci da alcuni esperti, le amministrazioni sovente non hanno una conoscenza adeguata dei livelli di tutela degli interventi pubblici, non hanno informazione sul benessere prodotto dagli interventi e si ritrovano perciò senza un criterio adatto in base al quale scegliere quali tagli effettuare. In Piemonte e più in generale in Italia, sembra insufficiente la *policy analysis*, strumento comune all'estero, che permette di valutare *ex ante* ed *ex post* le aspettative e i risultati di un determinato intervento. In particolare, per quanto riguarda le politiche sanitarie, sono poco diffuse politiche di *health equity audit* volte a identificare il livello di equità nella distribuzione dei servizi e delle risorse in relazione ai bisogni di salute specifici dei diversi gruppi e delle diverse aree, in modo da poter determinare la distribuzione delle risorse secondo i bisogni concreti.

Senza uno strumento di misurazione adeguato, difficilmente le amministrazioni saranno nella posizione di sapere con esattezza quali servizi o progetti è possibile tagliare e quali no. Proprio a tal fine, si può opportunamente ricordare quanto affermato dall'ex Relatore speciale delle Nazioni Unite sul diritto alla salute Paul Hunt. Questi, rifacendosi a quanto affermato dal Comitato sui diritti economici, sociali e culturali nel Commento generale n. 14⁷, ha infatti dedicato ampio spazio nell'attuazione del suo mandato a promuovere l'utilizzo di indicatori e standard di riferimento⁸. Tali strumenti sono essenziali per guidare le amministrazioni nell'utilizzo ottimale delle risorse a disposizione e, a livello più generale, ad assicurare il diritto alla salute delle persone.

È evidente come la realizzazione di tale diritto richieda mezzi economici e tempo. Ricordiamo nuovamente, in tal senso, che il principio che regola

⁷ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14 – The Right to the Highest Attainable Standard of Health*, UN Doc. E/C.12/2000/4 dell'11 agosto 2000, par. 57 e 58. Per approfondimenti sul Commento generale n. 14, vedi il par. 2.2, *Il contenuto normativo del diritto alla salute*.

⁸ Si veda ad es. Assemblea generale, *Interim Report of the Special Rapporteur of the Commission on Human Rights on the Right of Everyone to Enjoy the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Mr. Paul Hunt*, UN Doc. A/58/427 del 10 ottobre 2003; si veda anche P. Hunt, *State Obligations, Indicators, Benchmarks, and the Right to Education*, in «Human Rights Law and Practice», 4, 2, 1998, pp. 109 ss.

l'attuazione degli obblighi degli Stati derivanti dai diritti economici, sociali e culturali è proprio il principio della realizzazione progressiva e dell'utilizzo massimo delle risorse disponibili⁹. A tal fine, è importante evidenziare come gli indicatori e gli standard di riferimento occupino un ruolo di particolare rilievo nel definire gli obblighi degli Stati impliciti in tali principi¹⁰. L'ex Relatore speciale sul diritto alla salute pone giustamente in evidenza che senza indicatori e standard di riferimento è difficile capire come monitorare il rispetto dei due suddetti principi, il cui dettato risulta certamente sfuggente¹¹. Infine, l'ex Relatore speciale sottolinea anche l'importanza della produzione di dati disaggregati che pongano in rilievo le eventuali discriminazioni esistenti¹² e il grado di realizzazione dei diritti economici, sociali e culturali di tutti gli individui in generale e dei migranti in particolare¹³.

È altrettanto vero, tuttavia, che è erroneo ritenere che basti incrementare le risorse e che solo tramite l'incremento delle risorse si possa giungere alla piena realizzazione del diritto alla salute. Come discende dall'analisi del Relatore speciale, la chiave per ottimizzare l'utilizzo delle risorse nell'ottica di raggiungere la realizzazione progressiva del diritto alla salute – specialmente in periodi in cui queste sono scarse – risiede nello stabilire le priorità. Conseguentemente, il modo in cui vengono impiegate le risorse, le priorità di spesa e – nell'ottica odierna – le priorità da salvaguardare in periodi di crisi e di tagli ricopre certamente un ruolo fondamentale. Gli strumenti di cui si è detto sopra, quali gli indicatori e gli standard di riferimento, sono essenziali nel fornire all'amministrazione i mezzi per interpretare la realtà. Il passaggio successivo risiede proprio nel definire, alla luce di quanto emerso dall'analisi del contesto, quali priorità debbano prevalere.

Dalla prospettiva dei diritti umani, l'individuazione delle priorità da parte delle amministrazioni deve porre particolare attenzione alla situazione di quelle popolazioni, comunità e individui che vivono condizioni di particolare difficoltà, come i migranti. In altri termini, le vulnerabilità e gli svantaggi devono divenire i criteri oggettivi in base ai quali stabilire le priorità. In tal senso, giusto riguardo deve essere anche dato alla discriminazione sia diretta che indiretta¹⁴. Tuttavia, come lo stesso Relatore sottolinea, a livello

⁹ Vedi il par. 2.2, *Il contenuto normativo del diritto alla salute*.

¹⁰ E. Riedel, *Measuring Human Rights Compliance. The IBSA Procedure as a Tool of Monitoring*, in A. Auer, A. Flückiger e M. Hottelier (a cura di), *Les droits de l'homme et la constitution. Etudes en l'honneur du Professeur Giorgio Malinverni*, Geneva-Zurich-Basel, Schulthess, 2007, p. 64.

¹¹ P. Hunt, *State Obligations*, cit., p. 115.

¹² Assemblea generale, *Interim Report of the Special Rapporteur*, cit., par. 12.

¹³ Consiglio per i diritti umani, *Report of the Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants*, Jorge Bustamante, UN Doc. A/HRC/14/30 del 16 aprile 2010, par. 17.

¹⁴ Assemblea generale, *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, UN Doc. A/62/214 dell'8 agosto 2007, par. 26.

pratico sovente la definizione delle priorità tende a non tenere sufficientemente in considerazione i bisogni e le rivendicazioni di salute di categorie quali le donne, le persone affette da disabilità e altri gruppi vulnerabili¹⁵. Scelte da parte delle amministrazioni in ordine alle priorità, che riflettano o che addirittura rafforzino le pre-esistenti situazioni di esclusione, costituiscono un grave danno al diritto alla salute¹⁶.

In tal senso è opportuno ricordare, nuovamente, il ruolo delle disegualianze e dei determinanti sociali della salute nel garantire il diritto alla salute delle persone. Le priorità identificate dall'amministrazione in un ampio numero di settori – e non solo in quello sanitario – avranno un impatto profondo sul diritto alla salute. È evidente la necessità imprescindibile di promuovere una sinergia nei diversi settori che toccano i determinanti sociali, per garantire la piena realizzazione del diritto alla salute¹⁷.

È necessario sottolineare, infine, come l'adozione di un approccio basato sui diritti umani richieda anche delle garanzie «procedurali»: il processo decisionale delle priorità deve essere quanto più partecipato e trasparente possibile e deve essere possibile chiedere conto delle decisioni effettuate¹⁸. Tale notazione è particolarmente rilevante, a livello più generale, proprio quando, come si è già menzionato, il nuovo Piano socio-sanitario della Regione Piemonte è nella fase iniziale di attuazione (giugno 2012). Nonostante esso preveda importanti novità nel sistema sanitario regionale, che nelle intenzioni dovrebbero cambiare notevolmente il modo in cui i cittadini fruiscono dei servizi, il processo di sviluppo del piano è stato scarsamente partecipato.

BOX 4. *L'esempio del progetto «Mamma+»*

Un esempio che abbiamo incontrato nel corso della ricerca e che si ritiene sintetizzi la difficoltà dell'amministrazione di valutare i benefici prodotti dai progetti realizzati, di identificare i bisogni a cui dare una risposta e le priorità da promuovere è il caso concernente il progetto *Mamma+*. Il progetto *Mamma+* nasce da un'iniziativa dell'Azienda sanitaria ospedaliera Oirm-S. Anna di concerto con l'Università di Torino, in collaborazione con il Gruppo Abele e sostenuto con il finanziamento dell'Assessorato alla tutela della salute e sanità della Regione Piemonte. Questo progetto affonda le radici nella consapevolezza che la salute delle persone è in larga parte determinata anche dalle condizioni sociali in cui gli individui vivono e dalle disegualianze che incontrano¹⁹.

¹⁵ *Ibidem*, par. 12.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ *Ibidem*, par. 22.

¹⁸ *Ibidem*, parr. 20 e 25.

¹⁹ Vedi anche i parr. 2.2, *Il contenuto normativo del diritto alla salute* e 5.2, *Il diritto alle precondizioni sottostanti la salute*.

Il progetto mira a creare una rete di supporto per le madri sieropositive con bambini, volta ad assicurare loro la corretta assistenza sanitaria, adoperandosi, al contempo, per rimuovere quegli ostacoli sociali e culturali che minano le possibilità di garantire il benessere alla madre e al bambino. Le madri affette da Hiv sono sovente vittime di fragilità personali e/o familiari, spesso provengono dal mondo della tossicodipendenza e molte di queste sono migranti, anche irregolari. Queste persone sommano perciò ad una già grave patologia anche difficoltà causate da serie problematiche relazionali e sociali. Questi elementi di fragilità e ulteriori elementi di marginalizzazione, come le barriere culturali o lo stigma nei confronti della malattia, tendono a porle ai margini e a rendere ancor più difficoltoso il percorso terapeutico. Questo progetto prende perciò le mosse dalla consapevolezza che occuparsi della salute di una persona – in questo caso di una donna sieropositiva con un bambino a carico – significa andare ad affrontare in contemporanea vari problemi del quotidiano, quali il pagamento dell'affitto o delle utenze domestiche. Il progetto è particolarmente rilevante ai fini della nostra ricerca poiché più della metà delle donne assistite è migrante, in prevalenza africana.

A seconda del tipo di interazione raggiunta con la singola persona, esistono tre diversi livelli di intervento: 1) intervento sanitario: è essenziale per l'adesione della madre e del figlio al protocollo terapeutico; oltre agli accompagnamenti da parte dell'educatrice alle visite e ai Dh, vengono programmate anche visite domiciliari periodiche del pediatra accompagnato dall'educatrice; 2) intervento sanitario e sociale circoscritto: comprende il livello precedente e in più l'attivazione dell'intervento sociale sulla base di obiettivi ben definiti da raggiungere; 3) intervento complessivo: quando si è stabilita una buona relazione tra la donna e gli operatori, è possibile realizzare un intervento più ampio comprendente sostegno psicologico e relazionale, che può anche richiedere l'attivazione di risorse e figure professionali esterne al gruppo di lavoro. Parallelamente alla maturazione del progetto, infatti, la rete degli attori professionali dell'intervento è stata ampliata rivolgendosi, a seconda delle necessità, a specialisti dell'etnopsichiatria, ad avvocati competenti in materia di immigrazione, a consulenti del lavoro esperti in contratti per persone immigrate.

I fondi per il progetto *Mamma+* nel 2012 sono stati ridotti di circa il 50%. Nonostante il taglio drastico – di entità tale da poter decretare la fine del progetto – esso è riuscito a sopravvivere grazie a fondi residui. Fortunatamente, dopo questa riduzione forzata, il progetto, in seguito agli sforzi dei referenti, sarà rifinanziato per il 2013.

La vicenda che ha riguardato il progetto *Mamma+* conferma quanto detto in precedenza circa la difficoltà delle amministrazioni di identificare i benefici e i risultati dei progetti nonché i bisogni reali della popolazione. Tagliare del 50% circa i fondi a un progetto simile – che vede il benessere e la salute delle persone in un senso più ampio e inclusivo – significa avere un'idea insufficiente dei benefici che lo stesso produce, oltre ad essere in controtendenza rispetto a quanto imposto alle amministrazioni pubbliche dagli obblighi internazionali. È legittimo ritenere che nella definizione delle priorità un progetto simile, che pone l'accento su patologie a rischio, gruppi vulnerabili, disuguaglianze e determinanti sociali della salute debba essere salvaguardato e promosso. Inoltre, un progetto simile, che facilita l'aderenza alla terapia e contribuisce significativamente a ridurre i rischi di contagio dei bambini di madri sieropositive, consente al sistema sanitario di risparmiare molte risorse. È positiva quindi la decisione di rifinanziare il progetto per il 2013 e per gli anni a venire.

ii) Una rete forte a Torino: il privato sociale integra il settore pubblico

Alla luce di quanto emerso dalla ricerca e delle considerazioni che un periodo di crisi economica come quella in cui ci troviamo può suggerire, l'unica strada percorribile oggi per garantire il diritto alla salute dei gruppi vulnerabili in generale – e dei migranti in particolare – nella città di Torino sembra risiedere nella costruzione e nel rafforzamento di una rete di collaborazione tra i soggetti della sfera pubblica e del privato sociale.

Dalla ricerca condotta, Torino appare certamente una realtà in cui il lavoro in rete già esiste ed è proficuo ed efficiente. Tale lavoro in rete è da molti anche visto come un tratto caratteristico della città, che affonda le radici in una sensibilità sviluppata e consolidata nell'arco di vari decenni fin dal secolo scorso. Grande merito in tal senso, va dato al settore del privato sociale che, come più volte accennato, risulta essere una realtà particolarmente sviluppata e forte in città. Fin dall'Ottocento infatti hanno iniziato a sorgere varie realtà del privato sociale andando man mano a consolidare una forte tradizione di beneficenza che perdura tutt'oggi. L'istituzione del Cottolengo ne è forse l'esempio maggiore, ma ad essa se ne affiancano altre come il Gruppo Abele e il Sermig. Il numero di associazioni di diversa natura impegnate specificatamente nel campo della salute e della migrazione è elevato e sovente questi soggetti si trovano a collaborare proficuamente, in termini più o meno formalizzati, tra di loro. Da sottolineare ancora, vi è il ruolo determinante che le fondazioni bancarie torinesi svolgono nel supportare il lavoro di molte realtà del terzo settore e nel contribuire a mantenere la rete viva e funzionante.

L'impressione è che la capacità del privato sociale a Torino di fornire un servizio costante e di qualità alla popolazione migrante in generale sia in alcuni frangenti determinante per il raggiungimento di un livello sufficiente di assistenza sanitaria a questo segmento della popolazione. Pur non essendo in possesso di dati quantitativi al riguardo e premettendo che tale riflessione meriterebbe una ricerca separata, l'impressione è che il settore pubblico faticerebbe da solo a coprire i bisogni di salute dei migranti, specialmente per quanto concerne i migranti non in regola con le norme che regolano il soggiorno e quei migranti comunque non iscrivibili per vari motivi al Ssn. Il ruolo del privato sociale sembra determinante e il sistema di fatto operante a Torino segnala l'integrazione, più o meno formalizzata, del settore pubblico e di quello privato. Da un lato si può constatare un fenomeno di «ritiro» del settore pubblico rispetto agli obblighi che ad esso fanno capo, mentre dall'altro può essere segnalata l'efficienza di una soluzione che riconosce e mette a frutto la flessibilità e le caratteristiche proprie del volontariato, delle iniziative del privato sociale.

Tuttavia, si deve notare come – seppur il lavoro di rete tendenzialmente esista e funzioni bene – esistano dei limiti all'azione e all'efficacia di questi.

Nel corso della ricerca si è riscontrata infatti l'esistenza di notevoli frizioni tra certe realtà. Spesso esistono gelosie, incomprensioni e rivalità tra i diversi soggetti. È capitato che l'apertura di un nuovo ambulatorio destinato a fornire assistenza sanitaria ai migranti, per esempio, venisse letto da alcuni come una minaccia per altre realtà esistenti impegnate in attività simili, invece che essere vista come una opportunità in più per la popolazione migrante. Talvolta, ancora, realtà che potrebbero lavorare proficuamente insieme per favorire un maggiore livello di salute della popolazione migrante, si trovano divise da differenze concettuali/metodologiche che potrebbero essere risolte alla luce dell'obiettivo di garantire un servizio di qualità.

Considerate le difficoltà oggettive che il settore pubblico ha oggi giorno nel garantire livelli sufficienti di servizi – per esempio nell'area che stiamo approfondendo, quello della salute e dei migranti – una maggiore unione tra i servizi pubblici e le iniziative del privato sociale sarebbe opportuna. Nel periodo di crisi attuale, l'unica soluzione può essere data dall'unire gli sforzi e le possibilità, anche a costo di rinunciare a spazi di autonomia. In particolare modo, il lavoro in rete può essere migliorato nella collaborazione tra il settore pubblico e il privato sociale. Questa tipologia di interazione può essere la vera via per mantenere vivo l'impegno del settore pubblico in aree sensibili e cruciali, pur in contesti di difficoltà economiche come quello attuale. Esempi simili di interazione tra il settore pubblico e il privato sociale già esistono a Torino. Esistono delle realtà, di cui si darà conto nei box successivi, che dimostrano come il settore pubblico possa non ritirarsi del tutto da certe sue responsabilità, ma che al contrario – valorizzando il lavoro di rete che vede anche soggetti del privato sociale come protagonisti – possa assurgere a un ruolo determinante di coordinamento e di mantenimento di un servizio che veda il pubblico e il privato integrarsi vicendevolmente. Esempi del genere permettono alle istituzioni pubbliche di mantenere la necessaria responsabilità per la tutela del diritto alla salute della popolazione in generale e delle fasce deboli in particolare.

Infine, bisogna sottolineare come una rete forte, formalizzata tramite apposite convenzioni e strutturata tra il servizio pubblico e il privato sociale, possa giovare anche alle finanze pubbliche facendo risparmiare non poche risorse. Un esempio di uno strumento da creare in tal senso è la condivisione delle cartelle cliniche: se un medico del settore pubblico invia un migrante a un ambulatorio del privato sociale, quest'ultimo dovrà iniziare la trafila di esami, diagnosi e prescrizioni da capo non potendo accedere a quanto già eventualmente fatto in precedenza. Una migliore coordinazione e una formalizzazione tramite apposite convenzioni potrebbe ottimizzare il servizio offerto e risparmiare risorse.

Box 5. Il progetto Prisma²⁰

Uno degli esempi più significativi a Torino di integrazione tra pubblico e privato operante nel settore della salute e della migrazione è certamente il progetto Prisma, nato da un'iniziativa del servizio Passepartout della Direzione centrale politiche sociali e rapporti con le Aziende sanitarie in collaborazione con una rete di associazioni del privato sociale.

Tra le iniziative del progetto Prisma, si segnala in particolare il *Servizio disabilità e immigrazione*, il quale offre supporto e aiuto alle persone straniere in condizione di disabilità. Il servizio, in sintesi, tenta di dare una risposta alle necessità di salute e di altri diritti, di quel gruppo particolarmente vulnerabile che è dato dai migranti disabili. Questi, per le condizioni che caratterizzano la loro situazione, vivono specifiche difficoltà di relazione con gli altri, solitudine, disagio psichico e via dicendo. L'incentivo a creare tale servizio è nato dalla constatazione che né l'amministrazione pubblica né l'ampia gamma di iniziative del privato sociale riuscivano a rispondere adeguatamente a tutte le richieste di intervento. Da qui l'idea di tentare di condividere le energie e le risorse al fine di migliorare le capacità di supporto. L'ambito pubblico mantiene il compito di coordinamento delle varie realtà, mentre queste ultime forniscono i mezzi e le proprie conoscenze specifiche. Il supporto fornito si concretizza, *inter alia*, nell'agevolare il reperimento di informazioni sui diritti e sulla normativa, nel facilitare l'accesso ai servizi sanitari, nel sostegno per superare le barriere culturali e sociali e nel favorire l'inserimento nelle diverse opportunità esistenti sul territorio. In tal modo, di caso in caso, si tenta di modellare interventi *ad hoc* in base alle necessità specifiche che la singola persona ha. In questo modo, viene sfruttata appieno la varietà di servizi e di specificità esistenti all'interno della rete in cui il progetto Prisma affonda le radici. Nell'ultimo anno gli interventi sono stati 59, di cui 18 riguardavano minori. Le provenienze maggiormente rappresentate sono il Marocco e la Romania²¹.

Questo modello, tutto torinese, sembra di grande efficacia. Si ritiene potrebbe essere replicato in un numero indefinito di ambiti e iniziative. È un modello moderno, adatto ai tempi che viviamo. Mantiene un ruolo forte del settore pubblico – che così non delega quegli ambiti di assistenza – e valorizza al massimo le risorse del privato.

Box 6. I Gruppi immigrazione e salute (Gris)

Il contributo fornito dalla rete Gris Piemonte²² è di fondamentale importanza nell'assicurare una maggiore realizzazione del diritto alla salute dei migranti nella città di Torino. L'obiettivo del Gruppo è favorire la conoscenza e la collaborazione tra quanti si impegnano a vario titolo per assicurare il diritto, l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari da parte degli immigrati.

²⁰ Per maggiori informazioni consultare il sito internet www.progettoprismatorino.org.

²¹ Dati disponibili sul sito internet www.progettoprismatorino.org.

²² I Gris sono le unità territoriali regionali della Simm (Società italiana medici per la migrazione). Per maggiori informazioni consultare il sito internet www.simmweb.it.

In generale, gli obiettivi del Gris sono: 1) dare informazione e attivare discussioni sugli aspetti normativi specifici nazionali e locali, sulle iniziative intraprese nei servizi pubblici e nei servizi del volontariato e del privato sociale; 2) «mettere in rete» gruppi, servizi, persone, competenze e risorse sia assistenziali sia formative; 3) elaborare proposte in termini politico-organizzativi; 4) fare azione di *advocacy* presso le istituzioni.

La rete Gris piemontese è particolarmente attiva e costituisce un'importante occasione di incontro e confronto tra le varie realtà operanti nel territorio torinese sui temi della migrazione e della salute. La rete Gris è una testimonianza concreta ed effettiva di come il lavoro di rete possa essere efficace.

5.1.2. Accettabilità culturale

I principali ostacoli di natura culturale che possono rendere difficoltoso l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione migrante sono, in larga parte, costituiti dalle differenti concezioni e significati che, nelle diverse culture, hanno termini come «malattia», «salute», «cura», «corpo», e via dicendo.

Non in tutte le culture, infatti, tali concetti sono vissuti allo stesso modo. Il modo con il quale ognuno di noi si rapporta con tali elementi è fortemente influenzato, per esempio, dal proprio bagaglio culturale, dall'ambiente nel quale si è cresciuti, dalla religione. Parimenti, il modo in cui il migrante si pone in rapporto con queste nozioni non può non influire notevolmente sulla possibilità di accedere e di fruire di un sistema sanitario che solo in parte può dirsi modellato lungo i contorni della multiculturalità.

In questo paragrafo verranno perciò in primo luogo presentati sinteticamente – a livello di mero inquadramento – alcuni esempi emblematici di barriere culturali che abbiamo raccolto nel nostro lavoro di ricerca. Lo scopo di questa prima parte è di dimostrare, tramite il racconto di casi tratti dall'esperienza concreta, come le differenze che esistono tra le varie culture possano trasformarsi in ostacoli all'accesso e alla fruizione dei servizi sanitari.

Successivamente, rifacendoci a quanto previsto dalla normativa internazionale in materia di diritto alla salute, si sottolineerà il ruolo centrale che, in base a quanto osservato sul campo, la mediazione culturale occupa nell'assicurare l'accessibilità culturale dei servizi sanitari. Allo stesso tempo, si cercheranno di approfondire le problematiche che affliggono tale professione e che la rendono più fragile e, talvolta, meno efficace e incisiva.

i) Le differenze culturali

In questo paragrafo si darà conto di alcune delle più comuni differenze culturali riscontrate nel corso della ricerca. Si sottolinea come, sebbene gli esempi riportati siano tratti dall'esperienza vissuta dagli operatori intervistati nella città di Torino, questi possano essere considerati con una certa sicurezza come esempi paradigmatici di barriere culturali che pressappoco in ogni parte di Italia – e forse di Europa – rendono difficoltosi l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte dei migranti. Conseguentemente l'analisi di questa sezione sarà meno legata alla realtà specifica della città di Torino, ma riguarderà più in generale la condizione dei migranti rispetto alle differenze culturali che ostacolano la piena realizzazione del loro diritto alla salute.

Una diversa concezione di malattia e di salute. Il primo esempio raccolto nel corso della ricerca riguarda la condizione di un bambino affetto da autismo originario di una zona rurale di un paese africano. Ci è stato raccontato che, nel suo villaggio di origine, la malattia era vista come un dono quasi divino tanto da rendere il bambino oggetto di venerazione da parte del resto della popolazione. Successivamente, una volta giunti in Italia, è stato comunicato alla famiglia che la condizione del bambino costituiva, in realtà, una grave malattia. Lo shock vissuto da questa famiglia è facilmente intuibile: da un giorno all'altro, il bambino è passato dall'essere oggetto di venerazione a vittima di una grave patologia. Questo esempio dimostra quanto distanti possano essere le visioni di malattia tra una cultura e l'altra.

Allo stesso modo si può utilmente fare riferimento a un altro esempio che ci è stato riportato nel corso delle interviste. Una mediatrice culturale ha spiegato come per molti migranti la malattia «esiste» solo nel momento in cui si presentino dei sintomi visivi o in qualche modo riscontrabili direttamente: ad esempio, è capitato che un cardiopatico non sia stato considerato come malato, proprio per l'assenza visiva di qualche elemento connotativo della patologia. Tale approccio ovviamente ha delle serie conseguenze anche in termini di cura e di aderenza alla terapia.

Affine a questo tema, vi è anche un altro esempio ricorrente nelle interviste condotte e che riguarda il modo in cui alcune donne vivono la gravidanza. Per molte donne migranti la gravidanza è vissuta come un periodo di ottima salute fisica, testimoniato proprio dall'essere divenute gravide. Considerato ciò, molte donne tendono a non compiere gli esami e gli accertamenti necessari per monitorare il decorso della gravidanza e la salute del bambino, proprio perché il rivolgersi al medico ed effettuare un esame clinico sono azioni solitamente associate alla malattia o comunque a una problematica di salute. Ci è stato riferito, in tal senso, che per il motivo descritto sovente molte donne non effettuano tutti gli esami previsti nel pe-

riodo della gravidanza andando incontro a possibili gravi complicanze che possono mettere in pericolo la loro salute e quella del nascituro²³.

A questo proposito, emblematico è il modo in cui nelle diverse culture è vista e vissuta la malattia mentale: ci è stato segnalato che per molte culture la malattia mentale, di fatto, non esiste: tali problematiche sono spesso associate a un intervento demoniaco/spiritico o comunque al mondo della magia. Allo stesso modo, anche nelle culture in cui la malattia mentale è invece riconosciuta, questa è tuttavia spesso ricollegata alla sola pazzia e all'internamento in istituti di igiene mentale di persone affette da psicosi particolarmente gravi: le problematiche di salute mentale sono perciò facilmente stigmatizzate in buona parte della popolazione migrante ed è intuibile come questo renda difficile individuarle e affrontarle, anche nel caso in cui siano di lieve entità. La differenza è tale che, come spiegarci da una psicoterapeuta, il ruolo del mediatore culturale è essenziale anche solo per spiegare al migrante il ruolo dello psicoterapeuta stesso, figura professionale che spesso nel paese di origine dei migranti non esiste del tutto.

Un ultimo esempio è dato dal modo di vivere le malattie infettive e, in particolar modo, l'Hiv/Aids. Alcuni intervistati hanno posto in risalto lo stigma associato a tale condizione e le possibili discriminazioni che ne possono conseguire. La paura di essere identificati come sieropositivi o malati di Aids frena molte persone – migranti e non solo – nel cercare *counselling* e nel sottoporsi agli esami clinici²⁴. Inoltre, ci è stato segnalato che lo stigma fa sì che spesso le persone non comunichino la loro condizione di salute per timore di conseguenze negative e di essere emarginati dalla comunità di appartenenza.

Una diversa concezione di cura. Dalle interviste condotte, è emerso che sovente i migranti vivono il proprio rapporto con «la cura» in maniera peculiare. Le sfaccettature riportateci sono numerose.

Innanzitutto, capita che migranti individuino nella cura una componente afferente al mondo della magia. A causa della scarsa conoscenza dei processi bio-medici, questa è vista come quel rimedio che certamente porterà la guarigione o il sollievo. Come noto, tuttavia, spesso le cure risultano non efficaci, possono essere sbagliate o, nella peggiore delle ipotesi, le malattie possono essere inguaribili. In mancanza di un dialogo efficace, questa situazione può generare grande frustrazione e disillusione nel paziente migrante. La mancanza o l'inefficacia della cura è letta talvolta come una mancanza di

²³ Si vedano, in tal senso, i dati riportati nel capitolo 4, *Lo stato di salute della popolazione migrante a Torino*.

²⁴ Commissione dei diritti umani, *The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health – Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt, Submitted in Accordance with Commission Resolution 2002/31, UN Doc. E/CN.4/2003/58 del 13 febbraio 2003*, p. 17.

volontà da parte del personale medico di risolvere il problema di salute specifico. Allo stesso modo, il migrante tende talvolta a pretendere dal medico un rimedio «miracoloso», pretesa che ovviamente non può essere soddisfatta.

Nell'affrontare il tema in questione non si può non fare riferimento anche all'esistenza e all'utilizzo da parte dei migranti di medicine e pratiche tradizionali. Molte delle persone intervistate hanno confermato l'utilizzo diffuso da parte dei migranti di medicine o metodi cosiddetti tradizionali. In mancanza di dati quantitativi in merito, è difficile valutare l'estensione di tale fenomeno, anche considerando che, dalle interviste condotte, non risulta emergere con chiarezza una lettura univoca. Molti intervistati, da un lato, riconoscono infatti l'esistenza di tale fenomeno, ma divergono, dall'altro, circa la diffusione dello stesso. Alcuni intervistati hanno ridimensionato la questione affermando che, nella loro esperienza, i migranti sono soliti impiegare tali trattamenti solo per le problematiche quotidiane, per rivolgersi, invece, ai servizi sanitari qualora insorga una patologia grave.

Sintetizzando, pare comunque emergere con una certa sicurezza l'esistenza e l'utilizzo di medicine o pratiche tradizionali, anche solo saltuario, da parte di alcuni segmenti della popolazione migrante. Tale fenomeno risulta poi particolarmente diffuso tra certe popolazioni, quali i cinesi e gli africani originari dell'area sub-sahariana: in particolar modo, in queste comunità sembra diffusa la presenza di medici o curatori tradizionali. A tal riguardo, ci è stato riferito il caso di alcuni migranti africani disposti addirittura a viaggiare per l'Italia per raggiungere medici tradizionali residenti in altre città italiane e noti all'interno della loro comunità.

La preferenza di alcuni migranti per le medicine e i metodi di cura tradizionali non deve necessariamente essere interpretata come una volontà di non integrarsi o una sfiducia nei confronti della medicina occidentale. Nella maggior parte dei casi, come segnalati in particolare da alcuni mediatori culturali da molti anni in Italia, è sovente solo il sintomo di una difficoltà di adattamento che di per sé non si può che considerare fisiologica: il cambiamento è un processo lungo e lento e nel corso di questo è verosimile immaginare che molti migranti si sentano più propensi a rivolgersi ai metodi noti e familiari. A tal riguardo, inoltre, non si può non considerare il ruolo ricoperto dalle difficoltà di comunicazione. A causa di una scarsa conoscenza della lingua italiana e della scarsa accessibilità linguistica dei servizi sanitari²⁵ – sommata alla generale difficoltà di adattamento a cui si è fatto riferimento – alcuni migranti possono sentirsi più tranquilli nel rivolgersi ai curatori o ai rimedi diffusi all'interno della loro comunità. Quanto appena affermato pare essere il caso, in base a quanto riportatoci da numerosi intervistati, della comunità cinese, per la quale, come noto, l'ostacolo linguistico risulta particolarmente significativo.

²⁵ Si veda *infra*, il par. 5.1.3, *Accessibilità*.

Di per sé, l'utilizzo di medicine o pratiche tradizionali non costituisce un impedimento alla realizzazione del diritto alla salute dei migranti. Al contrario, il requisito dell'accettabilità culturale richiede che i servizi sanitari siano aperti alla multiculturalità e che non si escluda, ove opportuno, l'integrazione di medicine o pratiche originarie di altre culture²⁶. Dopotutto, non bisogna ritenere la medicina bio-medica di stampo occidentale l'unica «medicina» possibile: molti rimedi e pratiche originarie di altre medicine sono assolutamente sicure ed efficaci. In ogni caso, ciò che si può ragionevolmente sottolineare è il ruolo essenziale dell'informazione. Solo tramite la diffusione di informazioni corrette e precise si può tentare di integrare, ove opportuno, alcuni metodi o pratiche tradizionali nel modello bio-medico, tentando al contempo di scongiurare l'impiego di quei metodi che invece risultano dannosi per la salute.

Una diversa concezione di corpo. È interessante riportare come anche la corporeità non sia vissuta allo stesso modo nelle diverse culture. Un caso emerso più volte nel corso delle interviste vede le popolazioni sub-sahariane avere un rapporto anomalo, secondo gli standard occidentali, con il dolore. Alcuni medici ci hanno raccontato delle difficoltà incontrate nel procedere con dei semplici trattamenti, quali un'iniezione o un'anestesia locale, proprio a causa della reazione anomala nei confronti del dolore e della sofferenza fisica. L'infrangere l'integrità del corpo anche con una semplice e innocua iniezione può causare un turbamento notevole.

Una diversa concezione del rapporto individuo-sistema sanitario. Come noto, la *forma mentis* di un individuo può essere modellata anche da fattori altri che non il solo substrato culturale. A quest'ultimo si possono affiancare elementi quali il contesto storico, sociale e politico, che in termini diversi possono influenzare il modo in cui un individuo vede e si rapporta con l'ambiente circostante. In tal senso, in numerose occasioni è stato sollevato un problema particolare concernente il modo in cui i migranti provenienti da determinati paesi vedono il sistema sanitario nazionale italiano.

La sanità in molti paesi non è pubblica, o comunque la sanità privata risulta essere di livello superiore rispetto all'eventuale servizio pubblico. Ci è stato segnalato, in numerose occasioni, come molti migranti provenienti da paesi caratterizzati da una situazione simile, guardino con sospetto ai servizi sanitari pubblici italiani. In alcune occasioni ci è stato detto a chiare lettere che la percezione è quella di un servizio di seconda scelta, in quanto pubblico e gratuito. Inoltre, altri migranti hanno una visione ancor più distorta che porta loro a credere che certi servizi siano stati pensati esplicita-

²⁶ Si veda *infra*, punto ii), *Il diritto alla salute e l'accettabilità culturale: il ruolo essenziale del mediatore culturale*.

mente per curare i migranti e proprio per questo di qualità inferiore. In tal senso, ci sono stati segnalati più volte i consultori come esempi di servizi ritenuti di qualità inferiore e non destinati a servire la popolazione italiana in egual misura. Un tale atteggiamento verso il servizio sanitario pubblico mostra come anche il bagaglio socio-politico culturale di un individuo possa costituire un ostacolo all'accesso e alla fruizione dei servizi sanitari esistenti. Tale distorsione, inoltre, colpisce in maniera trasversale tra le diverse fasce sociali: tale percezione, in base a quanto riscontrato, pare non colpire solo le fasce meno istruite, ma anche indistintamente i migranti con un livello di istruzione superiore. Tale problematica dimostra ancora una volta come il processo di adattamento di un migrante a un nuovo contesto sia di per sé problematico: anche il migrante con più strumenti (istruzione, cultura, e via dicendo) avrà con ogni probabilità bisogno di un periodo di adattamento – che sarà più o meno lungo a seconda delle caratteristiche personali – necessario anche a discostarsi da alcune eredità derivanti dal proprio background sociale, politico e culturale. Ancora una volta, lo strumento essenziale per facilitare il processo di adattamento non può essere che la diffusione capillare di informazioni corrette²⁷ in modo da limitare, per quanto possibile, visioni distorte quali quella in analisi.

Un altro problema che vale la pena evidenziare in questa sede è «l'aspettativa di salute» talvolta non realistica del migrante. Numerose volte ci è stato segnalato che molti migranti vedono l'Italia come un luogo in cui si può guarire da ogni malattia o in cui i medici possono risolvere i problemi di salute con la prescrizione di una semplice medicina. Queste aspettative, evidentemente infondate ed esagerate, creano tuttavia frustrazione e tensione nel migrante: la percezione, per quanto sbagliata, esiste e il vedere tale aspettativa disattesa – a causa del ripetersi, per esempio, di eventuali esami o dei tentativi di terapia che magari non portano risultati – può avere conseguenze notevoli. A tal fine, ci è stato riportato l'esempio di una famiglia migrante con una bambina affetta da cardiopatia: la minore, a causa della patologia, aveva subito numerosi interventi e seguito diverse terapie, misure che tuttavia non potevano garantirne la guarigione. In questo caso i genitori vissero in maniera estremamente difficile tale situazione proprio perché interpretavano la mancata guarigione della bambina come una mancanza di impegno o di volontà da parte dei medici, non accettando invece che i problemi di salute della figlia erano di difficile risoluzione *tout court*.

Di nuovo, anche in questi casi l'unica soluzione è nel rafforzare i canali di informazione e nel ritagliare uno spazio sufficiente per il mediatore culturale nel rapporto medico/paziente, in modo che interceda nei termini migliori spiegando al paziente migrante il quadro completo.

²⁷ Vedi per approfondimenti il par. 5.1.3, *Accessibilità*.

Le differenze sui ruoli di genere. In numerosi casi è stata posta in evidenza la condizione di particolare vulnerabilità delle donne. Come è noto, in contesti culturali differenti, il ruolo della donna e il grado di indipendenza variano notevolmente. Tale situazione si tramuta talvolta in un ostacolo grave all'accesso e alla fruizione dei servizi sanitari da parte delle donne migranti. Molti intervistati hanno affermato che in numerosi casi le donne migranti, specialmente se provenienti dal Maghreb, hanno difficoltà nel rivolgersi da sole al servizio sanitario. Sovente per recarsi presso i servizi sanitari devono attendere che il marito sia libero e possa accompagnarle. Allo stesso modo, si può fare riferimento al noto caso concernente le visite ginecologiche da parte di personale sanitario maschile e che risulta tuttora molto diffuso: sovente i mariti delle donne migranti non permettono lo svolgersi della visita.

Le differenze su temi sensibili. Altre differenze culturali rilevanti possono individuarsi nei casi in cui si debbano affrontare alcuni temi sensibili, in cui spesso il credo religioso gioca un ruolo fondamentale. Esempi classici sono l'interruzione volontaria di gravidanza, le trasfusioni e i trapianti. Alcune religioni pongono infatti limitazioni a tali pratiche. Si noti tuttavia che questioni simili riguardano sovente anche persone italiane. Ai fini di questo capitolo è importante sottolineare l'importanza del ruolo del mediatore culturale affinché siano date al migrante coinvolto tutte le informazioni e affinché questi sia messo nelle condizioni di fare una scelta consapevole.

Altre differenze culturali. Vi sono, infine, altre differenze culturali non classificabili nelle categorie di cui sopra. Un esempio classico è il concetto di *orario e puntualità*. In molte culture la puntualità non è un elemento imprescindibile nei rapporti sociali come invece accade nella nostra società. Tuttavia, è evidente come il mancato rispetto degli orari renda difficile la piena fruizione dei servizi sanitari. Nuovamente, anche in questo caso, il ruolo del mediatore culturale è molto utile per cercare di spiegare le differenze nell'organizzazione e nel funzionamento di alcuni elementi cardine della società nella quale viviamo e nel far comprendere al paziente migrante che il rispetto degli orari e della puntualità è un requisito essenziale per la fruizione dei servizi.

ii) Il diritto alla salute e l'accettabilità culturale: il ruolo essenziale del mediatore culturale

Come affermato chiaramente nel Commento generale n. 14, di cui si è ampiamente detto in precedenza²⁸, tutte le infrastrutture, i beni e i servizi in ambito sanitario devono essere appropriati dal punto di vista culturale, vale a dire rispettosi delle culture degli individui, delle minoranze, dei popoli e delle comunità.

La necessità di garantire l'appropriatezza culturale dei servizi sanitari come elemento essenziale del diritto alla salute è affermato anche da esperti internazionali. Basti a tal fine citare Paul Hunt e Gunilla Backman che hanno riconosciuto l'importanza di prendere in considerazione le diverse concezioni, esistenti a livello locale, di salute e malattia al fine di facilitare l'accesso ai servizi sanitari da parte di tutti i gruppi della popolazione²⁹.

Tale affermazione non può certamente essere interpretata come un'imposizione in capo agli Stati di modellare il sistema sanitario secondo i contorni di tutte le possibili culture potenzialmente rappresentate nel loro territorio. Sarebbe certamente un obiettivo irraggiungibile, non auspicabile e non in sintonia con quanto previsto dai diritti umani a livello internazionale.

Ciò che invece può essere legittimamente richiesto alle autorità competenti, agli operatori sanitari e più in generale a tutto il sistema sanitario è che, in primo luogo, prendano coscienza appieno della multiculturalità della nostra società. Nell'obbligo in capo agli Stati di fornire agli operatori del settore sanitario una formazione/informazione corretta e sufficiente è certamente ricompreso il dovere di dare una formazione sull'etnicità e sulla multiculturalità in grado anche di sviluppare una sensibilità del personale a questi temi³⁰. I servizi offerti devono infatti essere rispettosi dell'etica medica e appropriati dal punto di vista culturale³¹. A livello concreto, è legittimo ritenere che ciò significhi, innanzitutto, adottare un approccio di apertura nei confronti delle culture diverse. Ad un medico o a un altro operatore nel sistema sanitario (anche a livello amministrativo, burocratico) non è richiesto di conoscere tutte le culture dei potenziali pazienti, bensì di adottare un approccio di apertura e di rispetto verso le culture diverse e di non escluderle aprioristicamente.

Tutto il personale impiegato nel settore sanitario, dagli amministrativi ai medici, dall'uscieri all'infermiere deve essere preparato a interagire nel

²⁸ Per approfondimenti si veda il capitolo 2, *Il diritto alla salute*.

²⁹ P. Hunt, G. Backman *et al.*, *Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries*, in «The Lancet», vol. 372, n. 9655, 2008, pp. 2047 ss.

³⁰ Consiglio per i diritti umani, *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, Paul Hunt, UN Doc. A/HRC/7/11 del 31 gennaio 2008, par. 44.

³¹ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14*, cit., par. 12 (c).

migliore dei modi con pazienti di diverse culture³². L'offrire servizi sanitari in una società multiculturale richiede formazione specifica sulla multiculturalità, capacità di relazionarsi con l'altro in maniera paziente e aperta, disponibilità all'ascolto e a dedicare, se necessario, più tempo del solito. Molti intervistati riportavano le lamentele diffuse dei migranti rivolte esattamente contro la mancanza di pazienza degli operatori e la sbrigatività. Tali atteggiamenti sono estremamente dannosi: ostacolano e scoraggiano l'accesso della popolazione migrante ai servizi sanitari e fanno venir progressivamente meno un requisito essenziale per una sana relazione tra il settore sanitario e l'utenza straniera, vale a dire la fiducia. Il paziente migrante deve essere fiducioso che presso i servizi riceverà i trattamenti sanitari di cui ha bisogno e che sarà trattato con rispetto. Senza giungere a casi di vera e propria discriminazione, anche una generalizzata insensibilità verso la particolare condizione dei migranti può «alienare» tali individui dal servizio facendo venir meno un senso di appartenenza³³. Episodi apparentemente marginali di scarsa attenzione e sensibilità nei confronti della popolazione migrante, possono avere degli effetti seri sul rapporto di fiducia tra popolazione migrante e servizi sanitari: il racconto di tali episodi si diffonde con facilità all'interno della comunità migrante influenzando negativamente altre persone.

È perciò necessario sottolineare, ancora una volta, che il rispetto per la diversità, l'apertura verso la multiculturalità, l'attenzione verso i bisogni specifici di salute e verso i determinanti sociali che influiscono sulla condizione di salute dei migranti devono essere elementi alla base delle politiche sanitarie.

In tal senso, particolarmente rilevante appare essere quanto emerso in numerose interviste circa la capacità dei Dipartimenti e dei Centri di salute mentale di rispondere adeguatamente alla multiculturalità. Molti intervistati hanno, infatti, sottolineato l'insufficiente integrazione della componente culturale nell'approccio terapeutico e, più in generale, la scarsa capacità a rispondere alla multiculturalità dell'utenza. A questo riguardo, ci è stato segnalato, per esempio, l'utilizzo in certe occasioni dei test di Rorschach (strumento per l'indagine della personalità) e della scala di Leiter (strumento impiegato solitamente per la misurazione dell'intelligenza di bambini con ritardo mentale o con disturbi verbali-uditivi o del comportamento) con pazienti migranti. Come spiegaroci, i risultati di tali test possono non essere attendibili se somministrati a migranti, a causa dello «sfalsamento» dato dalle diversità culturali.

³² In tal senso, si veda anche il par. 5.1.3, punto *iii*) sul ruolo del personale del settore sanitario e l'informazione sui diritti dei migranti e sui servizi sanitari.

³³ Organizzazione mondiale della sanità, *How Health Systems Can Address Health Inequalities Linked to Migration and Ethnicity*, Copenhagen, Who Regional Office for Europe, 2010, p. 19.

A causa della scarsa adeguatezza culturale dei servizi di salute mentale, molti pazienti stranieri hanno difficoltà nel trovare in questo tipo di esperienza terapeutica una risposta adeguata alla propria rappresentazione della malattia, di sintomi, di cura e via dicendo. Questa situazione rischia di svuotare completamente di efficacia, rispetto ai bisogni dei migranti, i servizi sanitari in tale ambito, andando a compromettere il godimento stesso del loro diritto alla salute.

La necessità di fornire un servizio adeguato alle diverse rappresentazioni culturali e la richiesta da parte della popolazione migrante di ricevere un servizio che risponda a queste caratteristiche spiega la proliferazione e il successo riscontrato da parte delle diverse realtà del privato sociale nella città di Torino che si occupano, per l'appunto, di fornire assistenza psicologica ai migranti in un contesto e tramite un modello che sia culturalmente appropriato alle loro specificità.

Il mediatore culturale. Allo stesso modo, in secondo luogo, i servizi devono avere la flessibilità di adattarsi caso per caso alle peculiarità dei singoli pazienti migranti, non rimanendo vincolate a una visione univoca del servizio sanitario. A tal fine non si può ancora una volta non riconoscere il ruolo centrale del mediatore culturale nel rapporto operatore sanitario-paziente migrante. È legittimo vedere nel mediatore l'unico vero «strumento-ponte» in grado di rendere il suddetto rapporto più facile e più soddisfacente per entrambe le parti. Il mediatore può essere, infatti, quella figura in grado di fornire se il caso lo richiede l'assistenza linguistica necessaria ad un dialogo, ma ancora più, in secondo luogo, di far incontrare le due diverse culture che rischiano altrimenti di non «incontrarsi». Come già detto, il mediatore culturale ideale è colui che riesce a svolgere quella funzione di «ponte» tra le diverse culture del paziente migrante e dell'operatore sanitario. Il ruolo del mediatore, ai nostri occhi, non dovrebbe essere quello di «piegare» il migrante a seconda delle caratteristiche del sistema o quello di annullare le caratteristiche del sistema in nome delle esigenze del singolo paziente. Al contrario, la sua funzione è quella di far incontrare l'operatore sanitario – in qualità di espressione del sistema – e il migrante ad un ulteriore livello costituito dall'incontro delle due specificità.

La presenza di un mediatore culturale preparato e «forte» è l'elemento essenziale di un sistema sanitario che si possa dire «culturalmente appropriato», secondo i termini del Commento generale n. 14.

Ovviamente affinché il mediatore sia in grado di svolgere efficacemente questo ruolo centrale in una società multiculturale come la nostra, è tuttavia necessario che la sua figura professionale sia forte e qualificata. Il mediatore ha bisogno di un'ottima formazione, di un riconoscimento sociale e professionale, di un giusto compenso. La professione così come è strutturata allo stato attuale non risponde appieno a queste esigenze. Si rimanda al paragrafo successivo per una disamina più approfondita delle problematiche

che riguardano la professione del mediatore e che, allo stato attuale, impediscono al nostro sistema sanitario di essere adeguatamente appropriato dal punto di vista culturale.

Bisogna infine sottolineare un ulteriore aspetto che riguarda più da vicino il modo in cui il mediatore è «utilizzato» dalle strutture sanitarie. A livello organizzativo spesso i mediatori sono presenti in numeri troppo bassi rispetto alle richieste o in fasce orarie non adeguate. Negli ospedali e nei Pronto Soccorso principali il flusso principale di stranieri risulta avvenire, in base a quanto riferitoci, principalmente la sera e nei weekend. Questo accade soprattutto per motivi di natura sociale: come segnalatoci in numerose occasioni, durante il giorno e durante i giorni lavorativi il migrante, se lavoratore, ha maggiori difficoltà a ottenere dei permessi. Inoltre, le donne migranti appartenenti ad alcune culture sono maggiormente propense ad attendere che i mariti rientrino dal lavoro prima di recarsi dal medico. L'offerta di mediazione culturale dovrebbe perciò essere maggiormente tarata sulla base dell'analisi di questi flussi.

È importante sottolineare, anche se potrebbe sembrare superfluo, come nella nostra visione il ruolo del mediatore culturale debba andare (salvo casi particolari) ben oltre la mera traduzione linguistica. Il supporto in termini di «abbattimento delle barriere culturali» è il vero fulcro della professione del mediatore e ne costituisce l'elemento imprescindibile. Come espresso da un pediatra che lavora a stretto contatto con i migranti e con la mediazione «la mediazione culturale è un valore aggiunto», perché permette all'utenza di sentirsi più sicura, trasmette fiducia ed equilibrio nel rapporto medico/paziente.

Prima di approfondire i problemi che indeboliscono la figura del mediatore, bisogna sottolineare come egli occupi un ruolo importante anche al di fuori del contesto sanitario. Il mediatore costituisce spesso un punto di riferimento importante all'interno delle comunità di appartenenza: il mediatore è spesso guardato con rispetto e ascoltato da tutti i membri di una data comunità. Questo fenomeno è di grande importanza considerato il contributo che egli può conseguentemente dare in termini di diffusione dell'informazione. Il mediatore può essere, infatti, uno dei canali principali, nonché tra i più affidabili, per «introdurre» le informazioni all'interno delle comunità di migranti. Facendo in modo che i mediatori abbiano una formazione solida, che abbiano le informazioni corrette – non solo in materia sanitaria ma anche su altri temi di interesse per i migranti (servizi sociali, abitazione, scuola e via dicendo) – si può facilitare la trasmissione di informazioni corrette all'interno della comunità, il principale strumento di informazione nelle comunità migranti risultando essere, secondo quanto emerso dalla ricerca, il passaparola³⁴.

³⁴ Si rimanda al par. 5.1.3, punto *iii*), per un'analisi più approfondita del ruolo dell'infor-

iii) Il nodo della mediazione culturale

Nonostante il ruolo centrale che la mediazione culturale occupa nel garantire il rispetto e la realizzazione del diritto alla salute della popolazione migrante, la professione del mediatore presenta una serie di gravi fragilità che ne minano l'efficacia.

Una professione fragile. Il primo problema da segnalare è che la professione di mediatore non è sufficientemente riconosciuta a livello «formale»: nonostante alcuni importanti passi positivi compiuti negli ultimi anni³⁵, soprattutto volti a chiarire quello che dovrebbe essere il percorso formativo ideale di un mediatore culturale, ad oggi tali indicazioni risultano non pienamente applicate a livello pratico. Inoltre continua a permanere la mancanza di un albo professionale nazionale. Tale questione ha delle chiare implicazioni in termini di «valore» della professione (nonché in termini di retribuzione economica), di tutela professionale, di riconoscibilità anche a livello sociale. Tutto ciò, oltre a rendere fragile la professione dal punto di vista formale, mina anche le motivazioni e l'entusiasmo del singolo: è facilmente intuibile come una persona che non percepisce la propria professione riconosciuta e valorizzata – seppur occupi una posizione di rilievo – più facilmente non sentirà la spinta a migliorarsi o a tenersi aggiornata, per fare al meglio il proprio lavoro.

Ci è stato segnalato, inoltre, che le opportunità di lavoro per i mediatori risultano sempre più scarse. Secondo quanto comunicatoci da una delle persone intervistate, fino al 2008 a Torino si formavano fino a 100 nuovi mediatori l'anno. Il mercato non è stato tuttavia in grado di assorbire questi numeri.

Un'ulteriore questione rende particolarmente precaria questa figura professionale. I mediatori culturali non sono assunti direttamente, nella maggior parte dei casi, dai servizi sanitari ai quali forniscono la loro professionalità. Vi è solitamente l'intermediazione di cooperative che, una volta aggiudicati l'appalto con la struttura sanitaria, assumono i mediatori e forniscono le prestazioni dei mediatori ai servizi. Le cooperative fungono perciò da tramite tra i mediatori e l'azienda ospedaliera. La scelta delle cooperative da parte dei servizi avviene per appalto.

mazione nella realizzazione del diritto alla salute della popolazione migrante e dei modi più efficaci per diffonderla.

³⁵ Si veda, *inter alia*, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, *Riconoscimento della figura professionale del mediatore interculturale*, 09/030/CR/C9, 8 aprile 2009; si veda anche Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, Organismo nazionale di coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri, *Mediazione e mediatori interculturali: indicazioni operative*, 2009.

La questione dell'accesso dei lavoratori extracomunitari al pubblico impiego è complessa e controversa e non a caso, da alcuni anni ormai, è sempre più oggetto di controversie giurisprudenziali, di cui tuttavia non ci si occuperà nello specifico in questa sede. Ai fini della presente analisi, basti dire che, generalmente, ciò che impedisce ad un mediatore culturale extracomunitario di essere assunto dal servizio pubblico è la mancanza della cittadinanza italiana. Non intendendo ora dare valutazioni circa l'opportunità di mantenere il divieto per i lavoratori stranieri, principalmente extracomunitari³⁶, di accedere al pubblico impiego, non si può ai fini di questa ricerca non evidenziare come tale condizione influenzi negativamente la situazione lavorativa dei mediatori culturali assunti tramite l'intermediazione di cooperative. In base a quanto raccolto nel corso delle interviste, si è potuto constatare come la posizione del mediatore sia piuttosto precaria: gli appalti sono in genere infatti di durata piuttosto breve (in media circa 3 anni) e allo scadere di questi non si ha generalmente alcuna garanzia di essere confermati. È infatti possibile che subentri una flessione nella richiesta di mediatori per una certa nazionalità e che la struttura sanitaria non ritenga più necessario tale servizio. Inoltre le cooperative sovente non hanno l'incentivo a formare ulteriormente i mediatori, essendo generalmente il criterio in base al quale l'appalto viene assegnato loro un criterio puramente economico. Formare e continuare a formare nel tempo un mediatore ha dei costi e le cooperative non hanno alcun vantaggio economico a farlo.

La formazione. Dalle interviste condotte emerge che uno dei nodi più rilevanti circa la professione del mediatore culturale riguarda la formazione. Il primo aspetto da sottolineare è che, nonostante gli sforzi impiegati a livello nazionale per definire i percorsi formativi da adottare³⁷, questi, a detta di molti operatori del settore, risultano ancora sovente insufficienti.

La prima rimostranza che abbiamo raccolto è che i programmi di formazione sono di fatto spesso datati: in base a quanto indicatoci da molti mediatori intervistati, i programmi di formazione adottati sono sostanzialmente invariati da vent'anni a questa parte. All'inizio degli anni Novanta, all'affermarsi del fenomeno migratorio in Italia, alcune persone e associazioni hanno realizzato a fini sperimentali un primo schema di programma di formazione. Questo stesso schema è rimasto pressoché invariato negli anni e continua ad essere seguito per formare i mediatori oggi.

³⁶ L'art. 38 del d.lgs. 20 marzo 2001, n. 165 prevede che i cittadini degli Stati membri dell'Unione europea possano accedere ai posti di lavoro presso le amministrazioni pubbliche che non implicano esercizio diretto o indiretto di pubblici poteri ovvero non attengono alla tutela dell'interesse nazionale. L'elenco di posti e funzioni riservabili ai soli cittadini italiani è contenuta nel d.p.c.m. 7 febbraio 1994, n. 174, *Regolamento recante norme sull'accesso dei cittadini degli Stati membri dell'Unione europea ai posti di lavoro presso le amministrazioni pubbliche*.

³⁷ Vedi *supra*, nota 36.

Il fenomeno migratorio in Italia è cambiato radicalmente – sia in termini quantitativi sia in termini qualitativi – nel corso degli ultimi due decenni. È irragionevole pensare che uno schema di programma formativo sviluppato vent'anni fa possa – per quanto di ottima qualità – perdurare fino ad oggi, a maggior ragione in presenza di chiare indicazioni circa i percorsi formativi da attuare³⁸.

Inoltre, alcuni dei mediatori che abbiamo intervistato hanno posto in rilievo la scarsa preparazione specifica in materia di mediazione di molti insegnanti. I docenti che dovrebbero formare i nuovi mediatori hanno in realtà un'idea limitata di quali siano le implicazioni concrete e la quotidianità di questa figura professionale, non riuscendo perciò a dare loro gli strumenti necessari per prepararsi al meglio.

Bisogna tuttavia segnalare come una formazione insufficiente dei mediatori lasci ancora più spazio all'aleatorietà: la possibilità di diventare un buon mediatore dipende in gran parte dalle doti della singola persona e la formazione fornita non può compensare eventuali carenze individuali.

A tal fine è anche opportuno porre in evidenza la necessità, sottolineata da alcuni intervistati, di formare il mediatore all'imparzialità. Considerato il ruolo importante ricoperto dal mediatore nella relazione tra medico e paziente migrante e considerata la possibilità che si debbano affrontare temi eticamente sensibili, quali l'interruzione volontaria di gravidanza, è certamente fondamentale che questi sia adeguatamente formato a non influenzare in alcun modo la decisione del paziente, limitandosi a trasmettere l'informazione data dal medico, affinché la scelta sia consapevole e autonoma.

L'ultima notazione da riportare concerne la necessità di fornire una preparazione adeguata al mediatore considerando anche la grande responsabilità che sovente si assume. Un esempio riportato in tal senso, riguarda il caso di un mediatore che ha sbagliato a tradurre il dosaggio di un medicinale da somministrare a un bambino. Il dosaggio comunicato dal mediatore avrebbe potuto risultare letale. Questo caso mostra con chiarezza il grado di responsabilità che i mediatori talvolta devono accollarsi e sottolinea, ancora una volta, la necessità che si fornisca loro la migliore formazione possibile. Proprio quest'ultimo esempio pone in evidenza un ulteriore requisito, che a ben vedere è il primo e più basilare, che deve necessariamente caratterizzare la formazione di un mediatore culturale: la conoscenza adeguata della lingua italiana³⁹. È evidente che in assenza di tale requisito il lavoro del mediatore non possa ritenersi sufficiente: la comunicazione tra il personale medico e il mediatore sarà difficoltosa, non vi sarà da parte dei primi la sicurezza che

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ Si veda in tal senso Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, *Mediazione e mediatori interculturali*, cit., p. 3.

l'informazione sia stata compresa appieno dai secondi e trasmessa in maniera corretta al paziente, aprendo le porte a situazioni quali quella descritta nell'esempio precedente.

Resistenza alla mediazione. È stato segnalato da alcuni intervistati come in taluni ambiti ci sia una certa resistenza alla figura del mediatore.

Ci è stato segnalato che ciò accada in alcune strutture sanitarie/ospedaliere, in cui la mediazione viene vista come un costo aggiuntivo sul quale si può risparmiare. Considerata la posizione di rilievo di cui si è detto in precedenza, tale professione non può essere vista solo in termini economici. Oltretutto, a ben vedere, il mediatore può contribuire anche a contenere indirettamente le spese di una struttura sanitaria, fornendo per esempio quel supporto utile ad evitare un ricovero o un esame non necessari. A tal fine riportiamo, a titolo di esempio, quanto riferitoci da un medico di un importante ospedale torinese il quale ha spiegato che l'assenza del mediatore può complicare notevolmente la diagnosi da parte del medico. Questo spinge spesso il personale sanitario a ordinare esami supplementari per cercare di fugare dubbi, esami che sovente sarebbero evitabili con il supporto del mediatore.

Sotto un altro profilo – che tocca tangenzialmente il già citato problema della mancanza di riconoscimento – si deve sottolineare la proposta di sostituire la mediazione culturale «di persona» con un servizio via telefono. Per quanto siano comprensibili le ragioni di riduzione delle spese e di contenimento dei costi, questa soluzione non è opportuna. Non si vede come il servizio offerto dal mediatore possa essere completo mancando la componente del rapporto personale diretto. Se si considera inoltre anche il ruolo di responsabilità non solo etico/morale che ricopre il mediatore (spesso deve apporre la firma insieme al personale medico sul consenso informato per pazienti stranieri), si capisce come questo ruolo non possa essere sostituito da un servizio telefonico.

Difficoltà di interazione con pazienti e medici. Sebbene la maggior parte dei mediatori intervistati, nel complesso, ritenga che il loro ruolo venga compreso e apprezzato dagli operatori sanitari e dai pazienti, talvolta sorgono delle difficoltà nell'interazione con questi soggetti.

Per quanto riguarda la relazione con gli operatori medici, molti dei mediatori intervistati percepiscono un certo grado di diffidenza, da parte di questi, nei confronti di quelle figure che indossano un camice pur non essendo medici, come per l'appunto capita per i mediatori.

Al di là di questa diffidenza superficiale, talvolta si registrano difficoltà di coordinamento e di integrazione tra le due professioni. Capita che il medico veda la figura del mediatore come un elemento di interferenza nella relazione medico-paziente piuttosto che un aiuto e che ritenga, perciò, che

questi debba limitarsi alla mera traduzione⁴⁰. Certamente l'ostacolo linguistico è rilevante e il mediatore gioca, traducendo laddove necessario, un ruolo fondamentale. Tuttavia è sbagliato vedere il ruolo di questi limitato all'ambito della traduzione: prendendo in prestito le parole di una mediatrice, la mediazione va oltre la mera traduzione della lingua in quanto «fa capire perché le persone sentono una cosa, perché seguono o non seguono la cura, che cosa credono».

Inoltre, a un livello più generale, talvolta le difficoltà di integrazione tra medico e mediatore sono più che altro dovute a mancanza di tempo. Lavorare in concerto con un'ulteriore figura professionale richiede tempo e sovente capita che questo non ci sia.

Talvolta alcune incomprensioni possono sorgere, invece, con i pazienti migranti. In primo luogo, un possibile problema sorge proprio dall'utilizzo del camice da parte del mediatore. Questo indumento può creare, infatti, una distanza tra il mediatore e il paziente. In secondo luogo, accade talvolta che il paziente non accetti di essere assistito da un mediatore della sua stessa nazionalità. Questo accade poiché molte comunità di migranti sono piuttosto piccole e coese: può capitare che un migrante abbia timore nel condividere le sue problematiche di salute – in particolar modo se riguardanti aree sensibili quali la salute riproduttiva – per il timore che il mediatore possa riferire al resto della comunità i problemi o comunque per un senso di pudore essendo la persona del mediatore nota o comunque inserita in un ambiente vicino. A tal fine è necessario rinforzare «l'indipendenza» del mediatore agli occhi del paziente informando con chiarezza circa l'esistenza del segreto professionale e delle conseguenze che comporta la violazione di tale segreto.

Conclusione. Come già si è avuto modo di sottolineare, in seguito alla ricerca condotta sul campo, si ritiene che la mediazione culturale rivesta un ruolo centrale nel modo di garantire l'accettabilità culturale dei servizi sanitari che, come si è visto, costituisce uno dei pilastri del contenuto normativo del diritto alla salute. La mediazione culturale fornisce ai servizi sanitari il grado di flessibilità necessario per poter affrontare, nel rispetto dei diritti fondamentali, i diversi casi che quotidianamente giungono alla loro attenzione. Come si è avuto modo di vedere, tuttavia, alcuni punti critici – quali il riconoscimento professionale, la formazione e via dicendo – indeboliscono notevolmente questa figura professionale, limitandone l'efficacia. Richia-

⁴⁰ È opportuno sottolineare come talvolta, in casi particolari, il mediatore possa doversi limitare alla sola traduzione: questo è il caso delle situazioni di emergenza o delle mediazioni al Pronto Soccorso. In questi casi è importante che le informazioni vengano trasmesse il più velocemente possibile e soprattutto che gli operatori sanitari siano posti nelle condizioni di avere tutte le informazioni nel minor tempo possibile.

mando i progressi già compiuti negli ultimi anni, il porre rimedio a tali problemi deve divenire una priorità per le autorità competenti.

Allo stesso modo, per quanto riguarda l'organizzazione a livello strutturale e finanziario dei servizi sanitari, è quanto mai auspicabile che la centralità del ruolo della mediazione culturale sia finalmente riconosciuta senza tentennamenti. È opportuno, innanzitutto, che la mediazione sia finalmente considerata un servizio imprescindibile e certamente non sostituibile con strumenti più economici, quali un *call center*. I mediatori devono essere presenti in numero sufficiente presso tutti i servizi sanitari, coprire le culture maggiormente rappresentate nella città di Torino, ed essere presenti in quelle fasce orarie in cui l'analisi dei flussi indica che l'afflusso di migranti è maggiore.

BOX 7. *Il mediatore culturale come elemento centrale per una pratica medica fondata sull'interculturalità* (di Eros Brunone Avena)

Dal nostro lavoro sul campo è emerso che tanto il mondo dell'associazionismo, quanto quello medico-istituzionale, da anni si stanno muovendo verso un approccio interculturale alla medicina, volto a favorire l'accesso dei migranti ai servizi socio-sanitari locali. Tuttavia gli stessi operatori lamentano di dovere far fronte ad una quotidianità lavorativa sempre più dominata da una logica di tagli al bilancio, riflesso di una politica sanitaria sempre più incapace di comunicare e ascoltare le esigenze e le richieste, non solo dei migranti, ma anche dei suoi stessi operatori socio-sanitari. Se da una parte osserviamo un irrigidimento da parte delle istituzioni, che si riflette in una contrazione crescente dei servizi sociali, assistenziali e sanitari messi a disposizione, dall'altra invece notiamo un aumento delle esigenze dei migranti, i quali ricercano tanto una cura psico-biologica del corpo, quanto una cura del *corpo sociale*⁴¹. Come osservano gli operatori, ci sono evidentemente delle figure professionali che mancano per poter affrontare la sofferenza oltre alla mera dimensione psico-biologica del corpo. Ne consegue che i fraintendimenti e le aspettative che i migranti vivono sulla propria pelle siano una realtà all'ordine del giorno e non casi sporadici di non adesione alla pratica medica o di *non compliance*⁴², ovvero di non adesione al trattamento nella fase di dimissione del paziente. È chiaro che i nostri migranti continuano a sentirsi spaesati nei confronti di una pratica medica che non (ri)conoscono né condividono culturalmente.

In questo contesto più ampio, in particolar modo quando le difficoltà di comunicazione⁴³ e le incomprensioni tra operatori socio-sanitari e paziente diventano più gravi, emerge con tutta la sua forza la centralità del ruolo del *mediatore cul-*

⁴¹ M. Douglas, *Natural Symbols, Explorations in Cosmology*, New York, Routledge, 1996.

⁴² M. Taussig, *Mimesis and Alterity: A Particular History of the Senses*, New York, Routledge, 1993.

⁴³ S. Geraci, B. Maisano e M. Mazzetti, *Migrazione e salute. Un lessico per capire*, in «Studi Emigrazione», 57, 2005, pp. 7-51.

*turale professionista*⁴⁴, intesa come figura veicolare tra due realtà socio-culturali diverse, ovvero quella istituzionale e quella di cui il paziente è portatore. In relazione a quest'ultimo soggetto Beneduce osserva⁴⁵ che il mediatore culturale professionista è diventato una figura-vittima di aspettative e malintesi crescenti, in cui conflitti e frustrazioni sono all'ordine del giorno, poiché al mediatore si domanda molto di più che parlare semplicemente della cultura dell'Altro. Quella del mediatore culturale è una figura professionale che viene spesso stigmatizzata fino a tal punto di pensare di sostituire il suo operato con un servizio di *call center*⁴⁶. Tale proposta evidenzia quanto la logica del contenimento dei costi abbia finito per diventare più importante del rapporto umano e professionale tra pratica medica e l'utente straniero. Le critiche mosse nei confronti dei mediatori culturali professionisti da parte degli operatori socio-sanitari sono indirizzate inoltre al tipo di formazione teorica e pratica professionale, considerata insufficiente rispetto al lavoro che dovranno svolgere. Certamente la questione della formazione dei mediatori culturali rappresenta una questione di importanza centrale. Come osserva uno stesso mediatore: «una formazione di 600 ore fatta da un ente di formazione che purtroppo non è sempre competente sull'argomento della mediazione e non sempre ha docenti adeguati, rappresenta dei limiti. [...] alcuni enti hanno dei docenti che insegnano ai futuri mediatori senza realmente sapere cosa queste persone andranno a fare e quindi dare loro gli strumenti giusti. I corsi per la mediazione sono un business. Un altro problema è che i mediatori accedono ai servizi tramite appalti tra l'ente e le cooperative. Le cooperative non sono interessate a formare ulteriormente il mediatore perché questo ha dei costi, anche se la voce della formazione è sempre presente negli appalti». La professionalità del mediatore culturale, battezzata dal diploma ottenuto, come osserva Beneduce⁴⁷, non è quindi necessariamente sinonimo di successo: «Dare per scontata la competenza linguistica in qualsivoglia mediatore si sarebbe rivelato presto un errore: nessun mediatore è un "esperto naturale" della propria lingua e cultura. Ma presupporre che corsi di formazione quanto mai generici, caratterizzati dalla giustapposizione di materie e argomenti eterogenei, trattati senza nessun disegno organico (formare mediatori culturali per quali ambiti?), e rivolti ad allievi con background quanto mai diversi, ha rappresentato un errore ancora più grave, la cui testarda ripetizione si spiega solo con gli interessi economici che sostengono quella che può definirsi una vera e propria industria della formazione»⁴⁸. Crediamo che una riflessione e riformulazione dei corsi di formazione per mediatori culturali rappresenti il punto di partenza per approcciarsi ad una pratica medica fondata sull'interculturalità. Non si tratta di portare la figura del mediatore culturale, in una *prospettiva tecno-integrazionista*⁴⁹, nei ranghi della biomedicina. Anzi, occorre,

⁴⁴ A. Fantauzzi, *Il rapporto medico-paziente immigrato. (In)comprensione e pratiche di mediazione linguistica e culturale*, in «Tendenze nuove», 1, 2010, pp. 29-42.

⁴⁵ R. Beneduce, *Etnopsichiatria*, Roma, Carocci, 2007, pp. 290-298.

⁴⁶ Così commenta l'infermiera Maria: «[...] Me l'accennavano ieri questa cosa, della mediazione fatta tramite numero verde. Mi domando un po' come si fa a comunicare con un paziente intubato che è in attesa di togliere il tubo. Non mi sembra tanto raffinato mettergli il telefono col tubo in gola [...]. E posso dire, va veramente a sminuire tutto il lavoro che noi abbiamo fatto negli ultimi due anni ma anche qui è una questione di risparmio».

⁴⁷ R. Beneduce, *Etnopsichiatria*, cit.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 291.

⁴⁹ J.B. Good, *Gli studi culturali nelle bioscienze, nella biomedicina e nella biotecnologia*, in P. Donghi (a cura di), *Il sapere della guarigione*, Roma-Bari, Laterza, 1996.

come osserva ancora Beneduce, recidere del tutto quel legame ambiguo che il termine «mediatore culturale» ha ancora oggi con la controversa figura coloniale del *cultural broker*⁵⁰, ovvero quel mediatore tra autorità coloniali e popolazione locale nella riscossione delle imposte. Il mediatore culturale, espressione concreta di una medicina fondata sull'interculturalità, non deve mettere da parte la propria cultura a favore di un'altra o viceversa. L'interculturalità nella sua accezione teorica e pratica prevede che dall'interazione tra realtà diverse tra loro venga a generarsi un terzo campo di incontro: «Mentre il principio dell'autonomia porta al riconoscimento della diversità, quello dell'interculturalità esprime la necessità della comunicazione e interlocuzione tra società con matrici culturali diverse»⁵¹.

5.1.3. Accessibilità

Nel presente paragrafo si analizzeranno i problemi esistenti nella realtà torinese ed emersi nel corso delle interviste, che limitano l'accessibilità dei servizi sanitari. In particolare ci si focalizzerà sulle difficoltà generali di accesso dal punto di vista burocratico e procedurale (punto *i*), sugli ostacoli linguistici (punto *ii*) e sul ruolo dell'informazione (punto *iii*).

i) Difficoltà di accesso ai servizi sanitari dal punto di vista burocratico e procedurale

Nel corso delle interviste condotte, sono emerse diverse problematiche di natura burocratica e procedurale che rendono l'accesso ai servizi sanitari difficoltoso. In particolare si pongono come seri ostacoli le difficoltà di orientamento e l'eccessiva proceduralizzazione e burocratizzazione del sistema sanitario.

Prendendo come esempio la semplice prenotazione di un esame medico con successivo ritiro dei referti, si può agilmente percepire come per un migrante possa essere complesso comprendere e assimilare la serie di passaggi da seguire, i diversi luoghi in cui recarsi, i diversi documenti da procurare e fornire e via dicendo. A dire il vero, tale problema non affligge unicamente la popolazione migrante, ma si può affermare che, a livelli diversi, possa colpire l'utenza in generale dei servizi sanitari, indipendentemente dalla provenienza o dalla nazionalità. A tal fine, basti pensare alle difficoltà incontrate, per esempio, dagli anziani ad accedere e a fruire dei servizi e ad adattarsi ai cambiamenti che nel tempo si susseguono.

⁵⁰ R. Beneduce, *Etnopsichiatria*, cit., p. 293.

⁵¹ J.L. Sariego Rodríguez, *El Norte Indígena Colonial: Entre la Autonomía y la Interculturalidad*, in «Desacatos», n. 10, 2002, Messico, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 118-124.

Sintetizzando, si può affermare con relativa certezza che il sistema sanitario italiano è poco *user-friendly*. Tale condizione, potenzialmente in grado di ostacolare l'accesso ai servizi a chiunque, diventa particolarmente ostica per le categorie particolarmente vulnerabili della popolazione, quali i migranti. Questi, infatti, oltre all'intrinseca difficoltà di orientamento che presenta il sistema, devono far fronte ad ulteriori barriere che si frappongono fra loro e il servizio sanitario: pensiamo, per esempio, alle barriere linguistiche o culturali⁵², alla difficoltà di accedere alle informazioni corrette e adeguate⁵³, alla mancanza di una rete familiare o amicale di supporto, alla maggiore «debolezza lavorativa» che rende loro più difficoltoso sottrarre all'attività lavorativa le ore necessarie per compiere queste operazioni⁵⁴.

Ci è stato segnalato come, talvolta, il cumulo di difficoltà è tale da rendere l'accesso sostanzialmente impossibile. A tal fine ci basti riportare quanto detto da un operatore del privato sociale che lavora a stretto contatto con prostitute, principalmente nigeriane: questi ha affermato che sovente molte donne migranti in queste condizioni – di particolare vulnerabilità e di grandi rischi per la salute – rinunciano a recarsi presso i servizi sanitari proprio a causa della difficoltà a orientarsi, a comprendere quali siano le procedure da seguire e a ottenere le informazioni su come agire. Può risultare quanto mai paradossale che proprio una delle categorie più bisognose di accedere ai servizi sanitari e di ricevere assistenza sanitaria – considerate le condizioni di marginalità e di esclusione sociale che solitamente vive – abbia maggiori difficoltà nell'accedere e nel fruire dei servizi.

Le difficoltà causate dalla iper-burocratizzazione delle procedure colpisce non solo l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari di per sé. Un ulteriore esempio di iper-burocratizzazione, che potenzialmente rende la realizzazione del diritto alla salute dei migranti più difficoltosa, è l'iscrizione al Sistema sanitario nazionale (Ssn) qualora sussistano i requisiti⁵⁵. In tal senso ci sono state riportate le grandi difficoltà incontrate da una donna migrante nel rinnovare l'iscrizione della figlia al Ssn. I passaggi e le procedure, in questo caso, erano numerose dovendo la donna, contestualmente, rinnovare il permesso di soggiorno per la bambina, condizione necessaria affinché l'iscrizione al Ssn potesse essere rinnovata. La serie di procedure da compiere in questo caso era notevole, in particolar modo considerando i diversi uffici presso i quali doveva recarsi. Il problema principale era dato dall'estrema difficoltà incontrata dalla signora in questione a ritagliare dal lavoro il tempo necessario per compiere queste operazioni essenziali per la salute

⁵² Si veda il par. 5.1.2, *Accettabilità culturale*.

⁵³ Si veda *infra*, punto iii), *Il ruolo dell'informazione*.

⁵⁴ Consiglio per i diritti umani, *Report of the Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants*, Jorge Bustamante, cit., par. 16.

⁵⁵ Si veda Appendice 1, *La salute e il profilo giuridico del migrante*.

della bambina. La condizione di «debolezza» nel rapporto di lavoro non le consentiva, infatti, di prendere ore di permesso con facilità, situazione che, in combinato con la serie di procedure diverse da compiere, aveva reso il rinnovo dell'iscrizione un obiettivo quasi irraggiungibile. Come ci è stato fatto intendere da molti intervistati, in situazioni come queste, purtroppo per un migrante solitamente la priorità è salvaguardare il lavoro anche a costo di «sacrificare» aspetti importanti per la salute.

Le difficoltà di orientamento e il ruolo dell'Ufficio per le relazioni con il pubblico (Urp). Come già accennato, alle difficoltà intrinseche presentate da un sistema complesso e spesso iper-burocratizzato, in capo ai migranti si aggiunge la difficoltà di ottenere informazioni che possano aiutarli a orientarsi e a comprendere il funzionamento del sistema⁵⁶.

Ai fini di questa sezione si può indicare come uno dei problemi principali l'interazione dei migranti con il personale impiegato agli sportelli, all'Urp o ai vari box informazioni nei luoghi dei diversi servizi. Queste figure professionali svolgono un ruolo determinante nel fornire informazione ai migranti, garantire l'accesso in maniera corretta ai servizi corretti e, conseguentemente, garantire il rispetto e la realizzazione del diritto alla salute di queste persone. Rimandando al punto *iii*) l'analisi del deficit informativo che sovente caratterizza queste figure – e che porta loro a non fornire informazioni ai migranti o a fornirne di errate circa i loro diritti, i servizi sanitari a disposizione e via dicendo – ci si soffermerà in questa sede sull'aspetto della preparazione di tale categoria professionale all'interazione con l'utenza migrante. In molte occasioni ci è stato segnalato che il personale – *in primis* amministrativo – non è sufficientemente preparato a interagire nella maniera corretta con l'utenza migrante. L'atteggiamento è spesso sbrigativo, scarsamente motivato e non paziente e, purtroppo, ci sono stati riferiti alcuni casi di aperta ostilità e di discriminazione nei confronti dei migranti. Al di là dei casi di vera e propria discriminazione, appare comunque evidente come manchi una formazione di queste figure professionali alla multiculturalità e, in generale, ad interagire nel migliore dei modi con un'utenza straniera.

Non è nostra intenzione stigmatizzare queste figure professionali: relazionarsi con l'utenza migrante può non essere semplice, specialmente in mancanza di formazione specifica in tal senso. La vera questione risiede nel credere che tali figure occupino una posizione marginale all'interno dell'organizzazione del sistema sanitario e che, conseguentemente, non sia una priorità dare loro una formazione specifica su come interagire al meglio con la popolazione migrante. Tale visione è quanto mai errata. Questi soggetti professionali costituiscono, al contrario, il primo punto di contatto tra il migrante e il servizio sanitario e occupano perciò un ruolo di rilievo nell'assi-

⁵⁶ Vedi *infra*, punto *iii*), *Il ruolo dell'informazione*.

curare il pieno accesso ai servizi e di conseguenza il godimento del diritto alla salute. Sono figure chiave che spesso determinano se e come il migrante potrà accedere e fruire del servizio sanitario e che perciò necessitano di una formazione di livello e specifica.

Richiedenti asilo e rifugiati

Sebbene il dettato normativo in merito all'assistenza sanitaria da fornire alla categoria dei richiedenti asilo e rifugiati sia assolutamente chiaro rispetto al diritto/dovere di iscrizione al Ssn⁵⁷, vi sono, a livello pratico, degli ostacoli particolari che rendono difficile la piena realizzazione del loro diritto alla salute.

In tal senso, la principale questione riportataci nell'ambito dei colloqui avuti, riguarda il requisito della residenza. Come noto, la residenza, insieme al permesso di soggiorno e al codice fiscale, costituisce un requisito essenziale al fine dell'iscrizione al Ssn. Secondo quanto riferitoci, tuttavia, molti richiedenti asilo e rifugiati hanno difficoltà ad ottenere il certificato di residenza a causa di una comune precarietà alloggiativa e di un'applicazione piuttosto rigida della normativa da parte delle autorità comunali.

Nella città di Torino è noto, a tal riguardo, il caso di un ampio numero di rifugiati, giunti in Italia negli anni scorsi, che si trovano a vivere in alcuni stabili occupati. Seppur non sia stato possibile effettuare accertamenti in materia, è altamente probabile che questi, nella difficoltà di ottenere la residenza, considerate le condizioni abitative in cui si trovano, non siano iscritti al Ssn. Molti di questi, di conseguenza, usufruiscono dell'assistenza offerta dal privato sociale, pur avendo pieno diritto all'iscrizione al Ssn; condizione questa che costituisce una chiara e lampante violazione del loro diritto alla salute, della Convenzione di Ginevra e dell'art. 34 del Tui (*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*).

Per superare tale problema, a partire dal 2009 sono stati realizzati dei protocolli di intesa tra la Prefettura, la Questura, l'Agenzia delle entrate e la Regione Piemonte con i quali si è stabilito che fosse riconosciuta come residenza il domicilio presso le strutture di accoglienza che ospitano i titolari di protezione internazionale. È inoltre opportuno sottolineare ai fini di questa ricerca che gli stessi protocolli hanno anche disposto l'esenzione dal pagamento del ticket sanitario (esenzione E92). Per quanto positiva da un

⁵⁷ Si veda d.lgs. 286/1998, art. 34 dove si afferma che: «[...] hanno l'obbligo di iscrizione al Ssn gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano richiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta d'asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza».

lato, tale disposizione, dall'altro non risolve la questione di quei richiedenti asilo e rifugiati che non sono alloggiati in posti accoglienza, ma che devono trovare sistemazioni di fortuna quali, come si diceva, l'occupazione di stabili abbandonati. Un ulteriore limite di tali accordi, era la comunque breve durata temporale. Tali disposizioni sono rimaste in vigore, in seguito ad alcune proroghe, fino al 31 dicembre 2010, data oltre la quale non sono state rinnovate.

A complicare il quadro vi sono le vicende che hanno sconvolto il Nord Africa dall'inizio del 2011. In attuazione del decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 5 aprile 2011, la Regione Piemonte ha stabilito che – per coloro che avevano già formalizzato la richiesta di asilo o erano già titolari di protezione internazionale – fosse sufficiente ai fini dell'iscrizione al Ssn presentare il codice fiscale e indicare come residenza la struttura di accoglienza presso la quale i titolari di protezione internazionale erano ospitati⁵⁸. A questi è anche riconosciuta, in caso di mancanza totale di reddito, l'esenzione E92. Tali disposizioni sono in vigore per il periodo di emergenza.

Tale quadro, seppur da un lato abbia garantito una buona assistenza nei confronti di quelle persone giunte in seguito ai fatti del Nord Africa, ha causato due ordini di problemi distinti. Da un lato è stata implicitamente creata una condizione discriminatoria tra i rifugiati giunti in Italia prima dei fatti del Nord Africa e dopo: per i primi valgono le regole antecedenti all'insorgere della crisi del Nord Africa e di conseguenza, qualora vivano condizioni alloggiative più precarie, hanno difficoltà a iscriversi al Ssn. Dall'altro lato, poiché le suddette disposizioni valgono per ora solo nel periodo di emergenza, allo scadere di questo la situazione ritornerà in ogni caso allo stato precedente, ponendo numerosi richiedenti asilo e rifugiati in una situazione di precarietà rispetto all'iscrizione al Ssn. La questione della residenza tornerà a costituire per molti un grave ostacolo burocratico che inficia la realizzazione del diritto alla salute di richiedenti asilo e rifugiati.

Un'ultima notazione merita il caso specifico dei richiedenti asilo trattati nei Centri di identificazione e espulsione (Cie). Sebbene, come chiarito più volte, la condizione dei migranti nei Cie non rientri nell'ambito di questa ricerca, è opportuno tuttavia porre in rilievo le difficoltà che i richiedenti asilo in questa particolare condizione affrontano nel godere del loro diritto alla salute. Considerata la loro condizione giuridica, a questi non è consentito iscriversi al Ssn. Sono tuttavia garantite loro le cure ambulatoriali ed urgenti e comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio. Come anche posto in rilievo da altri studi⁵⁹, dubbi legittimi sorgono in

⁵⁸ Regione Piemonte, Direzione Sanità, Prot. n. 12117/DB2006, 28 aprile 2011; Regione Piemonte, Direzione Sanità, Prot. n. 13605/DB2000, 12 maggio 2011.

⁵⁹ Associazione per gli studi giuridici sull'immigrazione, *Il diritto alla protezione. La protezione internazionale in Italia, quale futuro? Studio sullo stato del sistema di asilo in Italia e proposte per una sua evoluzione*, 2011, p. 390.

merito all'effettiva adeguatezza dell'assistenza sanitaria loro offerta, considerate le note criticità che rendono preoccupante la situazione di tali Centri.

Migranti irregolari

Un'ultima notazione circa le problematiche che limitano l'accesso ai servizi sanitari da parte di gruppi specifici concerne la categoria dei migranti irregolari. Come visto, a questo gruppo particolarmente vulnerabile è garantito, tramite i Centri Isi, un livello discreto e comunque sufficiente di accesso e di fruizione del servizio sanitario. A livello pratico, tuttavia, alcune conseguenze della nota vicenda, avvenuta nel 2009, circa l'obbligo di denuncia da parte del personale medico risultano ancora presenti.

Come si ricorderà, l'allora disegno di legge del c.d. pacchetto sicurezza prevedeva l'abrogazione dell'art. 35, comma 5 del Tui⁶⁰ – e cioè la norma che prevede il divieto di segnalazione, salvo l'obbligo di referto, per lo straniero non in regola con le norme sul soggiorno che si rivolge alle strutture sanitarie – e la contestuale introduzione di una nuova fattispecie di reato – di natura contravvenzionale – rubricato «ingresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato». Il combinato disposto di tali due modifiche avrebbe avuto come conseguenza che in capo al personale medico – in qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio – sarebbe sorto l'obbligo di denunciare i migranti irregolari che accedevano ai servizi, considerato che tale condizione sarebbe nel frattempo divenuta un reato. Come noto, tutti i pubblici ufficiali o gli incaricati di pubblico servizio, hanno infatti l'obbligo di denunciare all'autorità giudiziaria o alla polizia ogni reato di cui abbiano conoscenza nell'esercizio delle loro funzioni, salvo incorrere nel reato di omissione o ritardo di denuncia.

Come si ricorderà, le proteste condotte da gran parte degli ordini professionali del mondo medico e da una larga parte della società civile hanno fatto desistere il legislatore rispetto alla volontà di abrogare il divieto di denuncia *ex art. 35, comma 5, Tui*. Quest'ultima disposizione non è infatti contenuta nella legge 15 luglio 2009, n. 94⁶¹, mentre è stata confermata l'introduzione del c.d. reato di clandestinità⁶². In sintesi, il divieto di segnalazione dello straniero irregolare permane per due ordini di motivi. In primo luogo, l'accesso alle strutture sanitarie dello straniero non in regola con le

⁶⁰ D.lgs. 286/1998, art. 35, comma 5: «L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano».

⁶¹ Legge 15 luglio 2009, n. 94, *Disposizioni in materia di sicurezza pubblica*, Gazzetta Ufficiale n. 170 del 24 luglio 2009, suppl. ord. n. 128.

⁶² D.lgs. 286/1998, art. 10-*bis*.

norme sul soggiorno continua a non poter comportare, *ex art.* 35, comma 5, Tui, alcun tipo di segnalazione. Si noti, a tal fine, che la nozione di «accesso alla struttura», a cui fa riferimento il dettato normativo, è ben più ampia di quella dell'erogazione di prestazioni sanitarie, sicché tale divieto non riguarda solo il personale medico o paramedico ma tutto il personale (pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio) che presta lavoro nella struttura stessa, quindi anche il personale amministrativo. In secondo luogo, si noti che l'esercente la professione sanitaria è comunque esentato dall'obbligo di referto, *ex art.* 365, secondo comma, del Codice penale, quando lo stesso esporrebbe la persona assistita a procedimento penale come nel caso dello straniero irregolare.

All'epoca del dibattito relativo alle norme ora richiamate, il timore di denuncia ha certamente influito in maniera massiccia sull'accesso da parte dei migranti irregolari ai servizi sanitari. Ben presto i flussi sono ritornati alla normalità, sebbene alcuni strascichi, in base a quanto riferitoci, saltuariamente permangono. A causa della difficoltà di rintracciare informazioni specifiche e a causa delle difficoltà di orientamento, accade ancora che qualche migrante non sia certo che nell'accedere ai servizi sanitari non si corra alcun rischio di denuncia e che comunque, in caso di dubbio, si preferisca evitare di correre il rischio salvo che non sia essenziale. L'incidenza di tali comportamenti è certamente non preoccupante, tuttavia ci sono stati segnalati alcuni casi. In particolare, l'esistenza stessa del reato di clandestinità può indurre alcuni irregolari a limitare il più possibile gli spostamenti per la città per non incorrere nel rischio di subire controlli da parte delle autorità di polizia. A tal fine si precisa tuttavia che nell'ultimo anno, in seguito alla sentenza *El Dridi* della Corte di giustizia del 28 aprile 2011 e della sentenza *Achughbadian* del 6 dicembre 2011, è emerso con maggiore convinzione il dubbio in dottrina⁶³ circa la compatibilità del suddetto reato con il diritto dell'Unione europea e più specificatamente con la Direttiva rimpatri⁶⁴.

Rimanendo sempre nell'ambito delle problematiche specifiche che colpiscono i migranti irregolari, una notazione particolare merita il caso dei migranti irregolari tossicodipendenti. Come già sottolineato, la cura, la prevenzione e la riabilitazione in materia di tossicodipendenza⁶⁵ rientrano tra le

⁶³ Si veda, *inter alia*, G.L. Gatta, *Il «reato di clandestinità» e la riformata disciplina penale dell'immigrazione*, in «Rivista italiana di diritto e procedura penale», 11, 2009, pp. 1323 ss.; si sottolinea l'attesa nei confronti della causa Sagor, controversia ancora pendente, al momento della redazione, di fronte alla Corte di giustizia nell'ambito della quale la Corte dovrà pronunciarsi sulla compatibilità del reato di clandestinità con la Direttiva rimpatri.

⁶⁴ Direttiva 2008/115/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 dicembre 2008 recante norme e procedure comuni applicabili negli Stati membri al rimpatrio di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare. Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea L 348/98, 24 dicembre 2008.

⁶⁵ *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, pre-*

«cure urgenti o essenziali, ancorché continuative» che sono garantite *ex art.* 35, comma 3, Tui. Tale dato è certamente positivo, tuttavia, come posto in evidenza dal responsabile di uno dei Sert (Servizio tossico-alcoldipendenze) attivi nella città di Torino, a tale mosaico manca un tassello fondamentale: i migranti irregolari tossicodipendenti che decidono di iniziare un percorso riabilitativo non hanno alcuna possibilità di reinserimento a causa della loro condizione giuridica. L'irregolarità del loro status impedisce che vengano date loro, per esempio, borse lavoro o che rientrino in programmi abitativi una volta che l'iter terapeutico lo consente.

Sebbene il problema esposto non costituisca di per sé un problema in termini di *accessibilità* ai servizi sanitari, così definita dagli strumenti internazionali, è certamente una questione che inficia gravemente l'azione, pur positiva, del sistema sanitario e le speranze di recuperare e riabilitare appieno una persona caduta nel vortice della tossicodipendenza. Il quadro appare, inoltre, piuttosto paradossale da certi punti di vista. Da un lato, il sistema sanitario si impegna positivamente – investendo risorse e denaro – nel riconoscere anche agli irregolari tossicodipendenti il diritto ad essere curati. Tuttavia, il negare fin da subito la possibilità di – una volta disintossicati – intraprendere un percorso di reinserimento a causa della condizione di irregolarità della persona, frustra l'operato positivo del sistema sanitario e frustra, ovviamente, qualsiasi speranza e tentativo di recupero che il singolo può porre in essere.

ii) *L'accessibilità linguistica dei servizi sanitari*

Uno dei più diffusi ostacoli all'accesso ai servizi sanitari è costituito dalle barriere di natura linguistica e dalla scarsa accessibilità linguistica dei servizi, dato che è risultato confermato pressoché in ogni intervista effettuata. Anche solo intuitivamente, è facile rendersi conto di come questo sia il primo e il più immediato dei nodi da sciogliere. L'effettiva estensione di tale problema è tuttavia di difficile quantificazione. Ciò che si può comunque riferire, è che per alcuni gruppi di migranti, quali i cinesi, tale ostacolo risulta particolarmente grave. Come già accennato nel paragrafo precedente, l'ostacolo linguistico per questa popolazione è certamente uno dei motivi principali che porta loro a rivolgersi ai rimedi e ai medici tradizionali.

Nonostante che, da un certo punto di vista, questa difficoltà costituisca l'esempio paradigmatico di barriera all'accesso ai servizi sanitari, non significa che sia stata la prima a essere risolta. Le misure intraprese per porre rimedio a questa problematica appaiono disomogenee e in larga parte insufficienti. Nel corso della nostra ricerca ci si è resi conto di quanto il li-

vello di accessibilità linguistica dei servizi non fosse uniforme. Molti luoghi sono privi di cartellonistica e indicazioni in lingua, molti servizi non sono in grado di offrire materiale informativo in lingua o comunque l'offerta è sovente inferiore alla domanda. Tale situazione costituisce un grave impedimento alla realizzazione del diritto alla salute di quella parte della popolazione migrante che non ha un livello di conoscenza sufficiente della lingua italiana. Non a caso, l'accessibilità linguistica dei servizi sanitari è uno dei requisiti principali previsti dal contenuto normativo del diritto alla salute.

Anche in questo caso è legittimo ritenere che un ruolo centrale lo ricopra il mediatore culturale il quale è nella condizione di poter svolgere un ruolo da interprete nel rapporto tra il personale medico e i pazienti migranti. Nel corso della ricerca si è constatato che altrettanto utile risulta essere l'impiego di personale sanitario straniero, misura adottata per esempio dal Pronto Soccorso di un importante ospedale a Torino. Per quanto utili questi strumenti siano, non si può immaginare tuttavia che una barriera di tale rilevanza possa essere eliminata solo con queste misure. Innanzitutto, bisogna considerare la varietà di lingue e dialetti: anche nel caso in cui una certa area linguistica – per es. l'arabo – sia coperta dalla presenza del mediatore, ciò non significa tuttavia che la comprensione reciproca sia immediata e semplice. Anche all'interno delle stesse aree linguistiche, infatti, esistono numerosi dialetti e possibili variazioni che rendono la comunicazione talvolta impossibile. È evidente come sia impensabile che un servizio sanitario si doti di personale o mediatori in grado di comunicare in tutte le lingue e i dialetti potenzialmente rilevanti.

Conseguentemente, per limitare al massimo i possibili effetti negativi delle barriere linguistiche è da ritenere che debbano essere adottate misure di diversa natura. Accanto alla mediazione culturale e all'eventuale personale sanitario straniero, devono essere previsti altri supporti quali cartellonistica e indicazioni diffuse in tutti i servizi sanitari nonché la produzione di materiale informativo sui servizi, sulle malattie, sui metodi di cura, sulla prevenzione, sugli stili di vita e via dicendo. Queste misure, a dire il vero, sono già state adottate in molti servizi sanitari. A quanto appare dalla ricerca condotta, tuttavia, l'adozione di queste misure sovente è il risultato dell'iniziativa di singole persone e non il frutto di un progetto generalizzato e finalizzato a rendere tutti i servizi sanitari accessibili dal punto di vista linguistico. L'accessibilità linguistica, come ripetuto più volte, costituisce una delle premesse essenziali affinché il diritto alla salute sia realizzato e, conseguentemente, le autorità competenti dovrebbero provvedere affinché tutti i servizi sanitari indistintamente siano liberamente accessibili dal punto di vista linguistico, quanto meno da parte delle popolazioni straniere maggiormente rappresentate nella città di Torino⁶⁶.

⁶⁶ Si veda *supra*, il par. 3.1, *Gli attori della salute*.

iii) Il ruolo dell'informazione

Nel corso della ricerca condotta è emerso chiaramente che uno degli aspetti principali in grado di determinare se la popolazione migrante può accedere e fruire appieno dei servizi sanitari nella città di Torino è costituito dall'informazione. Generalizzando, si può sintetizzare quanto emerso affermando che esiste un deficit informativo (inteso come insufficienza o mancanza di informazione) preoccupante, che colpisce non solo la popolazione migrante, ma anche gli operatori del settore sanitario⁶⁷. Il diritto a cercare, ricevere e impartire informazioni costituisce un elemento essenziale del diritto alla salute. La mancanza e/o l'insufficienza di informazioni, diffusa trasversalmente tra tutti i soggetti coinvolti, costituisce un gravissimo impedimento nella realizzazione del diritto alla salute della popolazione migrante.

Di seguito si analizzerà quali aree risultino particolarmente colpite da tale deficit informativo in base a quanto emerso dalla ricerca condotta. Di volta in volta, ove necessario, si porranno in evidenza le diverse specificità concernenti la condizione della popolazione migrante, da un lato, e la condizione del personale del settore sanitario dall'altro. Le aree analizzate sono le seguenti:

- informazione sui diritti della popolazione migrante;
- informazione sui servizi sanitari;
- informazione sul corretto utilizzo dei servizi sanitari;
- informazione sulle malattie, sulla prevenzione, sulle cure e sugli stili di vita salutari.

Informazione sui diritti della popolazione migrante

Numerose volte, nel corso delle interviste, è emersa una grave mancanza di informazione circa i diritti che spettano ai migranti. Ciò riguarda maggiormente la popolazione migrante stessa, ma anche, in proporzioni preoccupanti, gli stessi operatori dei servizi sanitari (sia medici che personale amministrativo).

L'ambito più problematico in tal senso concerne il comprendere quando un migrante, in una determinata condizione amministrativa, abbia o meno diritto all'iscrizione al Ssn. Sono numerosi i casi che ci sono stati riportati che vedono migranti che avrebbero diritto all'iscrizione al Ssn, servirsi dei canali a disposizione dei migranti in condizione di irregolarità, proprio perché non consci del loro diritto a essere iscritti al Ssn. Sovente i

⁶⁷ In questo paragrafo ci si riferirà sovente, in maniera generica, agli «operatori del settore sanitario» per indicare tutti i soggetti che operano in tale ambito, dal personale dirigenziale/amministrativo al personale medico/infermieristico, ecc.

migranti vivono, infatti, condizioni di disorientamento una volta giunti nel nostro paese. Hanno difficoltà a recuperare ogni genere di informazione e, in primo luogo, sui diritti che spettano loro. Questo è particolarmente vero per quei migranti che provengono da contesti socio-politici in cui – rimanendo nell’ambito della salute – il diritto alla salute era scarsamente realizzato e l’assistenza sanitaria pubblica assente o insufficiente. Per una piena realizzazione del diritto alla salute è necessario, innanzitutto, incrementare notevolmente il grado di informazione e di consapevolezza della popolazione migrante rispetto ai loro diritti. Questo è il presupposto essenziale affinché possano essere loro stessi gestori del loro diritto⁶⁸.

Fortunatamente, dalla ricerca condotta sul campo pare che la maggior parte degli operatori del settore sanitario che, considerate le proprie specificità professionali, più facilmente si trovano a contatto con la popolazione migrante, tenda ad essere informata dei diritti di questa. Ciò è particolarmente vero per le associazioni che operano nel privato sociale nel settore della migrazione e della salute: pensiamo a tal fine, per esempio, agli ambulatori medici del Sermig o di Camminare insieme, ma anche ai servizi non specifici in materia di salute come gli sportelli della Pastorale Migranti. Ovviamente, è fin superfluo sottolineare il ruolo essenziale coperto in tal senso dai Centri Isi presenti nella città di Torino. Questi operatori svolgono un ruolo centrale nello spiegare ai migranti i diritti che spettano loro – specialmente per quanto concerne il diritto alla salute – e, qualora sia il caso, nel consigliarli su come procedere per l’iscrizione al Ssn. Tuttavia, come si accennava, gli operatori del settore sanitario non si rivelano sempre così informati e coscienti dei diritti della popolazione migrante. Dalle interviste condotte sono emersi numerosi casi che vedono alcuni operatori sanitari, specialmente del settore pubblico, essere assolutamente confusi rispetto ai diritti della popolazione migrante.

Sintetizzando, si può affermare che la confusione maggiore riguarda la condizione dei migranti irregolari. Nonostante il d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 abbia statuito a chiare lettere il diritto dei migranti irregolari a ricevere le cure urgenti o essenziali, ancorché continuative⁶⁹, molti operatori del settore sanitario non sanno con esattezza quale tipo di assistenza sanitaria spetti ai migranti irregolari. Tale disinformazione è risultata palese – e particolar-

⁶⁸ Sui modi più opportuni da utilizzare per diffondere l’informazione nelle comunità migranti si rimanda *infra*, al par. *Le vie dell’informazione: il passaparola e la «peer education»*.

⁶⁹ D.lgs. 25 luglio 1998, n. 286, *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*, art. 35, comma 3: «Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all’ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva». Per approfondimenti si veda Appendice 1, *La salute e il profilo giuridico del migrante*.

mente preoccupante – nel corso di un colloquio avuto con un alto dirigente del Ssn: questi affermava che ai migranti irregolari spettassero solo le cure urgenti, quando il d.lgs. 286 risalente a ben oltre un decennio fa affermi, come visto, ben altro.

In un'altra occasione, abbiamo assistito, nuovamente in prima persona, ad un altro esempio di grave disinformazione rispetto ai diritti della popolazione migrante nella sua interezza. Chiedendo informazioni all'accoglienza di una delle Asl della città di Torino, ci siamo resi conto che il personale lì presente ritenesse che l'intera popolazione migrante – indipendentemente dallo status amministrativo – dovesse recarsi ai Centri Isi per ottenere assistenza sanitaria: questo anche nel caso, per esempio, di migranti con regolare permesso di soggiorno e assunti con contratto di lavoro a tempo indeterminato. Gran parte dei migranti regolarmente soggiornanti hanno diritto all'iscrizione al Ssn⁷⁰ e nulla rileva nei loro confronti il ruolo dei Centri Isi. È evidente come tale situazione sia gravemente lesiva del diritto alla salute dei migranti. Non è accettabile che un operatore che si trovi anche solo potenzialmente a contatto con la popolazione migrante sia dis informato a tal punto, addirittura da confondere la condizione di un migrante in regola con le norme sul soggiorno dalla condizione di un migrante non in regola. Certamente c'è da sottolineare come la vastità e la diversità di casi⁷¹ possa contribuire a generare confusione. Tuttavia, è assolutamente necessario che ci sia maggiore informazione e formazione tra tutti gli operatori dei diritti spettanti ai migranti. Inoltre, è opportuno riportare anche in questa sede quanto detto nel par. 5.1.2 rispetto al ruolo di tutto il personale del settore sanitario rispetto alle diversità culturali. Tutto il personale impiegato nel settore sanitario, dagli amministrativi ai medici, dall'usciera all'infermiere, deve essere preparato a interagire con pazienti migranti. Questo da un lato, come visto nel par. 5.1.2, richiede certamente una certa sensibilità culturale e una certa apertura nei confronti della multiculturalità. Richiede, tuttavia, al contempo anche la presenza di informazioni assolutamente corrette e sufficienti, in primo luogo sui diritti della popolazione migrante.

Informazione sui servizi sanitari

Dalla ricerca è emerso un grave deficit informativo anche rispetto i servizi sanitari a disposizione della popolazione migrante. Anche in questo caso, tale problema colpisce sia i migranti stessi che gli operatori del settore sanitario. Sul lato dei migranti, ci è stato riferito che sovente molti – al di là dell'essere consapevoli o meno del loro diritto di iscriversi al Ssn

⁷⁰ Per approfondimenti si veda Appendice 1, *La salute e il profilo giuridico del migrante*.

⁷¹ *Ibidem*.

– non conoscono quali servizi sanitari esistano, sia nell'ambito pubblico che nell'ambito del privato sociale. Non è necessario soffermarsi sul perché questo costituisca un problema per la realizzazione del diritto alla salute della popolazione migrante a Torino. È certamente necessario che, parallelamente alle altre aree di criticità analizzate in questo capitolo, si ponga rimedio a tale deficit. Bisogna riconoscere come un certo numero di iniziative siano state organizzate, sia dal settore pubblico che dal privato sociale. Tuttavia il problema risulta ancora largamente percepito e pone perciò in evidenza l'insufficienza degli sforzi finora effettuati o, quanto meno, la necessità di continuare in queste iniziative.

Per quanto riguarda la situazione degli operatori del settore sanitario, l'informazione sui servizi sanitari esistenti sovente risulta non essere adeguata anche in capo a questi. Ci è stato riferito di numerose occasioni in cui alcuni operatori si sono dimostrati in possesso di informazioni insufficienti o errate rispetto a quali servizi sanitari esistano per la popolazione migrante. Anche in questo caso, come visto nel paragrafo precedente, tale disinformazione si concentra particolarmente sulla condizione dei migranti irregolari.

Noi stessi, nel corso delle interviste, ci siamo imbattuti in alcuni esempi di disinformazione rispetto al tema in analisi. In particolare, nel corso di un'intervista con un medico di un importante ospedale cittadino, oltretutto impegnato attivamente in un servizio che vede oltre il 50% di utenza migrante, ci siamo resi conto che questi non sapeva con esattezza quale fosse la procedura per assegnare un codice Stp a un migrante irregolare che si presenti direttamente in ospedale sprovvisto dello stesso⁷². Da qualche tempo a questa parte è stata formalizzata una procedura specifica – realizzabile via fax – per consentire l'emissione «a distanza» di un codice Stp a un migrante irregolare che sia giunto direttamente ad un ospedale senza un previo passaggio ad un Centro Isi per il rilascio del codice stesso. Riprendendo inoltre l'esempio riportato nel paragrafo precedente, concernente la mancanza di informazione di un altro dirigente sanitario, si può ben immaginare, dato quanto emerso dal colloquio, che egli non fosse a conoscenza dell'esistenza e del ruolo dei Centri Isi, uno dei migliori risultati ottenuti dalla Regione Piemonte nello sforzo di garantire il diritto alla salute per tutti e un esempio di buona pratica a livello internazionale.

Nel tentativo di contribuire a colmare tali lacune informative, il Laboratorio sui Diritti Fondamentali ha realizzato l'aggiornamento della *Guida ai servizi sanitari per immigrati*, pubblicata dall'Assessorato alla tutela della salute e sanità della Regione Piemonte nel settembre del 2008. Tale *Guida*, rivolta principalmente agli operatori sanitari, vuole essere uno strumento di

⁷² Il codice Stp è necessario per assicurare l'accesso ai trattamenti sanitari ai migranti in condizione di irregolarità. Per approfondimenti si veda Appendice 1, *La salute e il profilo giuridico del migrante*.

utilizzo quotidiano che aiuti il personale nell'offrire la miglior assistenza possibile ai pazienti migranti. La *Guida* contiene l'indicazione di tutti i servizi sanitari utili per la popolazione migrante esistenti nel territorio della città di Torino, inclusi servizi di più ampio spettro quali mense, dormitori, ecc. La *Guida* inoltre fornisce alcune indicazioni sintetiche sui diritti dei migranti rispetto all'assistenza sanitaria nel tentativo di contribuire ad aumentare la conoscenza anche rispetto alla problematica affrontata nel paragrafo precedente. La *Guida*, che vuole essere un'appendice «informale» di questo rapporto, è disponibile on-line sul sito internet del Laboratorio⁷³.

Informazione sul corretto utilizzo dei servizi sanitari

Parallelamente alla problematica analizzata nel paragrafo precedente, un'altra questione di particolare gravità risulta essere il deficit informativo circa l'utilizzo corretto dei servizi sanitari. In particolare, tale deficit sembra tradursi, a livello pratico, in un utilizzo erraneo di certi servizi o nel sotto-utilizzo di altri. Si tratta, da quanto emerso dalla ricerca, di problema largamente presente tra la popolazione migrante.

L'esempio più rilevante di utilizzo erraneo di un servizio, riguarda il caso del Pronto Soccorso. Emerge con forza, come i migranti tendano a utilizzare il Pronto Soccorso anche in casi in cui il problema di salute non costituisce un'emergenza e potrebbe essere risolto più efficacemente e in maniera più razionale dagli altri servizi, *in primis* il medico di base. Questo fenomeno è da attribuire – in base a quanto emerso – principalmente alla mancanza di informazione che presenti ai migranti i diversi servizi esistenti, che spieghi loro l'importanza di utilizzare i diversi servizi a seconda delle varie problematiche di salute e che li indirizzi, conseguentemente, verso il servizio più appropriato per la specifica problematica di salute. Tale deficit informativo porta sovente i migranti a rivolgersi al servizio maggiormente «in vista» e al servizio che risulti di più facile accesso, il Pronto Soccorso per l'appunto. Non è necessario soffermarsi più del dovuto nello spiegare gli effetti negativi che tale comportamento causa, in primo luogo proprio al Pronto Soccorso. Questi, già in difficoltà a rispondere adeguatamente al normale flusso di emergenze data la generale carenza di mezzi di cui si è già dato conto, si trovano ulteriormente oberati di lavoro aggiuntivo che in realtà non spetterebbe loro affrontare. La necessità di diffondere informazioni adeguate e sufficienti è quanto mai urgente, considerato inoltre che anche dal punto di vista economico è più vantaggioso dedicare delle risorse ad informare sul giusto utilizzo dei servizi piuttosto che permettere che servizi chiave quali il Pronto Soccorso si trovino intasati da richieste non dovute.

⁷³ www.labdf.eu.

Tangenziale al tema dell'informazione sui servizi esistenti, è opportuno fare un breve riferimento a un fenomeno che abbiamo riscontrato nel corso della ricerca e di cui si dà conto nel par. 5.1.2⁷⁴. Molti migranti – principalmente quelli provenienti da contesti in cui la sanità pubblica non esiste o è carente – risultano diffidenti nei confronti dei servizi sanitari pubblici. Questo fenomeno, ci è stato segnalato con particolare forza per quanto riguarda l'utilizzo dei consultori, che da molti migranti sono considerati servizio di qualità inferiore perché, in una visione distorta della realtà, sarebbero stati ideati principalmente per rispondere alle esigenze di salute della popolazione migrante. Tale fenomeno è certamente uno dei motivi che porta certi migranti a sotto-utilizzare alcuni servizi sanitari, *in primis* proprio i consultori. A tal fine è ancor più necessaria la diffusione di informazioni corrette che chiariscano il ruolo dei servizi sanitari pubblici in generale – e in particolare di quelli maggiormente sotto-utilizzati – e che ne valorizzino il possibile contributo in termini di offerta sanitaria.

Di pari importanza risultano altri due punti che riguardano la corretta informazione sul funzionamento dei servizi sanitari. Bisogna riportare quanto segnalatoci rispetto alla gratuità di alcuni servizi sanitari: molti migranti non sono a conoscenza che alcuni servizi sanitari di importanza assoluta – come i consultori o i test per le malattie infettive – sono gratuiti. Sottolineare la gratuità di tali servizi – rimarcando al contempo la bontà del servizio stesso alla luce di quanto detto poc'anzi – risulta essere fondamentale per favorire l'accesso e la fruizione di questi servizi da parte dei migranti. In secondo luogo, è opportuno segnalare che risultano ancora presenti – seppur in percentuali molto ridotte – i danni lasciati dalla nota questione sorta qualche anno fa circa l'obbligo di denuncia da parte degli operatori sanitari. Come si ricorderà, la legge 5 luglio 2009, n. 94 – il c.d. «pacchetto sicurezza» – oltre a prevedere una nuova fattispecie di reato rubricato «ingresso e soggiorno illegale nello Stato italiano», comportava altresì l'estensione dell'obbligo di denuncia degli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno anche al personale sanitario. Grazie alla forte opposizione delle categorie professionali interessate, della società civile e di una buona parte delle istituzioni nazionali e locali, tale estensione non fu fortunatamente introdotta⁷⁵. Tuttavia, in alcuni casi, resiste ancora un'eredità di quella vicenda.

⁷⁴ Vedi punto *i*), *Le differenze culturali*.

⁷⁵ Si veda anche *infra*, par. *Migranti irregolari*.

Informazione sulle malattie, sulla prevenzione, sulle cure e sugli stili di vita salutari

Altrettanto problematica risulta essere la mancanza di informazioni – riferitaci colpire molti migranti – circa le malattie, la prevenzione, le cure e gli stili di vita migliori da adottare per la salute. Molti migranti hanno maggiori difficoltà nel comprendere gli eventi causali (per quanto illustrati in modo semplice) che stanno alla base di una malattia, nel comprendere la necessità di certi comportamenti preventivi e l'importanza di certe terapie. Dalla ricerca condotta, sono emersi come ambiti particolarmente rilevanti in tal senso la salute riproduttiva in generale e la gravidanza in particolare, le misure di prevenzione – in particolare i vaccini e gli screening – e le malattie infettive. A ben vedere, quest'ultimo ambito pare essere il più problematico, specialmente rispetto all'Hiv/Aids. Una scarsa conoscenza dei processi che caratterizzano il contagio e lo sviluppo successivo della malattia porta molti migranti – in base a quanto ci è stato riferito da operatori impegnati nel campo – ad essere meno attenti nell'adottare con costanza le misure preventive necessarie per evitare l'infezione. Allo stesso modo, molti operatori segnalano il ritardo con il quale in molti casi i migranti si sottopongono al test di screening: molti si recano presso le strutture sanitarie solo alla comparsa dei primi sintomi o con condizioni serie caratterizzanti un quadro di Aids. Attualmente oltre il 60% dei casi di Aids si verifica infatti tra persone che non hanno fatto terapie antiretrovirali prima della diagnosi: ciò in quanto sempre più individui (60%) scoprono di essere sieropositivi al momento della diagnosi di malattia conclamata⁷⁶. Questo fenomeno è solitamente da ricollegare, in base a quanto emerso dalle interviste e a quanto posto in evidenza da importanti studi, a una bassa percezione del rischio da parte di molti migranti. Alcuni studi italiani⁷⁷ hanno tentato di spiegarne le ragioni, giungendo alla conclusione che uno dei fattori determinanti risulta essere l'associazione dell'Hiv/Aids con la povertà. Molti migranti vedono la malattia legata alle condizioni di miseria di certi paesi e, poiché l'Italia è percepita come un paese ricco, ritengono improbabile contrarre l'infezione. Inoltre le campagne informative e di sensibilizzazione sono progressivamente diminuite dagli anni Ottanta e Novanta, elemento che oltre ad avere un impatto sulla quantità e qualità di informazioni disponibili alle persone, ha anche avuto un impatto sulla percezione del rischio, specie nei migranti. Molti, erroneamente, leggono nella minore attenzione e preoccupazione delle isti-

⁷⁶ Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) – Regione Marche, *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, 2009, p. 103.

⁷⁷ S. D'Amato e M.G. Pompa, *Alcuni aspetti della normativa italiana correlati all'accesso del test Hiv*, in *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 46, 1, 2010, pp. 51 ss.

tuzioni il segnale che il problema non esista più o che sia stato comunque risolto⁷⁸.

Sempre relativamente all'Hiv/Aids, si riporta anche il nodo dell'aderenza alla terapia: non essendo in possesso di informazioni sufficienti molti migranti fanno fatica a comprendere e a seguire scrupolosamente la complessa terapia antiretrovirale, compromettendo ulteriormente la loro salute e rendendo vano, oltretutto, il costoso investimento nei medicinali. Inoltre, uno specialista di malattie infettive con cui abbiamo parlato ci ha spiegato che l'aderire scrupolosamente alla terapia prescritta ha degli effetti di rilievo sotto i profili di sanità pubblica: le terapie infatti, oltre a migliorare l'aspettativa di vita dell'individuo, se condotte correttamente riducono anche significativamente la viremia e di conseguenza la probabilità di trasmissione dell'infezione.

Relativamente al ruolo dell'informazione nell'ambito dell'Hiv/Aids, si pone in rilievo l'importanza ricoperta dalle attività di *counselling* fornite in occasione del test. Il *counselling* è un'importante occasione per comunicare al soggetto a rischio – sia prima che dopo il test – tutte le informazioni principali sui meccanismi di trasmissione dell'infezione, sulla prevenzione, sulla malattia, sulla terapia, nonché per identificare problemi sociali – di tipo abitativo, lavorativo, ecc. – che possono interferire negativamente sull'accesso alla prevenzione e alle cure ed essere eventualmente affrontati da altre strutture. Sarà ora evidente perciò l'importanza del test, non solo ai fini di diagnosticare l'infezione o – purtroppo in molti casi – la malattia, ma anche per accedere al canale informativo del *counselling*. Alcuni infettivologi con cui abbiamo parlato hanno sottolineato l'importanza di tale aspetto affermando che per ogni persona a cui si riesce a fare il *counselling* se ne raggiungono altre dieci tramite il passaparola⁷⁹.

Sarà ormai chiara l'importanza di rendere l'informazione sull'Hiv/Aids accessibile, in particolar modo alla popolazione migrante. Oltre a quanto detto poc'anzi sul ruolo del *counselling*, è certamente importante anche sfruttare i classici canali informativi, quali le campagne di sensibilizzazione. Tuttavia, a tal fine, si sottolinea come vi sia ormai la consapevolezza che le persone appartenenti ad altre culture non vengano raggiunti adeguatamente dalle campagne preventive mirate alla popolazione italiana. È indispensabile, dunque, realizzare delle campagne che utilizzino linguaggi, modalità espressive, contenuti e canali che tengano conto delle variabili culturali e quindi

⁷⁸ M. Martini e L. Di Pasquale, *Valutazione del gradimento delle campagne di prevenzione Hiv/Aids italiane rivolte agli immigrati*, in A. Colucci, P. Gallo, G. Rezza e A.M. Luzi (a cura di), *Convegno del National Focal Point italiano. Infezione da Hiv, Aids e popolazioni migranti: quali possibili interventi in ambito psico-socio-sanitario*, Istituto Superiore di Sanità, Rapporti Istituzionali 06/29, 2006, pp. 48-54.

⁷⁹ Come si vedrà in chiusura di capitolo, il passaparola risulta essere uno dei canali principali tramite il quale l'informazione si diffonde all'interno delle comunità migranti.

possano risultare efficaci nel raggiungere le popolazioni migranti⁸⁰. Sul tema dell'Hiv, in Italia, sono state realizzate varie campagne, tuttavia sino ad oggi è stata dedicata scarsa attenzione allo studio di determinanti che influenzano la percezione negli immigrati dei messaggi contenuti in queste campagne principalmente calibrate per un target italiano⁸¹.

iv) Il diritto alla salute e il diritto all'informazione

L'informazione è una componente essenziale del diritto alla salute. Il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali ha infatti indicato l'informazione come uno degli elementi portanti del contenuto normativo di tale diritto: costituisce uno dei pilastri che compongono il requisito dell'accessibilità dei servizi sanitari. Nello specifico, l'informazione include il diritto di cercare, di ricevere e di fornire informazioni e idee concernenti le problematiche di salute⁸². Inoltre, a un livello più generale, l'accesso all'informazione e all'educazione in materia sanitaria è uno dei determinanti sociali dai quali dipende, in larga misura, la realizzazione del diritto alla salute⁸³. A tal fine, è anche opportuno sottolineare come l'informazione giochi un ruolo centrale nell'eliminazione della discriminazione nell'ottenimento del massimo livello raggiungibile di salute⁸⁴. A ben vedere l'informazione gioca un ruolo centrale nel permettere alle persone di avere il controllo sulla propria salute e di migliorarla. L'informazione permette alle persone di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i bisogni e sapere affrontare l'ambiente circostante⁸⁵.

Il diritto alla salute, nella sua componente relativa all'accesso all'informazione, pone in capo allo Stato diversi obblighi. In base alla nota tripartizione degli obblighi dello Stato derivanti dai diritti umani, le autorità competenti hanno l'obbligo, in primo luogo, di rispettare il diritto alla salute evitando azioni che possano interferire con l'accesso a qualsiasi tipo di informazione in materia di salute o evitando di non comunicare informazioni essenziali per la salute. In secondo luogo, le autorità competenti hanno

⁸⁰ M. Martini e L. Di Pasquale, *Valutazione del gradimento delle campagne di prevenzione*, cit.

⁸¹ *Ibidem*.

⁸² Bisogna sottolineare, tuttavia, come l'accessibilità delle informazioni non debba in alcun modo contrastare con il diritto alla riservatezza in merito alle informazioni circa la salute personale; vedi in tal senso Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14*, cit., par. 12, lett. B), iv.

⁸³ *Ibidem*, par. 11.

⁸⁴ *Ibidem*, par. 18.

⁸⁵ S. Gruskin e D. Tarantola, *Health and Human Rights*, in R. Detels, J. McEwan, R. Beaglehole e H. Tanaka, (a cura di), *The Oxford Textbook of Public Health*, 4^a ed., Oxford, Oxford University Press, 2002.

l'obbligo di proteggere il diritto alla salute dalle violazioni di terzi. In tal senso, ai fini di questo paragrafo, è importante sottolineare come questo richieda, per esempio, che gli operatori del settore sanitario abbiano standard sufficienti di formazione, competenze e siano rispettosi dell'etica medica⁸⁶. Allo stesso tempo, le autorità sono obbligate a far sì che le parti terze non limitino l'accesso delle persone all'informazione in materia di salute e ai servizi⁸⁷. Infine, le autorità competenti hanno l'obbligo di realizzare e promuovere il diritto alla salute. Questo obbligo, per ciò che concerne l'informazione, prevede: *i*) il riconoscimento dell'importanza dell'informazione nel favorire effetti positivi sulla salute; *ii*) la richiesta che lo Stato rispetti l'obbligo di disseminare le informazioni appropriate concernenti gli stili di vita salutari, l'alimentazione, le pratiche tradizionali dannose per la salute e la disponibilità dei servizi; *iii*) fornire il supporto alle persone affinché siano in grado di prendere decisioni informate riguardanti la loro salute⁸⁸.

A livello più specifico, ci sono numerosi tipi di informazioni che gli strumenti internazionali richiedono agli Stati di fornire. Soffermandoci su gli elementi che più interessano ai fini di questa ricerca, si sottolinea come gli Stati debbano fornire informazioni sui servizi sanitari, sulla disponibilità di questi e sulla loro collocazione⁸⁹. Gli Stati devono inoltre fornire educazione sanitaria sui rischi per la salute e sulle abitudini/comportamenti da adottare per ridurli. L'educazione sanitaria deve anche fornire informazioni sull'Hiv/Aids, la salute sessuale e riproduttiva, le pratiche tradizionali, la violenza domestica, l'abuso di alcool, di tabacco, di sostanze stupefacenti e di altre sostanze dannose per la salute⁹⁰. Sebbene l'informazione in materia di salute non faccia parte del contenuto minimo essenziale del diritto alla salute, il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali ha affermato, numerose volte, che in diversi casi gli obblighi in materia di informazione sono di importanza paragonabile al contenuto minimo essenziale. A tal fine deve anche ricomprendersi l'educazione sanitaria («educazione e accesso a informazioni circa le principali problematiche di salute della comunità e i metodi di prevenzione e di controllo») e la formazione al personale sanitario («formazione adeguata per il personale sanitario, ivi compresa l'educazione in materia di diritti umani e di diritto alla salute»)⁹¹.

Più in generale, informazioni sulle politiche sanitarie sono altrettanto importanti in quanto rendono possibile la partecipazione degli individui nei processi decisionali in materia di diritto alla salute. A tal fine, è opportuno sottolineare come il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali spieghi

⁸⁶ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14*, cit., par. 35.

⁸⁷ *Ibidem*.

⁸⁸ *Ibidem*, par. 37.

⁸⁹ *Ibidem*, par. 36, 37 (iii).

⁹⁰ *Ibidem*, par. 36.

⁹¹ *Ibidem*, par. 37, par. 44 (d), (e).

che il diritto alla salute comprende il diritto di partecipare in tutti i processi decisionali in materia di salute al livello locale, nazionale e internazionale. Informazioni dettagliate sui piani sanitari sono perciò essenziali affinché gli individui possano effettivamente partecipare.

Le informazioni e l'educazione sanitaria devono essere accessibili a tutti gli individui senza discriminazione alcuna. Ciò è particolarmente rilevante per quanto concerne la condizione dei gruppi vulnerabili, come i migranti. In tal senso le autorità statali hanno l'obbligo di garantire l'accesso all'informazione in materia di salute ai segmenti più vulnerabili della popolazione. Il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali ha affermato che i determinanti della salute, tra i quali ricordiamo vi è proprio l'informazione, debbano essere accessibili a tutti sia in diritto che in fatto, senza discriminazione alcuna⁹².

Si sottolinea come maggiore sia la vulnerabilità di un determinato gruppo, maggiore debba essere l'attenzione posta sull'educazione e sull'informazione. Vedasi a tal fine quanto affermato dal Commento generale n. 14 sulla condizione delle donne: «La realizzazione del diritto alla salute delle donne richiede la rimozione di tutte le barriere che interferiscono con l'accesso ai servizi sanitari, all'educazione e all'informazione, anche riguardo l'area della salute sessuale e riproduttiva»⁹³. In tal senso si sono espressi anche altri strumenti come lo United Nations Population Fund⁹⁴, la Political Declaration on Hiv/Aids⁹⁵. La Fourth World Conference on Women di Pechino⁹⁶ e il Comitato Cedaw⁹⁷ hanno entrambi sottolineato l'importanza di fornire educazione e informazione in materia di salute sessuale e riproduttiva agli adolescenti in modo da prevenire la trasmissione di malattie a trasmissione sessuale e le gravidanze indesiderate. Pari importanza deve essere dedicata ai minori: rifacendosi alla Convenzione internazionale sui diritti del fanciullo, il Commento generale n. 14 sottolinea come il testo convenzionale ponga l'accento sull'accesso a informazioni adatte ai minori su comportamenti utili per la prevenzione e per la salute e sul supporto alle famiglie e alle comunità nel processo di realizzazione di queste pratiche, come strumenti essenziali per garantire accesso ai servizi sanitari per i minori e per le

⁹² *Ibidem*, par. 12 (b).

⁹³ *Ibidem*, par. 21.

⁹⁴ Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, *Unfpa at Work: Six Human Rights Case Studies*, New York, Unfpa, 2008.

⁹⁵ Assemblea generale, *Resolution 60/262. Political Declaration on Hiv/Aids*, UN Doc. A/RES/60/262 del 15 giugno 2006.

⁹⁶ Assemblea generale, *Resolution S-23/3. Further Actions and Initiatives to Implement the Beijing Declaration and Platform for Action*, UN Doc. A/RES/S-23/3 del 16 novembre 2000, par. 79 (f).

⁹⁷ Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, *Angola – Concluding Comments of the Committee*, UN Doc. A/59/38 del 18 agosto 2004, par. 163.

famiglie, inclusi i servizi per le madri pre e post natali⁹⁸. Grande attenzione va inoltre posta sugli adolescenti, in modo che venga offerto loro un ambiente sicuro e di sostegno che garantisca l'opportunità di partecipare nelle decisioni che concernono la loro salute, di acquisire le informazioni appropriate, di ricevere *counselling* ed essere consapevoli delle scelte in merito ai comportamenti che riguardano la salute⁹⁹.

Ora, risulta piuttosto evidente come il ruolo centrale dell'informazione e dell'educazione sanitaria non sia adeguatamente riconosciuto nel territorio torinese. Per quanto non manchino le iniziative, può sorgere il dubbio che sia stato fatto a sufficienza per garantire il maggior livello possibile di informazione nelle comunità migranti nonché tra gli operatori del settore sanitario. Come ampiamente dimostrato con l'analisi della normativa internazionale rilevante, si è posto in evidenza come l'informazione e l'educazione sanitaria occupino un ruolo centrale nell'assicurare la piena realizzazione del diritto alla salute, di tutti, e in particolar modo di un gruppo vulnerabile quali i migranti. Come visto in dettaglio in precedenza, il deficit informativo colpisce trasversalmente, su diverse aree, sia i migranti che gli operatori del settore sanitario. Tale fenomeno risulta particolarmente preoccupante soprattutto per quanto riguarda le carenze informative di chi opera, a diverso livello, nel settore della salute. Non è pensabile che chi debba offrire un servizio talmente importante non sia in possesso di informazioni sufficienti riguardo i diritti e le possibilità di accesso ai servizi per una fetta così ampia della popolazione. Tale problematica, inoltre, mina uno dei requisiti essenziale affinché i migranti accedano ai servizi sanitari: la fiducia. Il migrante che si rende conto di non ricevere informazioni sufficienti o corrette non potrà che perdere la fiducia nel personale e nel servizio in generale¹⁰⁰. Oltretutto, è opportuno sottolineare come sia paradossale che il deficit informativo colpisca proprio una delle categorie maggiormente vulnerabili della nostra popolazione e che in quanto tale ha più facilmente bisogno di accedere ai servizi sanitari.

Tirando le fila di quanto emerso, appare evidente la necessità che tutti i soggetti nella città di Torino coinvolti nelle aree della salute e della migrazione si impegnino per accrescere il livello di informazione sui temi emersi tra la popolazione migrante e, dove necessario, tra gli operatori del settore sanitario. È imprescindibile un forte impegno in tal senso da parte dell'amministrazione pubblica, sulla quale pende l'obbligo derivante dai diritti umani di adottare ogni misura utile volta al raggiungimento di tale obiettivo.

⁹⁸ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14*, cit., par. 22.

⁹⁹ *Ibidem*, par. 23.

¹⁰⁰ Sul ruolo della *fiducia* nell'accesso ai servizi sanitari da parte dei migranti, si veda anche il par. 5.1.2, punto ii), *Il diritto alla salute e l'accettabilità culturale: il ruolo essenziale del mediatore culturale*.

Educazione sanitaria

Come componente importante del diritto alla salute, le autorità hanno l'obbligo di fornire agli individui educazione sanitaria. Come lo stesso Comitato sui diritti economici, sociali e culturali ha affermato, le persone devono ricevere educazione sanitaria affinché possano prendere decisioni informate circa la loro salute e anche circa gli stili di vita¹⁰¹. Lo Stato ha l'obbligo di sostenere le persone nelle loro scelte, anche creando dei programmi di prevenzione e educazione su problematiche relative ai comportamenti e la salute¹⁰². L'educazione sanitaria si estende, inoltre, all'obbligo di diffondere informazioni appropriate circa gli stili di vita salutari, l'alimentazione, le pratiche tradizionali dannose per la salute e l'esistenza dei servizi sanitari¹⁰³. Anche il Relatore speciale sul diritto alla salute si è espresso in tal senso, confermando che il diritto alla salute comprende il diritto ad aver accesso a informazioni circa i comportamenti migliori per la salute e utili a fini preventivi nonché a informazione sui servizi sanitari¹⁰⁴.

Ai fini della nostra ricerca, è importante sottolineare come l'educazione sanitaria debba essere appropriata dal punto di vista culturale. Le campagne informative di sanità pubblica e i materiali utilizzati devono utilizzare i linguaggi e i media appropriati ed essere orientati culturalmente. Riteniamo che sia importante, a tal fine, che le informazioni diffuse siano adattate ai contesti locali e che le iniziative organizzate prevedano la partecipazione delle comunità rappresentate. Non si può certo affermare che a Torino manchino iniziative in tal senso. Sono molti i soggetti impegnati a fornire educazione sanitaria ai migranti, sia nel settore pubblico che nel privato sociale. Quanto ci sentiamo legittimati a dire in base a quanto osservato è che manca una metodicità e una costanza in tali iniziative. Spesso, progetti in tal senso sono il frutto dell'iniziativa di un singolo individuo particolarmente sensibile all'argomento o rientrano tra le attività del privato sociale. In entrambi i casi è evidente come non si possa garantire un'ampia copertura della popolazione migrante né una costanza nel tempo. La nostra impressione è che per realizzare e ottenere realmente dei risultati significativi in tal senso sia necessario un impegno costante e metodico delle autorità pubbliche nel loro insieme. Solo loro possono – e devono – garantire nel tempo iniziative in tal senso.

¹⁰¹ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14*, cit., par. 37.

¹⁰² *Ibidem*, par. 16.

¹⁰³ *Ibidem*, par. 37 (iii).

¹⁰⁴ Commissione dei diritti umani, *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Paul Hunt – Mission to Uganda*, UN Doc. E/CN.4/2006/48/Add.2 del 19 gennaio 2006, par. 33.

Formazione degli operatori del settore sanitario

Il diritto alla salute include il diritto a che gli operatori del settore sanitario siano formati adeguatamente e che abbiano accesso alle informazioni necessarie per assistere al meglio le persone. Sebbene l'attenzione principale degli organismi internazionali che si occupano di diritto alla salute – quali il Comitato sui diritti economici e sociali – si concentri principalmente sulla necessità di assicurare una formazione medica adeguata al personale sanitario – preoccupazione che certamente non riguarda il nostro sistema sanitario – si può ragionevolmente espandere la portata del requisito dell'informazione per adottare un'interpretazione maggiormente inclusiva del termine. Il personale del settore sanitario – medico e non – deve assolutamente essere in possesso di quelle informazioni necessarie ad assicurare la migliore assistenza a tutta la popolazione e in particolar modo ai gruppi vulnerabili quali i migranti. In tal senso si può, con maggiore specificità, riportare quanto il Comitato sui diritti economici, sociali e culturali ha affermato: l'obbligo di formare gli operatori sanitari include quello di garantire che questi siano in grado di riconoscere e di intervenire prontamente in ordine ai bisogni specifici dei gruppi vulnerabili e marginalizzati¹⁰⁵. È evidente come il deficit informativo riscontrato nella nostra indagine su Torino presso una buona parte del personale sanitario intervistato – ad ogni livello – non sia assolutamente in linea con quanto appena detto. Come si ricorderà, si è segnalato come molti operatori presentino gravi lacune circa i diritti della popolazione migrante, circa i servizi sanitari che sono a loro disposizione e circa l'utilizzo di questi.

Per quanto riguarda un'ulteriore specificità della condizione dei migranti, si può opportunamente sottolineare come parte di una formazione/informazione corretta e sufficiente del personale del settore sanitario sia la formazione sull'etnicità e sulla multiculturalità¹⁰⁶. I servizi offerti devono infatti essere rispettosi dell'etica medica e appropriati dal punto di vista culturale¹⁰⁷, come già discusso¹⁰⁸. Tuttavia, si può qui accennare come sovente gli operatori del settore sanitario siano scarsamente preparati nei confronti della multiculturalità. Molti migranti, ci è stato segnalato, lamentano una scarsa attenzione e pazienza da parte degli operatori, elemento che certamente rende ulteriormente difficoltoso il rapporto tra i migranti e i servizi sanitari.

¹⁰⁵ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14*, cit., par. 37 (ii).

¹⁰⁶ Consiglio per i diritti umani, *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, Paul Hunt, cit., par. 44.

¹⁰⁷ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14*, cit., par. 12 (c).

¹⁰⁸ Si veda il par. 5.1.2, *Accettabilità culturale*.

Educazione in materia di diritti umani

Parallela al tema trattato in questo capitolo, vi è la questione parimenti importante dell'educazione in materia di diritti umani degli operatori del settore sanitario¹⁰⁹. L'importanza di formare gli operatori del settore sanitario in materia di diritti umani è ampiamente riconosciuta a livello internazionale. Nella Dichiarazione di Vienna e nel Programma di Azione adottati nel giugno del 1993 dalla World Conference on Human Rights, gli Stati hanno riconosciuto tale urgenza. Allo stesso modo la World Medical Association raccomanda che le facoltà di medicina includano nei loro percorsi formativi corsi obbligatori su etica medica e diritti umani. Allo stesso modo, l'International Council of Nurses consiglia l'inclusione del tema dei diritti umani e il ruolo dell'infermiere nei programmi formativi infermieristici¹¹⁰.

Tuttavia, ancora oggi, i diritti umani sono ancora scarsamente integrati nei programmi di formazione e di aggiornamento del personale del settore sanitario. Come sottolineato dal Relatore speciale delle Nazioni Unite sul diritto alla salute, tutti gli operatori del settore sanitario dovrebbero almeno ricevere formazione sui diritti umani dei pazienti, ivi incluso il diritto alla salute, e i diritti dei gruppi vulnerabili, come le donne, i minori, i migranti, le persone affette da disabilità¹¹¹. La formazione in materia di diritti umani dovrebbe sempre includere istruzioni pratiche su come integrare un approccio basato sui diritti umani nella pratica clinica, compreso il come rispettare la dignità del paziente, identificare violazioni e garantire l'*empowerment* di pazienti e colleghi. Una formazione più specifica dovrebbe essere inoltre fornita a quegli operatori del settore sanitario che devono operare in ambienti più a rischio, quali le carceri, i servizi sanitari per la salute mentale, ecc.¹¹².

A Torino, ma anche in Italia in genere, il ruolo e l'insegnamento dei diritti umani è certamente inferiore a quanto richiesto dalle norme internazionali. Non solo nella maggior parte dei casi gli operatori del settore sanitario non ricevono una formazione specifica sui diritti umani, ma spesso anche le stesse facoltà di giurisprudenza prevedono un ruolo eccessivamente limitato all'insegnamento di queste materie. Come affermato numerose volte in questo rapporto, i diritti umani possono costituire un'efficace chiave di lettura e fornire indicazioni utili su come affrontare temi sensibili, quali i migranti e la salute.

¹⁰⁹ Si veda, *inter alia*, G. Backman e J.R. Fitchett, *Health and Human Rights Education: Time to Act*, in «The Lancet», vol. 375, n. 9718, 2008, p. 894.

¹¹⁰ Assemblea generale, *Report of Mr. Paul Hunt, Special Rapporteur of the Commission on Human Rights on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, UN Doc. A/60/348 del 12 settembre 2005, par. 12.

¹¹¹ *Ibidem*, par. 15. Si veda anche Consiglio per i diritti umani, *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Paul Hunt*, UN Doc. A/HRC/4/28 del 17 gennaio 2007, par. 43.

¹¹² *Ibidem*.

Le vie dell'informazione: il passaparola e la «peer education»

Dalle interviste condotte emergono con forza alcuni punti concernenti i canali tramite i quali l'informazione si diffonde con maggiore facilità all'interno delle comunità dei migranti.

In primo luogo, risulta in maniera pressoché incontrovertibile che il passaparola è in assoluto il mezzo più diffuso tramite il quale le informazioni si diffondono nelle comunità migranti. Tale fenomeno si può spiegare con varie ragioni, *in primis* la difficoltà di accedere e comprendere – per differenze linguistiche/culturali – altre fonti di informazione specialmente quelle più istituzionali, ma anche la maggiore fiducia che molti migranti ripongono negli altri migranti rispetto ad altri soggetti o fonti di informazione.

È evidente perciò come sia assolutamente necessario che i soggetti preposti a informare la popolazione migrante e non circa i servizi sanitari, l'accesso e l'utilizzo di questi, le problematiche di salute, la prevenzione e la cura, ecc. siano ben coscienti di questo fenomeno. Una campagna informativa, per quanto ben strutturata, ricca di informazioni e tarata sulla popolazione target, è destinata a fallire l'obiettivo qualora non prenda in considerazione l'aspetto fondamentale del come l'informazione deve essere trasmessa e come questa a sua volta passa di persona in persona.

Considerato quanto appena detto, sono opportune alcune considerazioni. Alla luce del ruolo del passaparola nella diffusione delle informazioni nelle comunità migranti, acquista un'importanza vitale l'individuazione dei migliori canali tramite i quali «immettere» le informazioni in tali comunità. Per quanto importanti e necessarie, le classiche campagne informative condotte utilizzando materiali informativi, l'affissione di manifesti o altro, tenderanno a raccogliere meno frutti di quanto auspicato. Un ruolo chiave può essere giocato dai leader di comunità e altre personalità rispettate all'interno delle comunità dei migranti, come i mediatori culturali. Assicurandosi che queste figure siano in possesso di una larga gamma di informazioni sui diversi aspetti sanitari – e non solo – può favorire la diffusione «a cascata» di informazioni corrette all'interno delle comunità.

Alla luce di ciò, ottimi risultati potrebbero essere forniti dall'inserimento di una componente di *peer education*. Rifacendosi a delle iniziative di successo già esistenti nella città di Torino¹¹³, è evidente come il formare un certo numero di migranti all'interno delle comunità – e possibilmente proprio quei migranti che godono di maggiore autorevolezza e rispetto, come per l'appunto i leader di comunità e i mediatori culturali – e l'assicurarsi che questi siano sempre in possesso di informazioni sufficienti e corrette, può portare grandi benefici. Come accennato, iniziative di questo genere esi-

¹¹³ Si veda Comitato collaborazione medica, progetto *Lo sapevi che...?*, informazioni disponibili su www.ccm-italia.org.

stono già in alcuni quartieri di Torino. Tuttavia tali iniziative, organizzate da associazioni del privato sociale, non hanno la capacità di raggiungere capillarmente la maggior parte della popolazione migrante. È importante che le autorità pubbliche competenti integrino con forza tale prospettiva nelle iniziative informative allargandone la portata.

Conclusioni sul ruolo dell'informazione

Sarà ora evidente il ruolo centrale che l'accesso all'informazione – compresa l'educazione sanitaria – ricopre nella realizzazione del diritto alla salute. L'informazione e l'educazione sanitaria sono il perno attorno al quale ruota la realizzazione del diritto. L'informazione è ciò che permette ai migranti di conoscere i loro diritti, di conoscere i servizi sanitari, di accedere ai servizi nelle modalità corrette, di essere in grado di adottare le misure preventive più comuni e di seguire una terapia nel modo corretto. L'accesso a informazioni sufficienti e corrette può realmente segnare il discrimine tra la realizzazione e la non-realizzazione del diritto alla salute. L'informazione è anche ciò che permette agli operatori del settore sanitario di fornire un servizio veramente adeguato ai pazienti migranti.

È evidente, da quanto riportato nel paragrafo precedente, come a Torino il livello di accesso e di diffusione di informazioni corrette sia tuttora insufficiente. Il deficit informativo colpisce indistintamente sia la popolazione migrante che gli operatori del settore sanitario, ponendo numerosi ostacoli sulla via della realizzazione del diritto alla salute. Al di là delle citate implicazioni in termini di diritti umani, investire nel miglioramento dell'informazione non potrà che giovare anche ai servizi stessi con un accesso più corretto e efficace e una possibile riduzione dei casi, grazie a una migliore diffusione di misure preventive e di cura.

5.2. Il diritto alle precondizioni sottostanti la salute

5.2.1. Diseguaglianze di salute e determinanti sociali

Abbiamo visto nel capitolo 2 che il contenuto normativo del diritto alla salute comprende al suo interno due macro-elementi: da un lato, il diritto alle cure sanitarie e, dall'altro, il diritto alle condizioni che rendono possibile il pieno godimento del diritto stesso, i cosiddetti «determinanti sociali della salute». Si nota tuttavia che sovente, nella dottrina e nelle elaborazioni in materia di diritti umani, il tema dei determinanti sociali risulta scarsamente approfondito: spesso ci si limita a fare riferimenti generici alla materia. Il presente paragrafo tenterà perciò in primo luogo, seppur senza velleità di completezza e senza l'intenzione di effettuare un'analisi esaustiva del

tema, di individuare i contorni principali della disciplina dei determinanti sociali, soffermandosi in particolare su quegli aspetti che più appaiono rilevanti per la prospettiva dei diritti umani. Laddove opportuno, si porrà infatti in evidenza come alcuni dei principali temi affrontati dalle elaborazioni in materia di determinanti sociali possano anche essere reinterpretati in un'ottica di diritti umani. In secondo luogo, il presente paragrafo, porrà in evidenza come il rapporto tra determinanti sociali e diritti umani si declini rispetto alla popolazione migrante nel contesto torinese.

Laddove possibile, per ognuno dei temi affrontati, si è tentato di combinare quanto emerso da una sintetica revisione della letteratura (principalmente a livello internazionale), con i dati epidemiologici esistenti (dati specifici relativi alla città di Torino o alla situazione a livello regionale e nazionale), ponendo in evidenza al contempo, qualora rilevante, l'eventuale corrispondenza con il dato qualitativo estratto dalle interviste condotte nel corso della ricerca.

Innanzitutto occorre chiarire cosa si intenda, in ambito di sanità pubblica, per «diseguaglianze» e per «determinanti sociali». Numerose indagini epidemiologiche hanno evidenziato come la speranza di vita e lo stato di salute dipendano in larga parte dalle situazioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano¹¹⁴. Le persone più povere hanno un alto rischio di malattia e mortalità prematura, sebbene la salute precaria non sia una caratteristica esclusiva dei più svantaggiati. Salute e malattia seguono infatti il gradiente sociale, a tutti i livelli di reddito: più bassa è la posizione socio-economica, peggiore sarà la salute¹¹⁵. Nei paesi sviluppati, una posizione socio-economica bassa implica, molto spesso, uno scarso livello di istruzione, accesso a pochi servizi, disoccupazione, insicurezza lavorativa, condizioni di lavoro malsane, residenza in quartieri pericolosi, con un conseguente impatto sulla salute¹¹⁶. Parafrasando Michael Marmot, pioniere dell'analisi sulle diseguaglianze sociali e delle loro conseguenze sulla salute, si può affermare che se esistono differenze sistematiche riguardanti la salute tra gruppi differenti di persone – e se queste differenze sono evitabili attraverso azioni ragionevoli – è la stessa esistenza di tali diseguaglianze ad essere ingiusta. Nell'ambito della sanità pubblica, questo sbilanciamento è indicato come «diseguaglianza di salute»¹¹⁷. Questo approccio rappresenta un allon-

¹¹⁴ M. Marmot, S. Friel, R. Bell, T.A. Houweling e S. Taylor, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, in «The Lancet», vol. 372, n. 9650, 2008, pp. 1661 ss. Per una discussione generale sul tema si veda anche F. Diderichsen, T. Evans e M. Whitehead, *The Social Basis of Disparities in Health*, in T. Evans et al. (a cura di), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, New York, Oxford University Press, 2001.

¹¹⁵ M. Marmot et al., *Closing the Gap in a Generation*, cit.

¹¹⁶ *Ibidem*.

¹¹⁷ Commissione sui determinanti sociali della salute, *Closing the Gap in a Generation*:

tanamento da una concezione puramente «medica» o «tecnologica» della sanità pubblica verso un'interpretazione della salute come un «fenomeno sociale» correlato a una più ampia esigenza di giustizia sociale¹¹⁸.

Proprio al fine di raccogliere dati circa le azioni che possono essere adottate per promuovere l'equità nella salute, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha istituito nel 2005 la Commissione sui determinanti sociali della salute (Csdh). Tale Commissione ha spiegato che esistono meccanismi sociali, economici e politici che favoriscono la stratificazione sociale sulla base del reddito, dell'istruzione, dell'occupazione, del genere, dell'origine etnica, oltre ad altri fattori. Questi ultimi costituiscono la categoria dei «determinanti strutturali delle disuguaglianze della salute» ed è a questi a cui ci si riferisce solitamente quando si parla genericamente di «determinanti sociali della salute»¹¹⁹. Giuseppe Costa riprende la denominazione di «cause delle cause» per designare questo tipo di determinanti delle disuguaglianze sociali della salute: questi agiscono come delle «premesse» che favoriscono l'azione di un'ulteriore categoria di determinanti caratterizzata da un impatto maggiormente diretto sulla salute¹²⁰. I determinanti di quest'ultima categoria sono detti, in gergo medico, «intermedi» o «prossimali».

La Csdh ha identificato tre sottocategorie di determinanti della salute intermedi: 1) i fattori materiali (salubrità dell'abitazione e dell'ambiente in cui si lavora, sicurezza della zona in cui si risiede, disponibilità di mezzi per acquistare cibo e abbigliamento, ecc.); 2) i fattori psico-sociali (stress psico-sociali, esistenza o mancanza di sostegno sociale, meccanismi di superamento delle difficoltà, ecc.); 3) i fattori comportamentali e biologici (stili di vita insalubri, quali dipendenze da fumo, alcool, sostanze stupefacenti, alimentazione non equilibrata dal punto di vista dell'apporto calorico e nutrizionale, sedentarietà, ecc.)¹²¹. Tutti questi fattori sono distribuiti in modo diverso tra i gruppi sociali. Infine, la Csdh identifica come un determinante a sé stante il sistema sanitario stesso, considerato il ruolo fondamentale che occupa nel mediare le conseguenze della malattia sulla sopravvivenza e sulla qualità della vita delle persone. Questa categoria riguarda principalmente l'accesso

Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, Who, 2008.

¹¹⁸ O. Solar e A. Irwin, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*, Geneva, Who, 2010, p. 10.

¹¹⁹ *Ibidem*, p. 5.

¹²⁰ G. Costa, *Le disuguaglianze di salute: una sfida per le discipline che si occupano di valutazione delle politiche*, in A. Brandolini, C. Saraceno e A. Schizzerotto (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Secondo Rapporto dell'Osservatorio sulle disuguaglianze sociali (Ods), Modena, Fondazione Ermanno Gorrieri per gli Studi Sociali, 2009.

¹²¹ *Ibidem*.

al sistema di diagnosi e di cura, che influenza la possibilità che il problema di salute si risolva oppure conduca alla disabilità o alla morte¹²².

Ai fini del presente studio, è importante evidenziare fin d'ora come, con poche eccezioni, gli immigrati godano di una posizione sociale meno favorevole e come le ricerche indichino che questo sia fortemente legato ai loro problemi di salute¹²³. Lo svantaggio sociale incontrato dagli immigrati, rafforzato da diversi processi di esclusione e discriminazione sociale, può essere considerato la principale causa di molti dei problemi di salute che affliggono questa fascia della popolazione¹²⁴.

5.2.2. Un dialogo tra sanità pubblica e diritti umani

Come è possibile legare quanto descritto poc'anzi al nostro quadro concettuale? Bisogna sottolineare fin da subito come già esista un ampio corpo di letteratura che tenta di costruire un dialogo tra queste due discipline¹²⁵, facendo leva sulla constatazione che, in ultima analisi, entrambe hanno un obiettivo comune: l'avanzamento del benessere umano e l'*empowerment* delle persone più svantaggiate e marginalizzate. Proprio tale punto di contatto può fornire un importante contributo alla nostra discussione.

In estrema sintesi – pur consci delle differenze che separano le due discipline in termini di visione, di linguaggio e di priorità – il legame tra diritti umani e sanità pubblica è individuabile nella considerazione che se da un lato, come già visto, la salute dipende da fattori sociali, dall'altro lato, questi fattori possono essere influenzati dal grado di realizzazione dei diritti umani (o dalla loro mancata realizzazione). Pratici e teorici di entrambi i campi riconoscono, per esempio, che la discriminazione, o altre violazioni di diritti umani, hanno un impatto diretto sulla salute e sul benessere di un

¹²² *Ibidem*, p. 6.

¹²³ Organizzazione mondiale della sanità, *How Health Systems Can Address Health Inequities Linked to Migration and Ethnicity*, Copenhagen, Who Regional Office for Europe, 2010.

¹²⁴ *Ibidem*.

¹²⁵ Si vedano, *inter alia*, S. Gruskin, J.D. Mills e D. Tarantola, *Health and Human Rights 1: History, Principles and Practice of Health and Human Rights*, in «The Lancet», vol. 370, n. 9585, 2007, pp. 449 ss.; J. Mann, S. Gruskin, M. Grodin e G. Annas (a cura di), *Health and Human Rights: A Reader*, New York, Routledge, 1999; S. Gruskin, M. Grodin, G. Annas e S. Marks, *Perspectives on Health and Human Rights*, New York, Routledge, 2005; B. Wilson, *Social Determinants of Health from a Rights-Based Approach*, in A. Clapham e M. Robinson (a cura di), *Realising the Right to Health*, Geneva, Ruffe & Rub, 2009; P. Hunt, *The Right to Health: From the Margins to the Mainstream*, in «The Lancet», vol. 360, n. 9348, 2002, pp. 1878 ss.; International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, *The Public Health. Human Rights Dialogue*, in J. Mann *et al.*, *Health and Human Rights*, cit., pp. 45-53; M. Susser, *Health as a Human Right: An Epidemiologist's Perspective*, in «American Journal of Public Health», 83, 1993, pp. 418 ss.; J. Mann, *Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights*, in J. Mann *et al.*, *Health and Human Rights*, cit., pp. 439 ss.

individuo e che sono le questioni sociali sottostanti – quelle che determinano «chi vive e chi muore, quando e di cosa» – a dover essere affrontate¹²⁶. Tali questioni sottostanti possono anche essere viste al contempo come un ostacolo al pieno godimento dei diritti umani, e *in primis* del diritto alla salute. Inoltre, in ultima analisi, sia la sanità pubblica che i diritti umani individuano nei governi i responsabili della creazione delle condizioni necessarie affinché le persone possano compiere le proprie scelte, far fronte alla vulnerabilità e mantenersi in salute¹²⁷.

Un ulteriore punto di contatto fra le due discipline risiede nella rilevanza data al controllo che le persone hanno sul proprio destino e nella capacità di utilizzare quelle risorse che servono a realizzare il destino che quella persona ritiene che meriti di essere realizzato¹²⁸. Questo approccio affonda le radici nella teoria sulle *capabilities* di Amartya Sen¹²⁹, che sostituisce al concetto tradizionale di benessere materiale – inteso come disponibilità di risorse – un'idea di «star bene» (*well-being*). Questa costituisce una condizione più estesa che include «ciò che l'individuo può fare o può essere» a partire dai mezzi e dalle risorse a disposizione, in relazione anche alle capacità delle persone di trasformare questi mezzi in realizzazioni, traguardi e risultati che esse intendono conseguire. L'insieme dei traguardi potenzialmente raggiungibili (spazio delle capacità o *capability set*) o di quelli effettivamente raggiunti contribuisce in maniera rilevante a determinare il benessere e la qualità della vita delle persone¹³⁰.

Dal punto di vista della sanità pubblica, la salute costituisce un prerequisito necessario a garantire la piena auto-determinazione e la libertà della persona. Tuttavia, allo stesso tempo, le condizioni sociali che forniscono alle persone una maggiore capacità di auto-determinazione e di controllo sulle loro vite e sul loro lavoro sono associate a condizioni di salute migliori¹³¹. Dal punto di vista dei diritti umani¹³², il diritto alla salute mira a creare le

¹²⁶ J. Mann *et al.*, *Health and Human Rights*, cit., p. 3.

¹²⁷ S. Gruskin e D. Tarantola, *Health and Human Rights*, cit.

¹²⁸ G. Costa, *Le disuguaglianze di salute*, cit., p. 4.

¹²⁹ A. Sen, *Development as Freedom*, Oxford, Oxford University Press, 1999. Si veda anche Id., *Capability and Well-being*, in M. Nussbaum e A. Sen (a cura di), *The Quality of Life*, Oxford, Clarendon Press, 1993, pp. 31 ss.

¹³⁰ M. Biggeri e N. Bellanca, *L'approccio delle capability applicato alla disabilità: dalla teoria dello sviluppo umano alla pratica*, Progetto Increasing the capacities of local administrators and officials in defining policies consistent with the Sustainable Human Development Approach (UmanamENTE), 2011, pp. 12-17, disponibile su www.umanam-ente.org.

¹³¹ O. Solar e A. Irwin, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit., p. 12.

¹³² Esiste una discreta letteratura sul dialogo tra diritti umani e approccio basato sulle *capabilities*. Senza pretesa di completezza, si veda M. Nussbaum, *Capabilities and Human Rights*, in «Fordham Law Review», 66, 1997, pp. 273 ss.; Id., *Capabilities, Human Rights and the Universal Declaration*, in B.H. Weston e S.P. Marks (a cura di), *The Future of Internatio-*

condizioni sociali necessarie affinché i gruppi svantaggiati siano in grado di raggiungere il maggiore livello possibile di controllo sulla loro salute¹³³. Il controllo sui fattori principali che influenzano la salute è una componente essenziale della capacità delle persone (e delle comunità) di decidere come intendano vivere.

L'ex Relatore speciale delle Nazioni Unite, Paul Hunt, afferma chiaramente che un approccio alla salute basato sui diritti umani deve essere obbligatoriamente legato ai determinanti sociali. Tale affermazione affonda indubbiamente le proprie radici nel dettato del Commento generale n. 14¹³⁴. La quasi totalità dei rapporti presentati dal Relatore speciale nel corso del suo mandato contengono, infatti, riferimenti ai determinanti sociali, con un'attenzione ricorrente alla discriminazione e alla povertà. Molti dei principali determinanti sociali della salute contenuti nel rapporto della Csdh trovano inoltre il loro corrispettivo nell'ambito dei diritti economici e sociali. Basti pensare all'alimentazione adeguata, alle condizioni di lavoro sicure, all'abitazione, all'istruzione: questi elementi sono tutti elencati come diritti, o componenti di diritti, nel Patto internazionale sui diritti economici sociali e culturali.

Quanto appena detto trova conferma in un commento di Paul Hunt al Rapporto della Csdh in cui il Relatore speciale sostiene che il documento sia, fondamentalmente, un «rapporto sui diritti umani»¹³⁵. Questo infatti denuncia la disuguaglianza e la discriminazione sistematica su scala globale, elementi che a ben vedere costituiscono «il cuore dei diritti umani»¹³⁶. Egli inoltre sostiene che l'approccio dei diritti umani non può essere considerato come concettualmente separato dalle teorizzazioni in materia di determinanti sociali e delle rivendicazioni di equità in ambito sanitario. Piuttosto, attraverso elementi fondamentali quali trasparenza, partecipazione, accesso equo, monitoraggio, responsabilità, esso rafforza questi altri approcci¹³⁷. Come abbiamo affermato nella nostra *Introduzione*, i diritti umani pongono obblighi giuridici in capo agli Stati e, in questo particolare contesto, obbligano i governi ad agire sui determinanti sociali qualora essi danneggino la salute¹³⁸. In

nal Human Rights, Ardsley, Transnational Publishers, 1999; M. Nussbaum e A. Sen (a cura di), *The Quality of Life*, Oxford, Oxford University Press, 1993.

¹³³ A.E. Yamin, *Defining Questions: Situating Issues of Power in the Formulation of a Right to Health under International Law*, in «Human Rights Quarterly», 18, 2, 1996, pp. 398 ss.

¹³⁴ Come visto nel capitolo 2, il Commento generale n. 14 interpreta il diritto alla salute come ricomprensivo non solo un accesso tempestivo e adeguato ai servizi sanitari, ma anche i determinanti della salute.

¹³⁵ P. Hunt, *Missed Opportunities: Human Rights and the Commission on Social Determinants of Health*, in «Global Health Promotion», 16, 1, 2009, pp. 36 ss.

¹³⁶ *Ibidem*.

¹³⁷ *Ibidem*, p. 39.

¹³⁸ Si veda anche P. Braveman e S. Gruskin, *Defining Equity in Health*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», 57, 2003, pp. 254 ss.

tal senso Paul Hunt spiega che, dal punto di vista dei diritti umani, misurarsi con i determinanti sociali costituisce infatti un «imperativo giuridico» e non solo un mero «imperativo etico»¹³⁹. I diritti umani, in buona sostanza, hanno la capacità di dare mordente a principi quali equità e etica¹⁴⁰.

Due anni dopo la pubblicazione del rapporto Csdh, l'Oms, in un nuovo documento volto a inquadrare la cornice concettuale dei determinanti sociali, ha esplicitamente riconosciuto quanto appena affermato asserendo che i diritti umani forniscono «la struttura concettuale adeguata grazie alla quale è possibile avanzare verso *health equity* tramite un'azione mirata sui determinanti sociali della salute»¹⁴¹. L'Oms riconosce quanto detto in precedenza, affermando che i diritti umani trasformano rivendicazioni sociali generiche in specifiche rivendicazioni giuridiche e politiche e che forniscono, come visto nel capitolo 2, una serie di criteri in base ai quali valutare le azioni delle autorità politiche nel promuovere il benessere delle persone. In questo senso, i diritti umani possono offrire una solida base per l'azione e per la programmazione a favore del diritto alla salute, perché forniscono un argomento più che persuasivo riguardo alla responsabilità dei governi sia nel fornire servizi sanitari che nel modificare le condizioni che creano, inaspriscono e perpetuano povertà, emarginazione e discriminazione¹⁴².

5.2.3. Diseguaglianze di salute e determinanti nella città di Torino

Abbiamo già visto che la diversa esposizione a influenze negative per la salute – date dall'ambiente fisico, sociale e lavorativo – è fortemente associata alla stratificazione sociale. Sulla base di tali influenze, alcuni gruppi nella società vivono differenze marcate per ciò che riguarda le condizioni materiali, psicosociali e comportamentali, elementi che li rendono maggiormente vulnerabili a problemi di salute. In base a quanto riscontrato da un importante studio della realtà torinese¹⁴³, emerge che la salute della popolazione a Torino è distribuita in modo disuguale all'interno della città «secondo differenze geografiche che sono correlate alla geografia della deprivazione», differenze che hanno a che fare con il grado di autonomia e controllo delle persone sulle proprie condizioni di vita¹⁴⁴.

¹³⁹ *Ibidem*, p. 38.

¹⁴⁰ *Ibidem*.

¹⁴¹ O. Solar e A. Irwin, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit., p. 12.

¹⁴² S. Gruskin, *Rights-Based Approaches to Health*, in «Health and Human Rights», 9, 2, pp. 5 ss.

¹⁴³ Città di Torino-Divisione Servizi Sociali e rapporti con le Aziende Sanitarie-Servizio Sovrazonale di Epidemiologia-Asl 5, *La salute a Torino... verso un profilo di salute*, 2006.

¹⁴⁴ *Ibidem*.

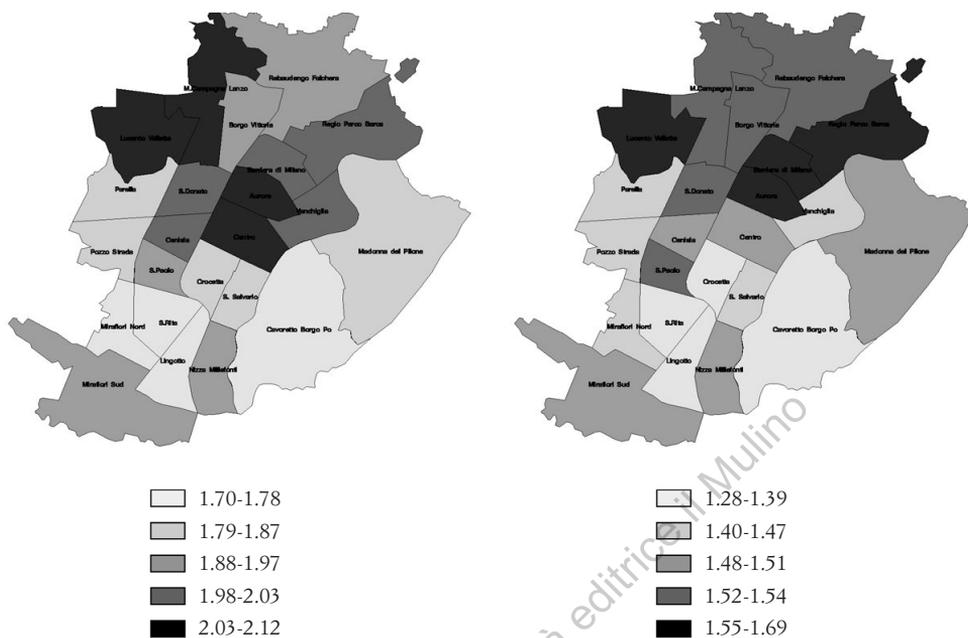


FIG. 1. Mortalità nei quartieri di Torino; tassi standardizzati (per 100 anni-persona), riferimento popolazione torinese nel periodo 2001-2011. Uomini

Fonte: Elaborazioni a cura del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

Sulla base dei dati emersi dallo studio di cui sopra, si può affermare che la dimensione socio-economica rappresenta il principale determinante delle differenze di salute all'interno della città di Torino. Alcune stime riferite agli anni Duemila, mostrano che tra la popolazione maschile torinese che vive nel 20% degli isolati più ricchi e quella che vive nel 20% degli isolati più poveri, esiste una differenza di 4 anni di speranza di vita. Per la popolazione femminile, la differenza si riduce a 2 anni. È opportuno sottolineare come tale divario è cresciuto nel corso degli anni: a tal fine basti pensare che la popolazione residente negli isolati più poveri della città ha raggiunto solo negli anni Duemila la speranza di vita che i residenti degli isolati più ricchi avevano raggiunto ben 15 anni prima¹⁴⁵.

¹⁴⁵ Elaborazioni a cura del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

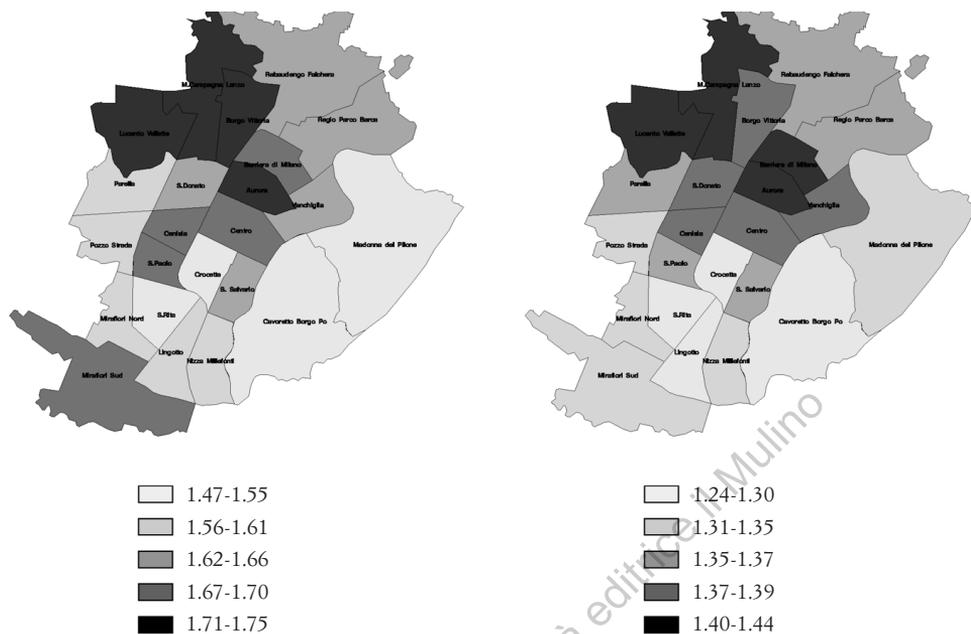


FIG. 2. Mortalità nei quartieri di Torino; tassi standardizzati (per 100 anni-persona), riferimento popolazione torinese nel periodo 2001-2011. Donne.

Fonte: Elaborazioni a cura del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

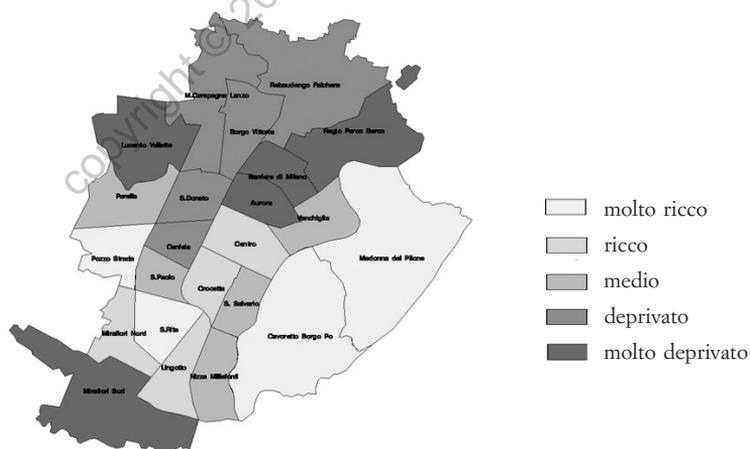


FIG. 3. Indice di deprivazione socio-economica al censimento nei quartieri di Torino.

Fonte: Elaborazioni a cura del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3.

i) *Determinanti «strutturali»*

Un'analisi approfondita dei «determinanti strutturali» della salute richiederebbe di soffermarsi su una serie di variabili estremamente complesse, esercizio che trascende i contorni di questa ricerca. La presente ricerca, infatti, non mira alla dignità di uno studio epidemiologico, ma si limita piuttosto a porre in risalto l'impatto sulla salute dei determinanti sociali a Torino e dimostrare come la popolazione migrante, rientrando nelle fasce più svantaggiate della popolazione, riscontri in misura maggiore le problematiche di salute legate alla deprivazione.

Nel presente paragrafo si tenterà di individuare sinteticamente l'origine di tali differenze di salute – soffermandosi sui principali determinanti strutturali (*reddito, istruzione, occupazione, classe sociale, genere e provenienza etnica*) – e di chiarire in che posizione si colloca la categoria dei migranti all'interno di questo quadro.

a) *Reddito*¹⁴⁶: il reddito influisce su una serie di circostanze materiali che a loro volta hanno un impatto diretto sulla salute, quali la possibilità di acquistare cibo di qualità, di poter vivere in condizioni abitative adeguate e di accedere a servizi che possono influenzare la salute (non solo trattamenti sanitari ma anche la possibilità di praticare sport, di svagarsi), oltre ad aiutare l'autostima e la posizione sociale. Vi è inoltre da porre in rilievo la relazione tra le problematiche di salute e la diminuzione del reddito e del potenziale guadagno: una persona ha più probabilità di scendere maggiormente nella scala sociale, a causa di una malattia, se già si trova in una posizione sociale bassa.

Secondo i dati dell'Istat il reddito delle famiglie con stranieri è poco più della metà di quello delle famiglie italiane¹⁴⁷. Secondo gli stessi dati, il 43,9% delle persone che vivono in una famiglia con stranieri è a rischio di povertà; la quota sale al 49,1% se la famiglia è composta da soli stranieri e scende al 32,7% se mista. Tra le persone che vivono in famiglie di soli italiani, il 17,4% è a rischio di povertà¹⁴⁸.

b) *Istruzione*: il livello di istruzione è spesso usato in epidemiologia come l'indicatore con maggiore capacità di classificare la posizione sociale della persona di qualsiasi età e genere. L'istruzione ha una forte influenza sul reddito, sulle possibilità di trovare un'occupazione e in generale sulla posizione socio-economica di una persona; inoltre l'istruzione è l'indicatore più

¹⁴⁶ O. Solar e A. Irwin, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit. Si veda anche B. Galobardes *et al.*, *Indicators of Socioeconomic Position (Part 1)*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», 60, 2006, pp. 7 ss.

¹⁴⁷ Istat, *I redditi delle famiglie con stranieri: periodo di riferimento 2008-2009*, 2001.

¹⁴⁸ *Ibidem*.

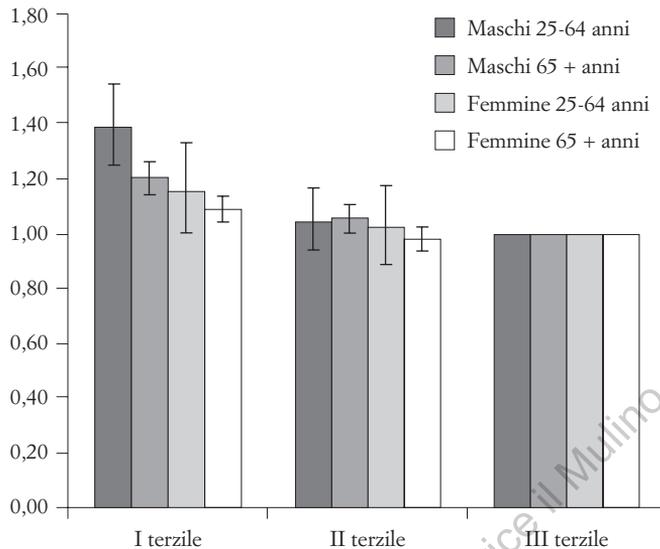


FIG. 4. Rischio relativo di morte (aggiustato per età, area di nascita, stato civile ed istruzione) per tertile del reddito mediano 2008, relativo alla sezione censuaria di residenza (riferimento: terzo tertile). Popolazione residente a Torino nel 2008, seguita per *follow up* di mortalità fino a settembre 2011.

Fonte: Elaborazioni a cura del Servizio Sovrazonale di Epidemiologia Asl TO3, in collaborazione con la Direzione servizi tributari del Comune di Torino.

segnato dalla posizione sociale della famiglia di origine¹⁴⁹. Nel nostro contesto locale, i risultati dello Studio Longitudinale Torinese¹⁵⁰ dimostrano che il rischio di mortalità a parità di età cresce regolarmente al decrescere del livello d'istruzione sia tra gli uomini che tra le donne. Tra gli uomini di 25-64 anni, il rischio di morte dei meno istruiti è più del doppio di quello osservato tra i più istruiti. Tra le donne, tale eccesso è di poco inferiore¹⁵¹.

¹⁴⁹ O. Solar e A. Irwin, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit.

¹⁵⁰ Lo Studio Longitudinale Torinese (SlT) è «un sistema che dispone di informazioni demografiche e socio-economiche di fonte anagrafica e censuaria, a livello individuale ed aggregato, interconnesse con indicatori di ricorso ai servizi sanitari, ricavabili dai sistemi informativi sanitari, attraverso procedure di *record-linkage*». Il patrimonio informativo ed il disegno dello SlT permettono il monitoraggio prospettico della mortalità e di prestazioni del servizio sanitario erogate alla popolazione torinese, in relazione alle caratteristiche sociali e demografiche delle persone, così come sono rilevate dai censimenti di popolazione e dalle anagrafi. Attualmente lo studio coinvolge, con diversi gradi di copertura, tutta la popolazione della città di Torino secondo le risultanze dell'anagrafe storica dal 1° gennaio 1971 al 30 ottobre 2011, per un totale di oltre 2 milioni di individui registrati nell'archivio storico dell'anagrafe comunale. G. Costa, M. Cardano e M. Demaria, *Torino, Storie di salute in una grande città*, Torino, Osservatorio socio-economico torinese, Ufficio statistico Città di Torino, 1998.

¹⁵¹ Studio Longitudinale Torinese, cit.

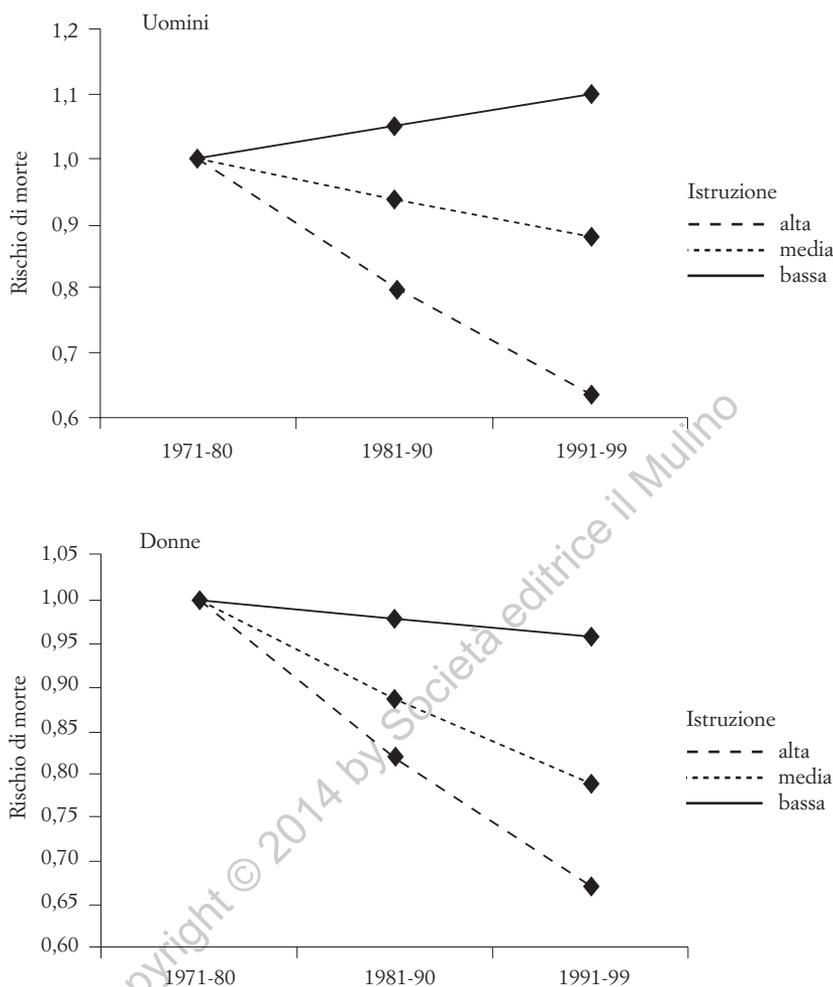


FIG. 5. Andamento temporale del rischio di morte (aggiustato per età, area di nascita, tipologia abitativa e deprivazione del quartiere) per istruzione. Residenti a Torino. Soggetti di età tra 0-64 anni.

Fonte: Città di Torino, *La salute a Torino*, cit., p. 25.

Sebbene nel complesso gli stranieri in Italia abbiano un buon livello di istruzione, si segnalano le minori percentuali di stranieri in possesso di un titolo universitario (il 10% degli stranieri contro il 13,3 degli italiani)¹⁵² e le percentuali superiori di stranieri con un livello di istruzione fino alla licenza media (49,7% degli stranieri contro il 46,32 degli italiani)¹⁵³. Le percentuali

¹⁵² Istat, 2010. Dati disponibili su noi-italia.istat.it.

¹⁵³ *Ibidem*.

di stranieri in possesso di un diploma sono sostanzialmente uguali a quelle degli italiani (40,3% per gli stranieri, 40,4% per gli italiani)¹⁵⁴.

Ai fini della nostra ricerca, e in particolar modo considerato il nostro tentativo di porre in evidenza alcuni punti di contatto tra la disciplina dei determinanti sociali e dei diritti umani, occorre segnalare che l'istruzione, come noto, possa essere anche vista sotto la lente dei diritti umani. Il diritto all'istruzione è infatti sancito dagli artt. 13 e 14 del Patto internazionale sui diritti economici e sociali. Un aspetto particolarmente interessante ai nostri fini è l'interconnessione del diritto all'istruzione con altri diritti. Se da un lato tutti i diritti umani sono da considerarsi interdipendenti e interconnessi¹⁵⁵, è altrettanto vero dall'altro che il diritto all'istruzione può essere visto come una premessa essenziale di altri diritti qualora sia realizzato. Utilizzando una metafora, si può affermare che questo «sblocca» la piena realizzazione di altri diritti. A contrario, la sua negazione preclude il godimento di tutti i diritti umani¹⁵⁶. In tal senso il diritto all'istruzione è il diritto «strumentale» per eccellenza¹⁵⁷. Se si volge nuovamente lo sguardo al tema delle *capabilities*, a cui si è fatto riferimento nel par. 5.2.2 del presente capitolo, si nota come l'istruzione è uno dei principali fattori che rende le persone in grado di godere di una maggiore scelta, permette l'*empowerment* e la partecipazione informata a decisioni circa comportamenti che hanno effetti sulla salute. Il godimento di molti diritti economici e sociali sono direttamente legati alla realizzazione del diritto all'istruzione: da un lato le credenziali educative con cui una persona si affaccia sul mercato del lavoro sono uno dei principali determinanti del suo successo lavorativo e, all'altro, le competenze accumulate con l'istruzione hanno un ruolo diretto per assicurare il diritto alla salute. Abbiamo visto in precedenza¹⁵⁸ quale spazio occupi l'informazione nel garantire il godimento del diritto alla salute e in particolar modo nel garantire l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari: il ruolo assunto dall'istruzione in tal senso è evidente e di grande rilievo. Maggiore è il livello di istruzione di una persona, maggiore sarà la consapevolezza di questa persona dei propri diritti e l'accesso all'informazione su diversi temi relativi alla salute. Il diritto all'istruzione influenza anche la salute stessa, in quanto

¹⁵⁴ *Ibidem*.

¹⁵⁵ La Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sui diritti umani, svoltasi a Vienna dal 14 al 25 giugno 1993, ha affermato, nella relativa Dichiarazione e Programma d'azione, che: «Tutti i diritti umani sono universali, indivisibili, interdipendenti e interconnessi. La comunità internazionale ha il dovere di trattare i diritti umani in modo globale e in maniera corretta ed equa, ponendoli tutti su un piano di parità e valorizzandoli allo stesso modo».

¹⁵⁶ K. Tomasevski, *The State of the Right to Education Worldwide, Free or Fee: 2006 Global Report*, Copenhagen, 2006, p. xxi.

¹⁵⁷ M. Mustaniemi-Laakso, *The Right to Education: Instrumental Right Par Excellence*, in M.E. Salomon *et al.* (a cura di), *Casting the Net Wider: Human Rights, Development and New Duty-Bearers*, Mortsels, Intersentia, 2007.

¹⁵⁸ Si veda il par. 5.1.3, punto *iii*), *Il ruolo dell'informazione*.

migliora il livello informativo necessario per prendere decisioni in materia di salute e favorisce l'adozione di stili di vita più salubri.

c) *Occupazione*: l'occupazione, nell'accezione attribuita dalla Csdh, indica non solo l'esposizione a rischi specifici (ambientali, infortuni, esposizione ad agenti chimici), di cui si parlerà più avanti, ma anche e soprattutto l'influenza che questo fattore esercita sulla posizione che una persona occupa nella gerarchia sociale e la posizione nel mercato del lavoro. In particolare, l'occupazione può influenzare lo stress da lavoro, il controllo, l'autonomia, nonché la salute tramite processi psicosociali.

Per ciò che concerne la categoria oggetto di questo studio, la popolazione migrante, bisogna tuttavia sottolineare come «gli indicatori occupazionali» riescano a fotografare solo parzialmente la condizione di questo segmento della popolazione. Questi indicatori solitamente non includono infatti le persone che lavorano nel mercato del lavoro nero, fenomeno che come è noto colpisce in particolar modo proprio la popolazione migrante e specialmente i migranti irregolari.

d) *Genere*: in base a quanto affermato dall'Oms, dal punto di vista dei determinanti sociali per «genere» si intende quell'insieme di «convenzioni culturali, ruoli e comportamenti in grado di influenzare la relazione tra uomo e donna»¹⁵⁹. Le diseguaglianze operano tramite relazioni di potere a vari livelli e anche al «micro-livello della dimensione domestica»¹⁶⁰. In molte società, le differenze di genere hanno un impatto sulla salute sia diretto (tramite violenza domestica¹⁶¹, mutilazioni genitali)¹⁶² che indiretto (status sociale inferiore e mancanza di controllo decisionale e sulle risorse e conseguentemente anche sulla salute). Vari studi epidemiologici dimostrano, infatti, che una buona parte delle problematiche prevenibili di salute sofferte dalle donne solo legate direttamente o indirettamente alle divisioni di genere¹⁶³.

¹⁵⁹ Si veda N. Krieger, *Theories for Social Epidemiology in the 21st Century: An Ecosocial Perspective*, in «International Journal of Epidemiology», 30, 4, 2001, pp. 668 ss., citato in O. Solar e A. Irwin, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit.

¹⁶⁰ O. Solar e A. Irwin, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit., p. 22.

¹⁶¹ Si veda R. Cook, *Gender, Health and Human Rights*, in J. Mann et al., *Health and Human Rights*, cit.

¹⁶² Si veda C.L. Annas, *Irreversible Error: The Power and Prejudice of Female Genital Mutilation*, in J. Mann et al., *Health and Human Rights*, cit.

¹⁶³ L. Doyal, *Gender Equity in Health: Debates and Dilemmas*, in «Social Science and Medicine», 51, 6, 2000, pp. 931 ss., citato in O. Solar e A. Irwin, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit., p. 34. Si veda anche L. Doyal, *What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1995.

Nel corso delle interviste condotte nell'ambito della presente ricerca, è emerso più volte il problema dei danni alla salute delle donne migranti legati, in modi diversi, alla concezione dei ruoli di genere nelle loro società di appartenenza. È risultato evidente che lo status subordinato di molte donne, rinforzato da convinzioni religiose e/o sociali, le espone ad una maggiore vulnerabilità. Grande attenzione è stata posta durante i colloqui avuti sull'ambito della salute riproduttiva, in cui si nota come in certe comunità migranti le donne siano private del pieno controllo sulle relazioni sessuali: ciò comporta per loro una maggiore difficoltà, per esempio, nel pretendere l'uso del preservativo anche nel caso in cui il partner o il marito sia affetto da malattie a trasmissione sessuale o, più semplicemente, nel pianificare le gravidanze¹⁶⁴. A tal fine basti riportare quanto riferitoci da diversi operatori sanitari che affermavano che sovente le donne appartenenti a determinate comunità si presentano alle visite mediche solo se accompagnate dal marito, il quale molte volte agisce anche da interprete. Le donne di queste comunità sono spesso dipendenti economicamente dal marito e non godono di una rete di supporto, familiare o esterna, alla quale appoggiarsi.

Ulteriori problematiche relative alle dinamiche di genere riguardano la violenza domestica – di cui si approfondiranno alcuni aspetti nei paragrafi successivi – e le mutilazioni genitali femminili (Mgf)¹⁶⁵. Come emerso chiaramente nel corso di un colloquio avuto con una dottoressa esperta di tali tematiche, le mutilazioni genitali femminili risultano diffuse anche nella popolazione migrante a Torino. In base a quanto riferitoci, seppur non esistano dati quantitativi veritieri a riguardo, l'impressione degli operatori sanitari è che l'incidenza di tali pratiche sia notevole. Questo sentire è alimentato dalla presenza di donne, mutilate a vario grado, che si recano in ospedale per il parto, seppure i ginecologi nell'esercizio quotidiano della loro professione sembrano non incontrare mai donne – e tanto meno minori – mutilate.

In base ai dati dell'Oms sarebbero tra i 100 e 130 milioni le donne nel mondo che hanno subito mutilazioni genitali (circa 2 milioni ogni anno). Di queste circa 500.000 sono immigrate o rifugiate in Europa e si stima che 38.000 donne e 20.000 bambine sottoposte a Mgf vivano in Italia (secondo i dati Istat in Piemonte sono oltre 7.000 le donne e le minori/bambine provenienti dai paesi interessati al fenomeno). L'essere state sottoposte a Mgf comporta per queste donne un maggior rischio di complicanze fisiche, psicologiche, sessuali e ostetriche.

¹⁶⁴ J. Du Guerny e E. Sjöberg, *Interrelationship between Gender Relations and the Hiv/Aids Epidemic: Some Possible Considerations for Policies and Programs*, in J. Mann et al., *Health and Human Rights*, cit., p. 203.

¹⁶⁵ Le mutilazioni genitali, in base alla definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, sono «procedure che comportano la rimozione (a vario grado) dei genitali esterni femminili sia per ragioni culturali che per ragioni non terapeutiche». Organizzazione mondiale della sanità, *Fact Sheet 241: Female Genital Mutilation*, 2012, disponibile su www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en.

e) *Provenienza*: esiste un'ampia letteratura nell'ambito dell'epidemiologia, che dimostra come il livello di salute tra le minoranze e le comunità migranti sia sovente inferiore rispetto alla salute dei gruppi più privilegiati o, in generale, della media della popolazione. Come si è già ampiamente ripetuto, la maggiore vulnerabilità dei migranti rispetto ad altri segmenti della popolazione ai problemi di salute costituisce un tema centrale anche nell'ambito dei diritti umani.

Anche nel caso della città di Torino si può affermare che la «dimensione sociale dello svantaggio» colpisce in modo più intenso gli stranieri immigrati¹⁶⁶. In base a quanto dimostrato dalla letteratura scientifica, i migranti volontari (quindi escludendo le vittime di tratta o i richiedenti asilo e i rifugiati) godono in generale di buona salute nelle fasi iniziali del processo migratorio, fenomeno noto come «l'effetto migrante sano»¹⁶⁷. Tuttavia, tale condizione tende ad attenuarsi man mano che l'immigrazione si stabilizza nel paese ospite, fenomeno noto come *exhausted health effect*¹⁶⁸. Le condizioni di salute degli immigrati tendono a peggiorare nei paesi che li accolgono come conseguenza delle condizioni non ottimali in cui si trovano a vivere. Come visto ampiamente nel capitolo 4, gli indicatori di salute più sensibili agli svantaggi della popolazione straniera immigrata in aree di recente immigrazione come Torino sono gli esiti riproduttivi (tra cui basso peso alla nascita e mortalità infantile) e la frequenza degli infortuni tra i giovani adulti¹⁶⁹.

Inoltre, il quadro appena descritto tende a divenire ancor più problematico se si considera l'impatto negativo di altri determinanti – quali il reddito insufficiente, la scarsa istruzione, l'abitazione non adeguata – che molti migranti solitamente condividono con i livelli più svantaggiati della popolazione. Alcune diseguaglianze affliggono infatti in particolare alcune minoranze della popolazione – quali i migranti, i senza fissa dimora, i detenuti, i tossicodipendenti – che vivono esperienze di deprivazione. Nel caso di questi gruppi le «esperienze di svantaggio» in tutti i meccanismi delle diseguaglianze delineate nello schema della Csdh si cumulano. Questo è particolarmente vero per i migranti che vedono più vulnerabilità sommarsi. Nuovamente, un caso emblematico a tal fine riguarda la condizione di salute delle donne migranti – che soffrono di un'incidenza decisamente superiore

¹⁶⁶ Città di Torino, *La salute a Torino*, cit., p. 26.

¹⁶⁷ Il concetto di «migrante sano» (*healthy migrant effect*), inteso come risultato di un processo pre-partenza che seleziona individui complessivamente in buona salute, è applicabile ad un'emigrazione spinta da necessità economiche e indirizzata alla ricerca di un lavoro per lo più di tipo manuale. Tale concetto, ampiamente valido nelle fasi iniziali del processo migratorio, tende ad attenuarsi man mano che l'immigrazione si stabilizza nel paese ospite. Si veda *infra*, Appendice 2, *Il profilo sanitario del soggetto immigrato*.

¹⁶⁸ *Ibidem*.

¹⁶⁹ Città di Torino, *La salute a Torino*, cit., p. 26.

rispetto alle donne italiane di problematiche legate alla salute riproduttiva – e dei minori, che spesso si mostrano di salute più precaria rispetto ai coetanei italiani.

Prendiamo un esempio specifico legato alle donne straniere in gravidanza. Un importante studio epidemiologico ha presentato i risultati di una revisione della letteratura internazionale (65 studi, pubblicati tra il 1966 e il 2004, per un totale di 18 milioni di gravidanze analizzate) riguardante i principali esiti di salute alla nascita tra le donne straniere rispetto alle donne autoctone, in 12 paesi europei¹⁷⁰. Gli esiti considerati hanno riguardato il basso peso alla nascita, i parti pretermine, la mortalità perinatale (entro la prima settimana di vita) e le malformazioni congenite. In generale, quello che emerge è un profilo di salute peggiore per la popolazione immigrata sotto questo punto di vista¹⁷¹. Anche in Piemonte la situazione riflette lo studio internazionale, come abbiamo potuto constatare nel par. 4.3. La salute materno-infantile, come visto, si conferma un'area di grave criticità in Piemonte. Problematiche di salute quali i parti pretermine, la mortalità perinatale, il basso peso alla nascita risultano sicuramente maggiormente diffuse tra le donne migranti in Piemonte.

Come noto, un altro problema particolarmente rilevante nell'ambito della salute materno-infantile nella popolazione immigrata – che merita di essere menzionato in questa sede – è rappresentato dall'elevata frequenza di ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg). Come visto ampiamente nel par. 4.3¹⁷², i dati mostrano in maniera incontrovertibile che la proporzione dei ricoveri per Ivig in Piemonte è nettamente superiore nelle donne immigrate rispetto alle donne italiane e in crescita costante in linea con la loro maggior presenza in Regione. Tra le donne italiane, invece, il ricorso all'Ivig è in costante decremento. Questi andamenti seguono i trend individuati a livello nazionale. Per meglio conoscere il ricorso all'Ivig da parte delle cittadine straniere l'Istituto Superiore di Sanità ha condotto, in collaborazione con l'Agenzia di sanità pubblica del Lazio, tra il 2004 e il 2005, un'indagine multicentrica¹⁷³ dalla quale sono emersi quattro profili distinti di donne straniere che si sottopongono ad Ivig:

1. donne a elevata precarietà sociale, giovani, di recente immigrazione (meno di 1 anno), senza permesso di soggiorno, disoccupate, provenienti dalla Romania e dalla Nigeria;

¹⁷⁰ P. Bollini, S. Pampallona, P. Wanner e B. Kupelnick, *Pregnancy Outcome of Migrant Women and Integration Policy: A Systematic Review of the International Literature*, in «Social Science & Medicine», 68, 2009, pp. 452 ss.

¹⁷¹ *Ibidem*.

¹⁷² Par. 4.3, *Cause di ricovero: donne*.

¹⁷³ A. Spinelli, E. Forcella, S. Di Rollo, G. Baglio e M. Grandolfo, Gruppo di studio sull'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere, *Indagine sull'interruzione volontaria della gravidanza tra le donne straniere*, Rapporti Istituto Superiore di Sanità, 6, 17, 2006, pp. 25 ss.

2. donne lavoratrici (colf, baby-sitter, assistenti familiari), con un buon livello di istruzione, integrate, in possesso di permesso di soggiorno e in Italia da diverso tempo, prevalentemente sudamericane;

3. donne meno integrate, più giovani e con più basso livello di istruzione rispetto al profilo 2, nubili o separate, da poco tempo in Italia (1-2 anni), prevalentemente della Moldavia e dell'Ucraina;

4. donne coniugate o conviventi, straniere con il partner o la famiglia d'origine, di età più avanzata, casalinghe o lavoratrici dipendenti, soprattutto cinesi e marocchine.

Oltre la metà (56%) delle intervistate nell'ambito del suddetto studio non aveva fatto alcun uso di contraccezione per evitare la gravidanza per cui è poi ricorsa all'Ivg mentre il 20% aveva impiegato metodi efficaci, ma in modo scorretto¹⁷⁴.

Le ragioni all'origine di tale quadro sono diverse: vi è certamente la paura di perdere il lavoro e quindi il permesso di soggiorno, la minore consapevolezza nella gestione della salute riproduttiva ed un minor uso dei contraccettivi, l'instabilità delle condizioni socio-economiche e la prostituzione, il più delle volte praticata in condizioni di vera e propria schiavitù¹⁷⁵.

ii) Determinanti «intermediari»

I determinanti strutturali di cui si è detto nel paragrafo precedente, operano attraverso una seconda categoria di determinanti detti «intermediari» o «intervenienti». Questi costituiscono variabili intervenienti in grado di influenzare direttamente la salute, ovvero l'insorgenza delle malattie e i loro esiti.

a) Circostanze materiali

Nel linguaggio dei determinanti sociali, per «circostanze materiali» si intende quella categoria di fattori per l'appunto materiali che riguardano la vita delle persone come l'abitazione, la possibilità di acquistare cibo sano, l'ambiente lavorativo e abitativo. Volgendo lo sguardo ai diritti umani, si può notare come anche in questa disciplina venga data grande importanza a tali elementi. Basti pensare, a tal fine, all'art. 25 della Dichiarazione universale dei diritti umani il quale sancisce il diritto di ogni persona

¹⁷⁴ *Ibidem*.

¹⁷⁵ Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) – Regione Marche, *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, 2009, p. 75.

ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari e (il) diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.

Di pari tenore vi è anche l'art. 11 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali. Sebbene la povertà assoluta (in cui le famiglie non riescono a soddisfare i bisogni essenziali) sia una condizione presente soprattutto nei paesi in via di sviluppo, la povertà relativa è invece un fenomeno molto diffuso anche nei paesi maggiormente sviluppati: la deprivazione in cui molte famiglie vivono anche nel nostro paese è tale che di fatto sono escluse dai normali percorsi di vita, dalle normali attività e abitudini¹⁷⁶. In questo senso, la povertà è relativa in base alle risorse di cui si ha bisogno per partecipare effettivamente nella società in cui si vive: questo è strettamente legato all'autostima e al concetto di dignità umana tipica della disciplina dei diritti umani.

Abitazione. L'influenza della qualità dell'abitazione sulla salute delle persone è certamente rilevante. In tal senso, basti riportare che a Torino, il rischio di mortalità per esempio cresce tra le donne che vivono in abitazioni fortemente disagiate (senza bagno o riscaldamento) rispetto a chi vive in una casa grande¹⁷⁷. Ci sono poi alcune malattie infettive che vengono facilitate dalle condizioni di sovraffollamento abitativo: il caso emblematico è quello della tubercolosi (TB). L'analisi dei più recenti dati epidemiologici permette di rilevare in Italia una progressiva riduzione dell'incidenza di malattia tubercolare nella popolazione autoctona ed un contemporaneo aumento del numero di casi di tubercolosi nella popolazione straniera¹⁷⁸. Tale aumento si dimostra legato all'aumento della presenza straniera nel nostro paese.

In molti dei paesi di provenienza dei migranti, la tubercolosi continua a essere molto diffusa così che, pur se non ammalati al momento dell'arrivo in Italia, alcuni di loro hanno già contratto l'infezione e, in condizioni di deprivazione, possono sviluppare la malattia con un rischio maggiore rispetto a quello della popolazione nata e residente in Italia. Mentre l'infezione da Hiv – uno dei principali fattori di rischio universalmente riconosciuti per la riattivazione dell'infezione tubercolare latente – sembra non essere discriminante nell'aumentare il rischio di riattivazione tra gli immigrati rispetto alla

¹⁷⁶ Center for Economic and Social Rights, *Human Rights and Poverty: Is Poverty a Violation of Human Rights?*, Cesr Human Rights Insights n. 1, 2009, consultabile su www.cesr.org/article.php?id=277.

¹⁷⁷ Studio Longitudinale Torinese, cit.

¹⁷⁸ Ministero della Salute/Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) – Regione Marche, *La salute della popolazione immigrata*, cit., pp. 104-106.

popolazione autoctona, per contro le precarie condizioni in cui spesso vivono gli immigrati costituiscono un fattore di rischio per la tubercolosi. Le scadenti condizioni abitative caratterizzate da spazi ristretti, sovraffollamento e ventilazione inadeguata, spesso associate a situazioni di assenza di lavoro, basso reddito e conseguente malnutrizione, incrementano il rischio sia di esposizione ai bacilli tubercolari (e quindi di infezione), sia di progressione a malattia attiva¹⁷⁹. Il peso di questi fattori spiega come i migranti irregolari, temporanei o stagionali e i senzatetto, più colpiti dall'emarginazione economica e sociale, siano più esposti al rischio di tubercolosi. Il limitato accesso all'assistenza sanitaria è considerato fattore di rischio elettivo della popolazione immigrata rispetto alla popolazione autoctona tanto per l'infezione quanto per la malattia tubercolare.

In uno studio sul rischio relativo di ammalarsi di tubercolosi a Torino dal 1973-1999, è emerso che le persone che abitano in case «molto disagiate» (vedi sopra) hanno circa il doppio delle probabilità di ammalarsi di tubercolosi rispetto alle persone che abitano in «grandi proprietà»¹⁸⁰.

Tra le malattie infettive, la seconda causa di notifica per la popolazione straniera è rappresentata dalla acariasi (o più comunemente scabbia). Nella maggior parte dei casi la scabbia si trasmette per contatto interumano diretto e, come per la TB, può essere inserita tra le patologie legate alle condizioni economiche e sociali disagiate e particolarmente alla convivenza in spazi ristretti e con scarso accesso a servizi essenziali quali il bagno e la lavatrice¹⁸¹.

L'inadeguatezza della condizione abitativa è certamente uno dei fattori «del disagio sociale» maggiormente diffusi tra la popolazione migrante, anche quella regolare e con contratti di lavoro stabili. Alcuni studi dimostrano infatti che l'incidenza di disagio abitativo è più elevata tra gli stranieri rispetto al resto della popolazione¹⁸². A parità di condizione reddituale, le sistemazioni in cui gli stranieri sono alloggiati sono solitamente più care e in condizioni qualitative peggiori rispetto alla media delle sistemazioni degli italiani. Alcuni studi hanno dimostrato, in tal senso, che in media le dimensioni delle abitazioni degli stranieri sono considerevolmente inferiori e

¹⁷⁹ F. Elender, G. Bentham e I. Langford, *Tuberculosis Mortality in England and Wales During 1982-1992: Its Association with Poverty, Ethnicity and Aids*, in «Social Science & Medicine», 46, 6, 1998, pp. 673 ss.; I. Wanyeki, S. Olson, P. Brassard *et al.*, *Dwellings, Crowding, and Tuberculosis in Montreal*, in «Social Science & Medicine», 63, 2006, pp. 501 ss.; C.B. Beggs, C.J. Noakes, P.A. Sleight *et al.*, *The Transmission of Tuberculosis in Confined Spaces: An Analytical Review of Alternative Epidemiological Models*, in «The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease», 7, 2003, pp. 1015 ss.

¹⁸⁰ Studio Longitudinale Torinese, cit.

¹⁸¹ Si veda *infra*, Appendice 2, *Il profilo sanitario del soggetto immigrato*.

¹⁸² I. Ponzo, *L'accesso degli immigrati all'abitazione: disuguaglianze e percorsi*, in A. Brandolini, C. Saraceno e A. Schizzerotto (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia*, cit., pp. 3-4.

TAB. 1. *Rischio relativo di ammalarsi di tubercolosi a Torino dal 1973-1999*

Fattori di rischio	Grezzi (analisi univariata) OR (95% CI)	Aggiustati OR (95% CI)
Luogo di nascita		
Nord Italia	1	1
Centro	0.85 (0.72-1.01)	0.88 (0.73-1.06)
Sud + Isole	1.50 (1.39-1.62)	1.08 (0.98-1.19)
Europa + Nord America + Australia	1.19 (0.92-1.54)	1.14 (0.85-1.53)
Sud America + Africa + Asia	2.33 (1.79-3.03)	1.38 (0.99-1.92)
Stato civile		
Coniugato	1	1
Vedovo	0.88 (0.74-1.03)	0.79 (0.65-0.96)
Separato + Divorziato	1.64 (1.31-2.05)	1.48 (1.14-1.91)
Celibe/Nubile	1.48 (1.36-1.62)	1.26 (1.12-1.41)
Livello di istruzione		
Laurea + Diploma	1	1
Media inferiore	1.57 (1.37-1.78)	1.35 (1.17-1.56)
Licenza elementare	1.90 (1.68-2.14)	1.64 (1.42-1.89)
Analfabeti	2.03 (1.75-2.35)	1.69 (1.41-2.02)

Fonte: F. Vigna-Taglianti, *Tendenze temporali e determinanti socio-ambientali dell'incidenza di tubercolosi a Torino, dal 1973 al 1999*, Tesi per il Diploma di specializzazione in Igiene, Medicina preventiva e Sanità pubblica, Università di Torino, 2002.

che lo spazio pro-capite a disposizione – tenuto conto del numero medio di componenti delle famiglie immigrate – è pari alla metà di quello di cui dispongono gli italiani¹⁸³. Ancora, secondo le stime dell'Istat, la percentuale di persone che vivono in una condizione di sovraffollamento grave è del 7,5% tra gli stranieri e dello 0,9% tra i nazionali¹⁸⁴.

L'abitazione costituisce un elemento di rilievo anche nel mondo dei diritti umani. Il diritto ad un'abitazione adeguata è infatti riconosciuto come uno dei principali diritti economici e sociali¹⁸⁵. Affinché l'abitazione possa dirsi adeguata dal punto di vista dei diritti umani deve rispettare una serie di criteri minimi¹⁸⁶. Ai fini della nostra discussione sarà sufficiente fare riferimento solo ad alcuni di questi. In base al contenuto normativo di tale diritto, l'abitazione non può dirsi adeguata se gli occupanti non hanno accesso

¹⁸³ *Ibidem*.

¹⁸⁴ Istat, 2005.

¹⁸⁵ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 4 – The Right to Adequate Housing*, UN Doc. E/1992/23 del 13 dicembre 1991 e *General Comment 7 – The Right to Adequate Housing (Art. 11.1): Forced Evictions*, UN Doc. E/1998/22 del 20 maggio 1997. Si veda A.K. Hurtig, J.D.H. Porter e J. Ogden, *Tuberculosis Control and Directly Observed Therapy from the Public Health/Human Rights Perspective*, in S. Gruskin, M. Grodin, G. Annas e S. Marks, *Perspectives on Health and Human Rights*, cit.

¹⁸⁶ Ufficio dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani e Programma delle Nazioni Unite per gli insediamenti umani, *Fact Sheet 21: The Human Right to Adequate Housing*, Geneva, Ohchr/UnHabitat, 1994.

ad acqua corrente, ai servizi sanitari, all'energia indispensabile per cucinare, al riscaldamento, all'illuminazione, allo spazio per conservare il cibo e per riporre l'immondizia. Inoltre, l'abitazione non può dirsi adeguata qualora non garantisca la sicurezza fisica, non abbia spazio sufficiente, non fornisca riparo dal freddo, dall'umidità, dal calore, dalla pioggia, dal vento o altre minacce alla salute o rischi strutturali. L'abitazione non può dirsi adeguata se è lontana da opportunità lavorative, dai servizi sanitari, dalle scuole o altri servizi sociali e se si trova in aree inquinate o pericolose. È evidente come nei quartieri maggiormente deprivati di Torino le condizioni abitative di molti alloggi non possano dirsi adeguate secondo gli standard di cui sopra. Questo dato ci è stato confermato anche nel corso delle interviste, durante le quali molti operatori puntavano il dito contro le preoccupanti condizioni abitative in cui molte famiglie migranti si trovano a vivere.

Ambiente lavorativo. Sintetizzando, è possibile affermare con un certo grado di certezza che i migranti vivono una condizione di maggior vulnerabilità rispetto agli infortuni sul lavoro o alle patologie professionali. Tale condizione è riconosciuta anche a livello internazionale¹⁸⁷. Numerosi studi, condotti in diversi paesi stranieri, dimostrano infatti una maggiore incidenza di tali problematiche sulla popolazione migrante rispetto a quella autoctona. Tale quadro, come visto nel par. 4.2¹⁸⁸, è riscontrabile anche a livello italiano e piemontese.

Quanto appena detto è stato confermato anche, a livello qualitativo, dalle interviste condotte nel corso della ricerca. Molti operatori, sia del settore pubblico che del settore privato, hanno posto l'accento sugli infortuni come una delle principali problematiche di salute, in particolar modo per la popolazione migrante maschile. In numerosi casi ci sono state riportate vicende che vedevano alcuni datori di lavoro senza scrupoli sequestrare i documenti ai lavoratori migranti in modo che, in caso di infortunio, questi fossero molto più restii a recarsi al Pronto Soccorso o comunque a rivelare le reali cause del trauma. Come già accennato, tale fenomeno, in base a quanto emerso dai colloqui, risulta particolarmente diffuso tra la popolazione irregolare, che più facilmente sfugge alle reti di tutela.

L'alta incidenza di traumatismi tra la popolazione straniera maschile, è verosimilmente dovuta alle condizioni di lavoro in cui i giovani uomini si trovano ad operare. È infatti noto che la domanda di manodopera immigrata si concentra sui «lavori delle 5 P»: pesanti, precari, pericolosi, poco pagati, penalizzati socialmente¹⁸⁹. In sintesi, sono principalmente i migranti

¹⁸⁷ Si veda E. Ahonen, F.G. Benavides e J. Benach, *Immigrant Populations, Work and Health: A Systematic Literature Review*, in «Scandinavian Journal of Work and Environmental Health», 33, 2, 2007, pp. 96 ss.

¹⁸⁸ Par. 4.2, *Cause di ricovero: uomini*.

¹⁸⁹ Città di Torino, Settore Statistica, Prefettura di Torino, Osservatorio interistituzionale sugli stranieri in Provincia di Torino, *Rapporto*, 2009, p. 310.

– sia regolari che non regolari – a soddisfare la domanda per quei lavori che richiedono manodopera non qualificata in condizioni precarie. Di fronte alla necessità accettano turni flessibili, salari bassi e altre condizioni lavorative che risultano spesso inaccettabili dalla popolazione autoctona¹⁹⁰. L'impiego è inoltre spesso temporaneo o su base stagionale, fenomeno che aumenta notevolmente il rischio occupazionale¹⁹¹.

Un problema specifico che ci è stato segnalato nel corso della nostra indagine è legato alla condizione delle assistenti familiari (c.d. badanti). Le donne migranti impegnate in questa tipologia di lavoro, specialmente se irregolari, sono tra i gruppi più vulnerabili all'interno della categoria dei migranti. Tale affermazione è ampiamente condivisa anche a livello internazionale¹⁹². Il Relatore speciale delle Nazioni Unite sui diritti dei migranti ha denunciato l'ampia diffusione di violenza fisica, sessuale e psicologica nei confronti di donne migranti che lavorano in questo ambito. Egli ha inoltre posto in evidenza come queste migranti siano maggiormente esposte a problematiche di salute a causa di informazioni non adeguate sui rischi e sulle precauzioni¹⁹³. In tal senso, una delle persone intervistate nel corso della ricerca, che lavora per un'associazione di assistenza per badanti e collaboratrici domestiche straniere, ha sottolineato la condizione precaria di quelle donne impegnate nell'assistenza ad anziani infetti da epatite C. La maggior parte delle donne assistite dall'associazione ignoravano tale fatto e/o non avevano informazioni sui metodi di trasmissione dell'infezione né erano forniti loro i guanti protettivi. Non si può, infine, non fare riferimento al caso delle donne che lavorano nel mondo della prostituzione. È evidente come queste affrontino una serie di ostacoli in relazione alla loro salute riproduttiva, fattore che le rende più vulnerabili al rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili.

Il legame che intercorre tra le condizioni lavorative e i diritti umani è piuttosto evidente. Il Patto internazionale sui diritti economici sociali riconosce il diritto al lavoro in senso generale all'art. 6 per poi sviluppare nello specifico all'art. 7 il diritto di ognuno di godere di giuste e favorevoli con-

¹⁹⁰ F. Capacci, F. Carnevale e N. Gazzano, *The Health of Foreign Workers in Italy*, in «International Journal of Occupational and Environmental Health», 11, 1, 2005, p. 66.

¹⁹¹ Consiglio per i diritti umani, *Report of the Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants*, Jorge Bustamante, cit., par. 23.

¹⁹² Si veda, *inter alia*, A. D'Souza, *Moving toward Decent Work for Domestic Workers: An Overview of the ILO's Work*, Geneva, International Labour Organization Bureau for Gender Equality, 2010; Comitato per l'eliminazione della discriminazione contro le donne, *General Recommendation 26 on Women Migrant Workers*, UN Doc. CEDAW/C/2009/WP.1/R del 5 dicembre 2008; S. Gonzalez del Pino, *Rights of Migrant Domestic Workers in Europe*, UN High Commissioner for Human Rights Regional Office for Europe, 2010.

¹⁹³ Consiglio per i diritti umani, *Report of the Special Rapporteur on the Human Rights of Migrants*, Jorge Bustamante, UN Doc. A/HRC/17/33 del 21 marzo 2011.

dizioni di lavoro, tra le quali vi è la sicurezza e l'igiene sul lavoro¹⁹⁴. Tale diritto costituisce un principio ampiamente riconosciuto e condiviso a livello internazionale in quanto espressione del diritto all'integrità della persona, uno dei principi fondamentali della disciplina dei diritti umani. Purtroppo come dimostrato dalle informazioni riportate poc'anzi e come la cronaca quotidiana ci racconta, tale diritto è ben lungi dall'essere pienamente realizzato: i numerosi infortuni e morti sul lavoro – tra i lavoratori in generale, non solo migranti – ci testimoniano quanta strada sia ancora da percorrere.

b) Fattori psicosociali

Circostanze di vita stressanti. Generalizzando, si può affermare che le persone più «svantaggiate» si trovano a dover affrontare più incertezze, più insicurezza ed eventi stressanti nel corso della loro vita. Questa condizione ha certamente un impatto sulle diseguaglianze di salute¹⁹⁵. Le persone in posizione sociale svantaggiata hanno sovente un minor controllo sulla propria vita, specialmente per ciò che riguarda il controllo di quelle risorse che sono necessarie per raggiungere le proprie aspirazioni. In tal modo risulta loro impedita una partecipazione sociale idonea e, quindi, un livello adeguato di soddisfazione e ricompensa. Questa condizione si tradurrebbe in un danno per la salute attraverso la stimolazione cronica dei meccanismi di stress, con ricadute per la salute cardiovascolare, il sistema metabolico, il sistema immunitario, la salute mentale e, in generale, con una diminuzione nella capacità di resistenza alle malattie.

I problemi di salute legati a questi fattori risultano esacerbati nelle situazioni in cui il contesto in cui vive la persona la esponga a maggiori rischi e minacce, ad esempio ambientali, o in cui il contesto sia più competitivo – rendendo più acuto l'esito del confronto con i gruppi sociali sovraordinati – e/o non sappia assicurare l'aiuto necessario per far fronte ai problemi e alle difficoltà¹⁹⁶. A Torino, in un campione di lavoratori intervistato nel 1999-2000 la distribuzione dello squilibrio tra *demand* e *control*¹⁹⁷ è stata trovata decisamente a sfavore delle classi subordinate, con una proporzione di sog-

¹⁹⁴ Assemblea generale, *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* adottato il 16 dicembre 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3, art. 7.1, lett. b); vedi anche Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 18 – The Right to Work*, UN Doc. E/C.12/GC/18 del 6 febbraio 2006.

¹⁹⁵ O. Solar e A. Irwin, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, cit., p. 38.

¹⁹⁶ Città di Torino, *La salute a Torino*, cit., p. 32.

¹⁹⁷ La scala *demand-control* che misura lo squilibrio tra quantità e intensità dei compiti che vengono richiesti e grado di autonomia concesso alla persona nell'organizzazione della propria mansione, ha sistematicamente dimostrato effetti sfavorevoli sia su indicatori biologici sia su rischi per la salute come quello cardiovascolare. Città di Torino, *La salute a Torino*, cit.

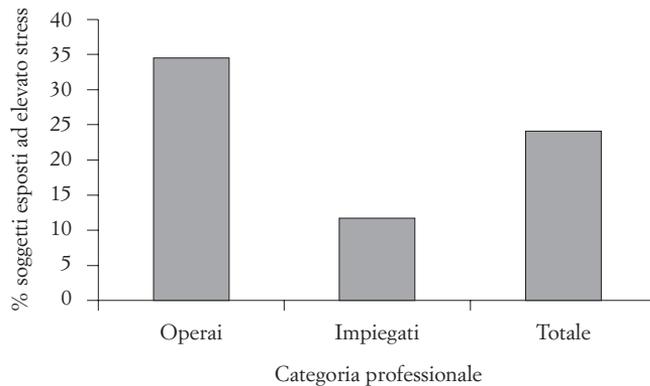


FIG. 6. Proporzione di soggetti esposti ad elevato stress sul lavoro (*job strain*) – campione di 1.479 soggetti a Torino (797 operai e 682 impiegati).

Fonte: Città di Torino, *La salute a Torino*, cit., p. 33.

getti esposti ad elevato stress sul lavoro (il cosiddetto *job strain*) significativamente maggiore tra gli operai, rispetto agli impiegati¹⁹⁸.

Appare facilmente intuibile come tale condizione colpisca in particolar modo, all'interno delle classi subordinate, la popolazione migrante. Questi, infatti, come già visto nel paragrafo precedente, vengono impiegati con maggiore probabilità nei lavori più umili, più pericolosi e ad alta intensità di lavoro manuale: i c.d. «lavori delle 5 P»¹⁹⁹.

Allargando lo sguardo ad altre problematiche che causano condizioni di vita stressanti per la popolazione migrante, non si può non porre l'accento sul problema generale della salute mentale di questa, tema già affrontato diverse volte nel corso di questo rapporto²⁰⁰. La salute mentale dei migranti costituisce un problema di grande preoccupazione, poiché questi si trovano solitamente a dover far fronte a diversi elementi – quali, per esempio, la separazione dalla famiglia e dalle reti sociali, l'insicurezza lavorativa, le condizioni di vita difficili e sfruttamento – che possono ripercuotersi seriamente sullo stato di salute mentale.

Sebbene da un lato, una condizione economica migliore rispetto a quella del paese di origine può certamente influire positivamente sulla salute mentale dei migranti, alcuni rapporti indicano dall'altro lato che i migranti risultano comunque più esposti a stress, ansia e depressione rispetto alla popolazione residente. Nel corso della ricerca, molti medici e operatori sanitari

¹⁹⁸ *Ibidem*.

¹⁹⁹ Città di Torino, Settore Statistica, Prefettura di Torino, Osservatorio interistituzionale sugli stranieri in Provincia di Torino, *Rapporto*, cit., p. 310.

²⁰⁰ Si veda il capitolo 4, *Lo stato di salute della popolazione migrante a Torino* e il par. 5.1.1, *Disponibilità e qualità*.

hanno sottolineato in particolare gli effetti negativi causati dalle aspettative infrante. Una volta giunti nel nostro paese, molti migranti vedono infrangersi le aspettative che li hanno sostenuti nell'abbandonare il paese di provenienza. Tale situazione, cui deve aggiungersi il conseguente senso di delusione e fallimento – che non tocca solo la singola persona, ma che concerne anche i familiari nel paese di origine – è alla base di molte problematiche di salute, non solo a livello mentale. Quanto appena detto è particolarmente vero, in base a quanto riferitoci nel corso delle interviste, per i richiedenti asilo e rifugiati. Per questa categoria di migranti, infatti, il carico di aspettative e speranze è facilmente immaginabile, forse addirittura maggiore rispetto a quello di un migrante volontario. Inoltre, essi spesso soffrono per i trascorsi di vita particolarmente traumatici.

Un'ulteriore menzione, sempre sullo stesso tema, riguarda il caso particolare dei minori non accompagnati. Anche per questi, il peso delle aspettative e delle illusioni infrante può essere molto grave. Molti minori non accompagnati giungono in Italia carichi di aspettative, non solo riguardo alla loro vita, ma anche rispetto alla famiglia nel paese di origine. Ancor più che per un migrante adulto, il peso della disillusione, di aver «tradito» le aspettative e gli investimenti – anche economici – dei familiari può causare gravi problemi psicologici. Ci sono stati riportati numerosi casi di minori vittime di problemi psicologici di rilievo e di dipendenze, spesso anche multiple.

Ulteriori preoccupazioni ci sono state comunicate circa le condizioni di vita stressanti e in generale circa la salute mentale dei migranti nei Centri di identificazione e espulsione (Cie) e nelle carceri, in particolar modo per quanto concerne l'accesso all'assistenza psicologica e l'allocazione insufficiente di risorse. Come già spiegato nell'*Introduzione* alla ricerca, questo tema, considerate le peculiarità di ambienti quali il carcere o il Cie, esula dal nostro ambito di ricerca. Tuttavia, riconosciamo l'importanza di tale tema e la necessità di approfondirne lo studio.

Isolamento, mancanza di una rete. In epidemiologia è anche studiato l'impatto sulla salute del sostegno ottenuto dalle reti sociali²⁰¹. È evidente come tale tema sia strettamente legato, se non sovrapponibile, a quanto analizzato nel paragrafo precedente. Inoltre, è necessario porre in evidenza come tale problema riguardi in particolar modo la condizione dei migranti: uno dei tratti intrinseci al percorso migratorio della maggior parte dei migranti è proprio la separazione dalla famiglia, la rottura delle reti sociali, il distacco dalla propria cultura e dal contesto sociale noto.

Quanto appena affermato vale certamente per buona parte dei migranti. Tuttavia, riteniamo che una prima analisi specifica meriti la condizione delle donne. Come dimostrato ampiamente dalle interviste condotte, appare evi-

²⁰¹ G. Costa, *Le diseguaglianze di salute*, cit., p. 4.

dente infatti come molte donne migranti vivano condizioni di grave isolamento, senza la possibilità di uscire indipendentemente di casa, di imparare la lingua e di ottenere un certo grado di autonomia. Molte donne migranti risultano dipendere dal marito sotto il punto di vista economico, linguistico e relazionale. Il livello di isolamento e di dipendenza sotto tutti i punti di vista è tale da costituire talvolta forme di vera e propria violenza.

Tale isolamento e mancanza di una rete sociale di sostegno risulta particolarmente grave qualora la donna sia anche vittima di violenza domestica. Qualora la donna migrante fosse stata vittima di violenza domestica nel proprio paese di origine, con ogni probabilità avrebbe avuto modo di rivolgersi ai familiari prossimi – quali i genitori o i fratelli – per supporto e protezione. Tale tipologia di sostegno è chiaramente spesso assente nei contesti vissuti dalle donne migranti. Tale fenomeno, come spiegato da un operatore sanitario specializzato nell'offrire assistenza proprio alle donne vittime di violenza domestica, è in una certa misura confermato dal maggiore utilizzo da parte delle donne migranti del Pronto Soccorso in casi del genere. Una donna migrante vittima di violenza domestica, priva di quelle reti sociali di cui si discute, e che intenda affrancarsi da tale glogio, ha poche altre alternative se non quella di rivolgersi a uno dei servizi pubblici maggiormente caratterizzati da immediatezza e facilità di accesso.

Oltretutto, è opportuno sottolineare che lo stesso operatore poneva in evidenza che tale fenomeno è riscontrabile con maggiore facilità all'interno delle comunità migranti. Ciò è spiegabile proprio alla luce del maggiore carico di stress che i migranti in generale si trovano a dover affrontare. È intuitivo come in tali contesti, la violenza proliferi con maggiore facilità.

Un'altra categoria di migranti sulla quale l'impatto delle reti sociali è particolarmente significativo è, nuovamente, quella dei rifugiati e richiedenti asilo. Questi, ancor più dei migranti volontari, rischiano di vivere fenomeni di isolamento, di distacco dalla famiglia e di mancanza di rete. In un senso più ampio, inoltre, l'influenza della rete sulla condizione dei richiedenti asilo e rifugiati è anche osservabile per ciò che concerne l'assistenza fornita dal progetto Sprar (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati). Lo Sprar per un migrante in tali condizioni è di importanza cruciale anche nell'ottica delle reti sociali: questo infatti è un primo tentativo di ricostruire una rete di connessioni, di supporto per persone che ne sono totalmente prive. Una volta ancora, l'inclusione o l'esclusione dal programma Sprar, comporta delle conseguenze determinanti sulla condizione di questi migranti. Purtroppo, il numero limitato di posti a disposizione nel programma non permette di soddisfare tutte le richieste. Si pone in rilievo a tal fine il rischio di pregiudicare i diritti dei richiedenti asilo i quali, qualora esclusi dal programma, si troveranno privi di forme di sostentamento, di orientamento e di supporto in generale, condizione che inoltre rischia di compromettere anche l'esito della domanda di protezione internazionale.

In conclusione è opportuno far riferimento nuovamente al caso dei minori non accompagnati. Come emerso anche nel corso di alcune interviste con operatori impegnati nel fornire assistenza a questa particolare categoria di migranti, la mancanza di rete appare colpire in modo particolarmente grave i minori non accompagnati. Questi, infatti, oltre ai problemi comuni a gran parte dei migranti, si trovano a dover vivere le difficoltà tipiche della minore età, il che li porta ad avere meno strumenti per affrontare adeguatamente il difficile percorso migratorio e la condizione altrettanto ardua che vivono al loro arrivo nel nostro paese. I minori non accompagnati, in base a quanto riferitoci, risultano infatti più di altri soggetti a cadere vittima di dipendenze e/o di problemi psichiatrici.

Discriminazione. Secondo lo schema elaborato da Csdh, la discriminazione risulta essere un determinante sociale della salute. Il legame tra discriminazione e salute è stato ulteriormente riconosciuto a livello internazionale. Nel corso della Conferenza mondiale contro il razzismo, i governi presenti hanno infatti affermato la necessità di riconoscere il razzismo come un importante determinante sociale della salute²⁰². Come ci ricorda il Relatore speciale delle Nazioni Unite sul diritto alla salute, le disuguaglianze sociali, alimentate dalla discriminazione e dalla marginalizzazione a danno di alcuni gruppi, determinano la diffusione di malattie e gli effetti sulla salute degli individui coinvolti. Come conseguenza, il peso della malattia è sostenuto principalmente dai gruppi vulnerabili e marginalizzati della popolazione²⁰³. Allo stesso tempo, la discriminazione e lo stigma nei confronti di determinate problematiche di salute, quali i problemi di salute mentale o l'Hiv/Aids, tendono a rinforzare le divisioni e le disuguaglianze pre-esistenti. Come già si è visto, il principio di non-discriminazione è tra i principi fondamentali in materia di diritti umani. Il Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici sociali e culturali ha sottolineato come tale principio proibisca qualsiasi discriminazione nell'accedere ai servizi sanitari e ai determinanti sociali che abbiano come obiettivo o effetto quello di vanificare o ostacolare l'equo godimento del diritto alla salute²⁰⁴.

Il legame tra lo stigma, la discriminazione e la negazione del diritto alla salute è certamente complesso. La discriminazione e lo stigma costituiscono un fallimento nel rispettare la dignità umana e il principio dell'uguaglianza, sovrapponendosi in genere alle disuguaglianze già presenti in capo ai gruppi

²⁰² Si veda Organizzazione mondiale della sanità, *Who's Contribution to the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance*, Health & Human Rights Publication Series, n. 2, 2001.

²⁰³ Commissione dei diritti umani, *The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health – Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt, Submitted in Accordance with Commission Resolution 2002/31*, cit., par. 59.

²⁰⁴ Comitato sui diritti economici, sociali e culturali, *General Comment 14*, cit., par. 18.

vulnerabili e marginalizzati. Questo aumenta la vulnerabilità rispetto a problemi di salute e limita l'efficacia dei trattamenti sanitari. Tale impatto è moltiplicato qualora l'individuo subisca discriminazioni doppie o multiple²⁰⁵. La promozione efficace del diritto alla salute richiede che si identifichino e si analizzino i modi complessi tramite i quali la discriminazione e lo stigma hanno un impatto sul godimento del diritto alla salute, con particolare attenzione alla condizione delle donne, dei bambini e dei gruppi marginalizzati, quali minoranze, persone affette da disabilità, rifugiati²⁰⁶. Ciò richiede di ottenere e analizzare i dati in modo da mettere in luce e comprendere la relazione tra le forme di discriminazione come determinanti sociali, riconoscendo l'effetto delle discriminazioni multiple e documentando come la discriminazione e l'intolleranza limitano l'accesso alla salute e ai servizi sanitari²⁰⁷.

Cercando di definire con maggiore chiarezza che cosa si intenda per discriminazione, si può affermare, sintetizzando, che esistono due tipologie diverse di discriminazione: la discriminazione individuale e la discriminazione istituzionale o indiretta. La prima categoria è quella più nota e che più comunemente viene associata proprio al termine «discriminazione». Si ha discriminazione diretta quando, a causa della sua razza od origine etnica, una persona è trattata meno favorevolmente di quanto sia, sia stata o sarebbe trattata un'altra in una situazione analoga. In base a quanto emerso dalle interviste condotte, dei casi di discriminazione diretta risultano purtroppo presenti. Non siamo in possesso di dati quantitativi al riguardo, ma secondo le impressioni di alcuni operatori intervistati, specialmente quelli del privato sociale, la discriminazione diretta è più diffusa di quanto si potrebbe immaginare.

La discriminazione istituzionale o indiretta, invece, concerne la struttura delle istituzioni che, in quanto originariamente orientate a soddisfare le esigenze di un solo gruppo specifico, pone altri gruppi in una condizione di svantaggio. Non è il risultato, perciò, di un atto voluto di un individuo, bensì l'effetto di una inadeguatezza strutturale di un'istituzione. La discriminazione indiretta sussiste infatti quando una disposizione, un criterio o una prassi apparentemente neutri possono mettere persone di una determinata razza od origine etnica in una posizione di particolare svantaggio rispetto ad altre persone. Tale tipologia di discriminazione è quasi inevitabile quando, come quanto accaduto in Italia, una società un tempo omogenea diventa multi-etnica e multiculturale nell'arco di un periodo relativamente breve di tempo: in tale contesto le istituzioni hanno maggior difficoltà ad adattarsi ai

²⁰⁵ Commissione dei diritti umani, *The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health – Report of the Special Rapporteur, Paul Hunt, Submitted in Accordance with Commission Resolution 2002/31*, cit., par. 62.

²⁰⁶ *Ibidem*, par. 63.

²⁰⁷ *Ibidem*.

bisogni e alla specificità dei neo-arrivati e casi di discriminazione indiretta accadono senza che esista una precisa volontà di discriminare o senza che ve ne sia consapevolezza²⁰⁸. Tuttavia, nel momento in cui, di fronte all'evidenza dell'esistenza di casi di discriminazione indiretta, non vengono adottate misure atte ad eliminare le cause di tali accadimenti, la discriminazione da indiretta si trasforma in diretta, in quanto risultato di un'azione cosciente e consapevole.

La discriminazione indiretta così come definita poc'anzi è certamente diffusa nel territorio torinese. Sebbene il sistema sanitario si sia evoluto rapidamente in modo da rispondere alle esigenze della popolazione migrante, esistono tuttavia ancora aree di miglioramento possibile. Elementi come la scarsa accessibilità linguistica di molti servizi possono costituire un esempio di limitazione discriminatoria delle possibilità di accesso e di fruizione di alcuni servizi sanitari da parte della popolazione migrante.

c) Fattori comportamentali

Avviandoci verso la conclusione del capitolo, un'ultima notazione da porre in evidenza concerne l'esposizione ai fattori di rischio, tramite l'adozione di determinati comportamenti, fenomeno anch'esso strettamente legato alla stratificazione sociale. Ai fini della nostra analisi ci soffermeremo su un fattore di rischio comportamentale in particolare, i rapporti sessuali non protetti, pur consapevoli della presenza di altri fattori di rilievo quali l'alimentazione, il fumo, la scarsa attività fisica.

L'Oms spiega che le persone più svantaggiate dal punto di vista socio-economico, tra cui i migranti, hanno maggiore probabilità, rispetto a persone più privilegiate, di adottare comportamenti dannosi e di non adottare comportamenti virtuosi per la salute²⁰⁹. Inoltre, lo stress, un problema che abbiamo affrontato nel paragrafo precedente e che come abbiamo visto risulta più diffuso tra i gruppi più svantaggiati della popolazione e in particolare tra i migranti, è stato indicato come una minaccia indiretta in tal senso poiché favorirebbe l'adozione di comportamenti insalubri²¹⁰.

In sintesi, ciò che è opportuno mettere in rilievo è che l'adozione di certi comportamenti concernenti lo stile di vita o le abitudini da parte di gruppi o di singoli individui non può essere giudicata al di fuori del contesto sociale in cui tale azione si è verificata. Tale fenomeno è stato riconosciuto anche dall'attuale Relatore speciale sul diritto alla salute, Anand Grover, che, in particolar modo nei rapporti dedicati all'Hiv/Aids, ha posto

²⁰⁸ Organizzazione mondiale della sanità, *How Health Systems Can Address Health Inequalities Linked to Migration and Ethnicity*, cit., p. 7.

²⁰⁹ *Ibidem*, p. 40

²¹⁰ G. Costa, *Le diseguaglianze di salute*, cit.

in rilievo come la dimensione sociale sia da integrare nell'approccio alla malattia al fine di comprendere il grado di controllo della persona sulla propria salute²¹¹.

In questo particolare contesto, ancora una volta, la prospettiva offerta dai diritti umani non solo è in perfetta sintonia con la sanità pubblica, ma può anche fornire una solida cornice concettuale con la quale porre in rilievo problemi relativi alla giustizia sociale. Sofia Gruskin e Paula Braveman sottolineano quanto appena detto spiegando come, talvolta, la caratterizzazione di una disparità come un'ingiustizia possa costituire oggetto di discussione. Sovente, purtroppo, i gruppi più privilegiati tendono a sostenere che le persone più povere soffrono maggiormente di problemi di salute *perché* adottano comportamenti dannosi per la salute, come per esempio mangiare cibo poco nutriente o fumare²¹². Una tale prospettiva vede i comportamenti come il risultato esclusivo di una libera scelta per nulla influenzabile dalle condizioni che circondano la singola persona. In contrasto con questa visione, un punto di vista basato sui diritti umani afferma il diritto a godere degli standard di vita necessari per avere un buono stato di salute, aspetto che presuppone – da parte dello Stato – un intervento mirato ad affrontare le condizioni che incoraggiano l'adozione di comportamenti dannosi per la salute da parte delle comunità svantaggiate.

Quanto alla condizione della popolazione migrante, svariati studi epidemiologici, analizzando l'impatto dei cambiamenti sociali e culturali sulla salute di tale segmento della popolazione, hanno dimostrato una maggiore vulnerabilità all'Hiv e ad altre malattie sessualmente trasmissibili (Mst)²¹³.

²¹¹ Consiglio per i diritti umani, *Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, Anand Grover, UN Doc. A/HRC/17/25 del 12 aprile 2011. Vedi anche Z. Lazzarini e R. Klitzman, *Hiv and the Law: Integrating Law, Policy and Social Epidemiology*, in «Journal of Law and Medical Ethics», 30, 4, 2002, pp. 533 ss.; Joint United Nations Programme on Hiv/Aids, *Expanding the Global Response to Hiv/Aids through Focused Action: Reducing Risk and Vulnerability: Definitions, Rationale and Pathways*, Geneva, UNAIDS Best Practice Collection, 1998; S. Gruskin e D. Tarantola, *Hiv/Aids, Health, and Human Rights*, in P. Lamptey, H. Gayle e P. Mane (a cura di), *Hiv/Aids Prevention and Care Programs in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs*, Arlington, Family Health International, 2000; J. Mann, *Human Rights and Aids: The Future of the Pandemic*, in J. Mann, S. Gruskin, M. Grodin e G. Annas (a cura di), *Health and Human Rights*, cit., pp. 216 ss.

²¹² S. Gruskin e P. Braveman, *Addressing Social Injustice in a Human Rights Context*, in B.S. Levy e V.W. Sidel (a cura di), *Social Injustice and Public Health*, Oxford, Oxford University Press, 2006, p. 410.

²¹³ D. Tarantola, *Impact of Travel and Migration on the Spread of Hiv: Risk, Vulnerability and Mobility*, Paper presented at the «6th Conference of the International Society of Travel Medicine», June 6-10, Montreal, 1999; M. Brockerhoff e A.E. Bidd Lecom, *Migration, Sexual Behavior and the Risk of Hiv in Kenya*, in «The International Migration Review», 33, 128, 1999, pp. 833 ss.; J.F. Decosas, J.K. Kane, K.D. Anarfi, K.D. Sodji e H.U. Wagner, *Migration and Aids*, in «The Lancet», vol. 346, n. 8978, 1995, pp. 826 ss.

Il rischio di contrarre l'Hiv o altre Mst è in gran parte determinato dai rapporti sessuali non protetti, o comportamenti sessuali «a rischio», comportamenti che spesso sono favoriti dai cambiamenti legati al processo migratorio²¹⁴. I fattori che aumentano la vulnerabilità a tali comportamenti si possono riassumere in: caratteristiche individuali presenti prima della migrazione, cambiamenti di caratteristiche individuali avvenuti durante il percorso migratorio ed esposizione ad un ambiente fisico e sociale completamente nuovo e diverso da quello del paese di origine²¹⁵. Questi fattori risultano determinanti nel definire la percezione del rischio da parte di una persona e, *inter alia*, hanno conseguenze anche sui comportamenti sessuali dei migranti. Nell'arco del processo migratorio possono essere vissute situazioni o possono essere adottati comportamenti in grado di aumentare la vulnerabilità dei migranti: questi fenomeni sono numerosi e certamente variano in base alle persone e ai luoghi. Tuttavia, è possibile identificare dei tratti comuni nella maggiore vulnerabilità dei migranti e nel maggior rischio rispetto all'Hiv/Aids. Innanzitutto, elementi quali l'informazione sull'Hiv/Aids, i servizi sanitari specifici per le Mst, l'accesso ai preservativi non sono sempre disponibili alle popolazioni migranti. Inoltre, come già visto, l'accesso a servizi esistenti può comunque essere reso difficoltoso, per esempio, da barriere linguistiche e culturali²¹⁶. Inoltre, i migranti devono affrontare diversi problemi vivendo in un nuovo contesto. Comportamenti a rischio – come l'aver diversi partner sessuali – possono essere legati all'alienazione, alla solitudine, all'essere separati dalle famiglie, alla disgregazione dell'unità familiare²¹⁷. È anche stato ipotizzato che uomini e donne di fronte all'anonimato che l'essere stranieri spesso garantisce, siano più propensi ad adottare comportamenti sessuali a rischio, specie se originari da paesi con forti regole tradizionali²¹⁸. Inoltre, nell'arco del processo migratorio, le famiglie e le comunità si sfaldano e le donne e i bambini cadono spesso vittima della violenza e dello sfruttamento sessuale. Le vittime di tratta sono spesso intradate verso la prostituzione e subiscono facilmente violenza dai loro sfruttatori e/o dai clienti. Come anche confermato dalle interviste condotte nell'ambito della ricerca, queste persone sono nella maggior parte dei casi giovani donne, alcune anche minori. I rapporti sessuali in tali casi sono sovente non protetti, sia a causa dello scarso «potere negoziale» di tali persone e controllo sulla loro salute sessuale sia perché i rapporti non protetti consentono di guadagnare di più.

²¹⁴ Joint United Nations Programme on Hiv/Aids, *Hiv and International Labour Migration*, UNAIDS Policy Brief, 2008, consultabile su www.unaids.org/en/resources/policies.

²¹⁵ D. Brummer, *Labour Migration and Hiv/Aids in Southern Africa*, International Organization for Migration Regional Office for Southern Africa, 2002.

²¹⁶ Si veda il par. 5.1.2, *Accettabilità culturale*.

²¹⁷ D. Brummer, *Labour Migration and Hiv/Aids in Southern Africa*, cit.

²¹⁸ *Ibidem*.

Capitolo sesto

Conclusioni

In questa ricerca abbiamo tentato di interpretare la questione del rapporto tra migrazione e salute nella città di Torino, da una prospettiva non ancora esplorata, quella dei diritti umani, in generale, e del diritto alla salute in particolare.

Siamo partiti da una ricognizione del contenuto normativo del diritto alla salute, così come definito negli strumenti internazionali¹, e poi, sulla base di 96 interviste ad operatori del settore, abbiamo analizzato il contesto torinese, mettendo in luce discrepanze tra ciò che è formalmente previsto dalla norma e ciò che risulta essere la realtà sul terreno. Abbiamo discusso due macro-elementi che costituiscono il diritto alla salute, vale a dire la possibilità di usufruire di un'assistenza sanitaria adeguata e l'incidenza dei determinanti della salute. Questi ultimi riguardano i fattori sociali – quali il reddito, l'istruzione, l'abitazione e via dicendo – che influenzano in maniera strutturale la salute delle persone in generale e dei gruppi vulnerabili in particolare. Lo studio condotto mostra con chiarezza come una piena realizzazione del diritto alla salute – dei migranti ma anche di tutto il resto della popolazione – può essere ottenuta solo agendo contemporaneamente su entrambe tali macro-componenti del diritto.

Come si è potuto apprezzare nel corso del presente rapporto, il quadro ricostruito presenta luci e ombre. Per fornire un esempio, per ciò che riguarda l'assistenza sanitaria ai migranti irregolari – aspetto che costituisce in generale una delle aree di maggiore preoccupazione – è risultato che nel complesso essi godono di un buon livello di accesso ai servizi. Anche in un'ottica comparatistica, considerando che in alcuni paesi europei, salvo le cure urgenti, non è prevista l'assistenza sanitaria pubblica ai migranti irregolari, è di notevole rilevanza l'esempio dei Centri Isi, e più in generale della legislazione nazionale in materia di assistenza sanitaria ai migranti irregolari. Inoltre, come più volte sottolineato, Torino può godere di una situazione

¹ Si veda il capitolo 2, *Il diritto alla salute*.

particolarmente positiva dal punto di vista del privato sociale: sono diverse le realtà che, a livelli e con mezzi diversi, offrono assistenza sanitaria, offrendo un contributo determinante nel garantire un livello di assistenza sufficiente. La ricchezza di offerta del privato sociale sembra un fatto, anche storicamente, specifico della realtà torinese. Al contempo è un fattore positivo il buon livello di integrazione tra pubblico e privato: anche tenendo conto della crisi economica – quale quella che stiamo vivendo ormai da anni – «l'integrazione sussidiaria» tra pubblico e privato risulta essere una strada vincente per riuscire a mantenere i servizi attivi senza gravare eccessivamente sulle risorse statali e senza assistere ad una completa abdicazione del settore pubblico nei confronti del privato sociale.

Detto ciò i problemi riscontrati sono numerosi e di non facile soluzione. Innanzitutto, si è avuta conferma che, in generale, la salute dei migranti desta preoccupazioni e presenta alcune aree di grave criticità, come quella dei traumatismi per gli uomini e dei problemi legati alla salute materno-infantile per le donne, fenomeni intrinsecamente legati alla fragilità sociale che caratterizza la loro condizione².

Abbiamo esplorato le ragioni di tale vulnerabilità inquadrando, come detto, i problemi riscontrati nel contenitore concettuale dato dal contenuto normativo del diritto alla salute. Abbiamo, in primo luogo, osservato come diversi problemi limitino, anche gravemente, le possibilità di accesso e di fruizione, da parte di alcune categorie di migranti, dei servizi sanitari. Pensiamo ai problemi rispetto alla disponibilità e la qualità³ dei servizi sanitari, causati dalla costante diminuzione di risorse, che determina la sempre maggiore difficoltà a rispondere adeguatamente alle esigenze di salute della popolazione, in generale, e delle categorie vulnerabili in particolare. Pensiamo agli ostacoli rispetto all'accettabilità culturale⁴ dei servizi causati dall'incontro di culture diverse, problema solo parzialmente risolto dalla figura del mediatore culturale – che abbiamo visto essere «strutturalmente debole»⁵ – in una società che ancora fatica a realizzare appieno la propria natura ormai multiculturale e con un sistema (in questo caso «sanitario») eccessivamente lento nel rispondere alle mutate condizioni. Pensiamo ancora al ruolo che occupa l'informazione nel garantire ai migranti l'accessibilità ai servizi sanitari⁶: molti migranti conoscono in maniera insufficiente i propri diritti, i meccanismi della malattia e della cura, l'esistenza e le modalità di utilizzo dei servizi esistenti. Ancor più grave, tale deficit informativo – concentrato

² Si veda il capitolo 4, *Lo stato di salute della popolazione migrante a Torino*.

³ Si veda il par. 5.1.1, *Disponibilità e qualità*.

⁴ Si veda il par. 5.1.2, *Accettabilità culturale*.

⁵ Si veda il par. 5.1.2, punto ii), *Il diritto alla salute e l'accettabilità culturale: il ruolo essenziale del mediatore culturale e punto iii), Il nodo della mediazione culturale*.

⁶ Si veda il par. 5.1.3, punto iii), *Il ruolo dell'informazione e punto iv), Il diritto alla salute e il diritto all'informazione*.

principalmente sui diritti dei migranti e sui servizi sanitari – sembra colpire anche buona parte degli operatori del settore sanitario. Abbiamo visto inoltre come specifici problemi di accesso colpiscano alcune categorie in particolare, quali i richiedenti asilo e i rifugiati⁷.

In secondo luogo, si è constatato come la salute – e il godimento del relativo diritto – sia un fattore in larga parte determinato, in positivo e in negativo, dal sub-strato sociale nel quale le persone vivono. La salute è il frutto non solo di un sistema sanitario efficiente e inclusivo, ma anche – e forse soprattutto – di politiche e iniziative volte a fare in modo che questa trovi adeguata promozione e protezione anche rispetto alla questione dei c.d. determinanti della salute. Salute non vuol dire più solo ospedali e medici, ma vuol anche dire istruzione, politiche abitative, assistenza sociale, inclusione urbana, alimentazione e via dicendo. Approfondendo il tema delle diseguaglianze e dei determinanti della salute, abbiamo potuto notare quanto siano marcate le diseguaglianze nella città di Torino e quanto ampio sia il divario – in termini di salute e di «prospettive di salute» – tra le fasce più vulnerabili e i gruppi più avvantaggiati⁸.

Come più volte ripetuto, la ricerca condotta dal Laboratorio ha avuto anche l'obiettivo di promuovere l'adozione di un approccio alla salute basato sui diritti umani, in generale, e sul diritto alla salute in particolare. Quale può essere l'utilità e il valore aggiunto nell'adottare questo approccio?

In primo luogo, il diritto alla salute, preso in ognuna delle sue componenti – disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità nonché i determinanti della salute – offre una chiave di lettura unica e completa per interpretare la realtà. Un'analisi quale quella compiuta ha perciò, da un lato, il vantaggio di porre in rilievo i parametri di riferimento e, dall'altro, di evidenziare immediatamente quali siano le problematiche che emergono dall'ambito studiato rispetto ai parametri individuati.

Adottare un approccio basato sui diritti umani significa, in secondo luogo, adottare, parallelamente, gli ulteriori principi «cardine» della disciplina dei diritti umani: l'attenzione ai gruppi vulnerabili, la non discriminazione, l'*accountability* (responsabilità circa l'operato) e la partecipazione. Un tal approccio perciò pone l'accento, innanzitutto, sui gruppi vulnerabili e marginalizzati, come i primi destinatari dell'azione pubblica. Quest'ultima deve poi essere mirata all'eliminazione di qualsivoglia forma di discriminazione, diretta e indiretta e attenta a non causarne ulteriori. Nel far ciò, non si può non porre in rilievo la necessità di affrontare le diseguaglianze di salute come possibile fonte di discriminazione indiretta. L'azione statale deve, inoltre, sempre prevedere la partecipazione diretta della cittadinanza,

⁷ Si veda il par. 5.1.3, punto *i*), *Difficoltà di accesso ai servizi sanitari dal punto di vista burocratico e procedurale*.

⁸ Si veda il par. 5.2, *Il diritto alle precondizioni sottostanti la salute*.

la quale sarà anche chiamata a svolgere un ruolo di rilievo nel porre in evidenza la responsabilità delle autorità statali.

L'insieme degli standard e dei principi di cui sopra è di grande utilità nel momento in cui si devono sviluppare e attuare politiche nell'ambito della salute: essi, infatti, indicano al decisore quali siano le aree e le iniziative alle quali dare priorità e quali necessità debbano prevalere; funzione essenziale soprattutto in un momento di crisi e di scarsità di risorse in cui, evidentemente, le autorità si trovano a dover bilanciare interessi divergenti. L'utilità risiede inoltre nelle indicazioni circa le modalità con cui è opportuno sviluppare e attuare le politiche. È interessante notare come tali principi trovino rispondenza anche in discipline diverse: basti a tal fine richiamare l'*equity audit*, strumento della disciplina della sanità pubblica che pare viaggiare in parallelo al principio di non-discriminazione, o la stessa *partecipazione* che, sempre nell'ambito della sanità pubblica, è sempre più considerata come un elemento imprescindibile delle politiche sanitarie.

Infine, tale approccio affonda le proprie radici in una solida base normativa. La Costituzione indica nella salute l'oggetto di un diritto fondamentale di cui tutti sono titolari. L'Italia inoltre si è volontariamente vincolata alla realizzazione del diritto alla salute – e di molti altri diritti umani – ratificando un numero consistente di trattati internazionali che lo prevedono esplicitamente. Dall'atto di ratifica discende l'obbligo, in capo alle autorità statali, di realizzare i diritti riconosciuti. Tutto ciò è di fondamentale importanza: «la salute», inserita in tale quadro, non risulta più solo essere un obiettivo programmatico o un esito «potenzialmente» raggiungibile, bensì, al contrario, un obiettivo che le autorità di governo hanno l'obbligo di perseguire e che i cittadini hanno il diritto di reclamare.

Appendici

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

Appendice prima

La salute e il profilo giuridico del migrante

Partendo dalla considerazione che, come visto nel capitolo 2¹, la categoria dei migranti incontra di per sé difficoltà aggiuntive nell'accedere e fruire dei servizi sanitari, grandi differenze in merito all'estensione dell'assistenza garantita derivano, in primo luogo, dalla condizione amministrativa in cui il migrante si trova. A seconda del paese di provenienza del migrante e della presenza e della tipologia del permesso di soggiorno in possesso, le possibilità di accesso ai servizi sanitari variano.

Tale analisi richiede di distinguere la condizione del migrante proveniente da un paese appartenente all'Unione europea da quella del migrante proveniente da un paese extracomunitario.

Per quanto concerne l'assistenza sanitaria garantita ai cittadini di uno dei 27 Stati dell'Unione europea, il principale testo di riferimento è il d.lgs. 30 del 2007 che recepisce nell'ordinamento italiano la Direttiva 38 del 2004.

Per quanto concerne i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea, la norma principale cui si farà riferimento è il d.lgs. 286 del 25 luglio 1998, *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero* (d'ora in avanti, *Testo unico sull'immigrazione – Tui*)², il quale stabilisce quali siano le possibili condizioni amministrative dello straniero non comunitario e che tipo di accesso all'assistenza sanitaria viene loro garantito.

L'inquadramento normativo non può tuttavia considerarsi esaurito col solo livello nazionale. Infatti, bisogna qui ricordare come, per effetto dell'art. 117 della legge costituzionale n. 3/2001 (*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*), la materia «salute e immigrazione» sia rimasta ambiguamente sospesa tra la legislazione «esclusiva» (l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa ai sensi dell'art. 1, comma 3, della legge n. 59/1997) e la legislazione «concorrente»

¹ Vedi il par. 2.3, *Migranti e vulnerabilità*.

² Vedi anche Regolamento d'attuazione, d.p.r. 31 agosto 1999, n. 394 (artt. 42, 43 e 44) e Circolare n. 5 del 24 marzo 2000.

(la tutela della salute è inserita tra le materie in cui la potestà legislativa spetta alle Regioni). Pur essendo, quindi, la politica sull'immigrazione dettata a livello nazionale – e rimanendo anche in capo allo Stato l'obbligo di garantire l'equità nell'attuazione del diritto alla salute³ – i percorsi di inserimento, di integrazione e di promozione, anche in ambito sanitario, devono essere attuati e realizzati localmente. Il progressivo decentramento amministrativo e politico produce – come alcuni importanti studi hanno dimostrato – estrema eterogeneità sul territorio nazionale, con rischio elevato di determinare disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi, soprattutto a danno della popolazione immigrata⁴.

Considerato il taglio dato a questa ricerca, ci si soffermerà – nella misura necessaria al fine di inquadrare al meglio il contesto geografico analizzato, la città di Torino – sugli aspetti rilevanti della normativa e delle disposizioni della Regione Piemonte.

1. *Cittadini comunitari*

Per quanto riguarda l'iscrizione dei cittadini comunitari al Servizio sanitario nazionale (Ssn) e l'accesso alle cure mediche, è necessario fare una distinzione tra la situazione di:

- coloro che effettuano un soggiorno di breve durata (inferiore ai 3 mesi);
- coloro che effettuano un soggiorno di lungo periodo (superiore ai 3 mesi).

1.1. *Soggiorno di breve durata (inferiore ai 3 mesi)*

Per i soggiorni di durata inferiore ai 3 mesi, la sola formalità richiesta al cittadino comunitario, per soggiornare in Italia, è il possesso di un documento d'identità valido per l'espatrio. Non è infatti richiesta alcuna altra condizione e formalità⁵.

Per i soggiorni inferiori ai 3 mesi non può essere effettuata l'iscrizione al Ssn, se non per i lavoratori stagionali (con contratto di lavoro per un pe-

³ Vedi i «Livelli essenziali di assistenza» e gli accordi Stato-Regioni.

⁴ S. Geraci e G. Baglio, *Salute degli immigrati*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2010. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane*, 2010, pp. 275 ss.; Associazione per gli studi giuridici sull'immigrazione (Asgi), Progetto co-finanziato dall'Unione europea e dal Ministero dell'Interno, Fondo europeo per i rifugiati 2008-2013, *Il diritto alla protezione, studio sullo stato del sistema di asilo in Italia e proposte per una sua evoluzione*, giugno 2011, p. 9.

⁵ Art. 6 d.lgs. 30/2007.

riodo di tempo inferiore ai 3 mesi; questi sono obbligatoriamente iscritti al Ssn)⁶ ed eventualmente per i titolari di modelli E106 con validità trimestrale⁷.

L'accesso alle prestazioni sanitarie avviene dietro esibizione della tessera europea di assicurazione malattia (Team) – o del certificato che sostituisce provvisoriamente la Team – rilasciata dal paese di provenienza. Nel caso in cui il cittadino europeo si presenti alla Asl privo di tessera Team, o di altro idoneo attestato di diritto, potrà essere richiesta all'istituzione straniera la prova dell'iscrizione del paziente, oppure sarà richiesto il pagamento per intero della prestazione e, successivamente, il cittadino straniero potrà chiedere il rimborso alla competente istituzione del proprio paese⁸. I titolari della tessera Team o di un documento equivalente hanno diritto alle cure urgenti e necessarie presso le strutture sanitarie preposte e comunque a tutte le prestazioni in natura richieste dal suo stato di salute per consentirgli di continuare il suo soggiorno in condizioni sicure sotto il profilo medico.

Le donne in gravidanza possono ricevere le prestazioni sanitarie e assistenza al parto (solo se urgente, prematuro) previa esibizione della tessera Team. Nel caso di parto programmato è necessario richiedere l'apposito modello E112⁹. Le donne che non risultano assicurate presso uno Stato comunitario (e che non sono iscritte al Ssn) dovranno presentare un'assicurazione privata o pagare direttamente le prestazioni.

Parimenti, la Team non può essere utilizzata per altre tipologie di cure programmate (ad es. cure di alta specializzazione): anche in questo caso sarà necessario dotarsi del modello E112.

1.2. Soggiorno di lungo periodo (superiore ai 3 mesi)

Il cittadino comunitario sarà obbligatoriamente iscritto al Ssn, a parità di trattamento con i cittadini italiani residenti in Italia e con oneri a carico dello stesso Ssn, nei seguenti casi¹⁰:

– lavoratori subordinati o autonomi¹¹; l'iscrizione al Ssn in questo caso sarà valida per la durata del rapporto di lavoro;

⁶ Vedi *infra*.

⁷ Ministero della Salute, nota informativa 3 agosto 2007.

⁸ *Ibidem*.

⁹ Solo nei seguenti casi: donne che desiderano partorire nello Stato membro ove risiede il marito, donne titolari di borse di studio che partoriscono nell'arco di tempo in cui svolgono le proprie ricerche all'estero.

¹⁰ Ministero della Salute, nota informativa 3 agosto 2007.

¹¹ Coloro che intendono stabilirsi in Italia per lavoro (autonomo o subordinato) per un periodo superiore ai 3 mesi, non devono più far richiesta della carta di soggiorno, ma devono effettuare l'iscrizione anagrafica, a seguito del recepimento della Direttiva europea 2004/38/CE tramite il d.lgs. 6 febbraio 2007, n. 30.

- familiari, anche non cittadini dell'Unione, di lavoratori subordinati o autonomi¹²;
- familiari a carico di cittadino italiano¹³;
- possessori di «attestazione di soggiorno permanente» maturato dopo 5 anni di residenza in Italia¹⁴;
- disoccupati iscritti alle liste di collocamento o iscritti a un corso di formazione professionale;
- titolari di formulari E106/S1¹⁵, E109/S1¹⁶, E120/S1¹⁷, E121/S1¹⁸;
- vittime di tratta o riduzioni in schiavitù;
- già lavoratore subordinato o autonomo, temporaneamente inabile a seguito di malattia o infortunio;
- iscritto alle liste di mobilità;
- detenuti e internati;
- cittadine comunitarie madri di minori italiani;
- minori affidati a istituti o famiglie.

¹² In base a quanto disposto dalla Circolare del Ministero dell'Interno n. 19 del 6 aprile 2007, sono da considerarsi familiari: 1) il coniuge; 2) i discendenti diretti di età inferiore a 21 anni o a carico e i discendenti del coniuge; 3) gli ascendenti diretti a carico e gli ascendenti del coniuge.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ In questo caso l'iscrizione sarà a tempo indeterminato.

¹⁵ 1. Lavoratori distaccati (e loro familiari) in Italia per conto di una ditta europea (al di fuori dell'Italia); in questo caso la Cassa dello Stato estero ove ha sede la ditta, e dove vengono versati i contributi, assume l'onere derivante dall'iscrizione al Ssn del lavoratore per tutta la durata del distacco presso la Asl territorialmente competente. Si rammenta che non tutti gli Stati rilasciano il modello E106 con validità annuale. Nel caso in cui il formulario ha validità commisurata alla durata del contratto di lavoro, l'iscrizione dovrà essere annuale, rinnovabile anno per anno, dopo aver accertato l'effettiva permanenza dell'attività lavorativa. Il lavoratore distaccato ha diritto alla scelta del medico (e/o pediatra) di base, ma non alla Team, che, invece, deve essere rilasciata dallo Stato di provenienza. 2. Studenti esteri che vengono in Italia a seguire un corso di studi (es. Erasmus); come per i lavoratori distaccati l'iscrizione alla Asl ha una scadenza (riportata nel modello E106) legata alla durata del corso di studi. Vale quanto detto per i lavoratori distaccati. 3. Familiare di disoccupato; ha diritto al medico (e/o pediatra) di medicina generale e, quindi, all'assistenza sanitaria, ma non alla Team italiana, perché egli ha diritto a richiedere la tessera europea al suo paese di provenienza. Ai titolari del modello E106, inoltre, la Asl dovrà rilasciare l'allegato 5 indicato nella nota ministeriale prot. DG Rueri 2276 dell'8 marzo del 2005, che dovrà essere presentata al medico (e/o pediatra) di base.

¹⁶ Familiari di lavoratore straniero occupato presso un altro Stato membro e residenti in Italia (può essere utilizzato anche dallo studente). Hanno diritto all'iscrizione al Ssn presso la Asl territorialmente competente, con la scelta del medico (pediatra) di base ed alla nostra Team.

¹⁷ Richiedenti la pensione di un altro Stato Ue (e loro familiari), ma residenti in Italia; hanno diritto all'iscrizione al Ssn con la scelta del medico (pediatra) di base, ma non alla Team che sarà loro rilasciata invece dallo Stato estero, ai fini di un eventuale uso in un paese Ue al di fuori del nostro.

¹⁸ Pensionati europei e loro familiari (muniti di pensione di un altro Stato Ue, ma residenti in Italia); hanno diritto all'iscrizione al Ssn presso la Asl territorialmente competente, con la scelta del medico (pediatra) di base ed alla nostra Team.

Hanno invece diritto all'iscrizione volontaria, dietro il pagamento di un contributo annuale, i seguenti soggetti:

- cittadini comunitari che godono delle immunità e dei privilegi previsti dalla Convenzione di Vienna sulle relazioni diplomatiche e consolari;
- cittadini senza i requisiti per l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale;
- studenti e personale alla pari;
- dipendenti di Organizzazioni internazionali aventi sede in Italia (questi soggetti non hanno l'obbligo dell'iscrizione nel registro anagrafico dei residenti e non sono tenuti al pagamento dell'Irpef sulle retribuzioni percepite);
- cittadini comunitari che svolgono un'attività lavorativa in Italia e che rimangono soggetti alla legislazione di sicurezza sociale dello Stato di invio tranne che sia dovuta l'iscrizione obbligatoria qualora portatori dei modelli comunitari.

Il contributo per l'iscrizione è valido per l'anno solare, non è frazionabile e non ha decorrenza retroattiva. L'iscrizione si estende anche ai familiari a carico tranne che per gli studenti e le persone alla pari.

Coloro che hanno la residenza in Italia o che comunque intendono soggiornare per un periodo superiore ai 3 mesi e che non hanno diritto all'iscrizione al Ssn e che risultino privi di copertura sanitaria del paese di provenienza, devono disporre – per se stessi e per i propri familiari – di risorse economiche sufficienti per non diventare un onere a carico dell'assistenza sociale dello Stato durante il periodo di soggiorno, e di un'assicurazione sanitaria o di altro titolo idoneo comunque denominato che copra tutti i rischi nel territorio nazionale¹⁹.

Coloro che intendono soggiornare, per esempio per motivi di studio, in Italia per un periodo superiore ai 3 mesi²⁰, ma che tuttavia non intendono trasferirsi stabilmente (in quanto intendono mantenere il centro dei propri interessi e dei propri affari nello Stato di provenienza) possono utilizzare la tessera Team – o il certificato sostitutivo provvisorio – per ricevere tutte le cure considerate medicalmente necessarie in relazione alla durata del soggiorno e allo stato di salute. In questo caso non sarà possibile l'iscrizione al Ssn. Con la Team il cittadino comunitario può accedere direttamente ai servizi sanitari.

1.3. *Cittadini comunitari non iscritti al Ssn e privi di mezzi di sostentamento*

Dal quadro delineato poc'anzi, continuano a rimanere esclusi quei cittadini comunitari che si trovano sul territorio italiano senza essere assistiti da-

¹⁹ Art. 7, comma 1, lett. b) e c) del d.lgs. n. 30/2007.

²⁰ Per la condizione del cittadino comunitario che intenda soggiornare nel territorio italiano per un periodo non superiore ai 3 mesi, vedi *supra*.

gli Stati di provenienza ed essendo sprovvisti di altra assicurazione privata, che si trovano in stato di indigenza.

Il Ministero della Salute chiarisce che tali cittadini hanno diritto alle prestazioni indifferibili e urgenti²¹. Tra le prestazioni urgenti ed essenziali garantite si intendono incluse anche le prestazioni sanitarie relative:

– alla tutela della salute dei minori, ai sensi della Convenzione di New York sui diritti dell'infanzia del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con legge 27 maggio 1991, n. 176;

– alla tutela della maternità, all'interruzione volontaria di gravidanza, a parità di condizione con le donne assistite iscritte al Ssn, in applicazione delle leggi 29 luglio 1975, n. 409, 22 maggio 1978, n. 194 e del decreto ministeriale 10 settembre 1998.

Infine, sono anche garantite le campagne di vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive.

Di queste prestazioni «dovrà essere tenuta, da parte dell'Azienda sanitaria locale (Asl) territorialmente competente, una contabilità separata» per tentare azioni di recupero e/o negoziazione nei confronti degli Stati competenti²². Tale rendicontazione viene effettuata sulla base del codice regionale Eni (Europeo non iscritto) che viene attribuito in occasione della prima erogazione delle prestazioni o su richiesta dell'interessato. Il codice Eni ha durata semestrale ed è rinnovabile.

È bene sottolineare come la Regione Piemonte sia stata fra le prime in Italia ad affrontare, quando emerse, il problema dell'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari non iscrivibili al Ssn. Proprio la Regione Piemonte, con la Circolare del 9 gennaio 2008, ha ideato il codice regionale Eni.

Il codice Eni deve essere utilizzato per:

– la prescrizione su ricettario regionale di prestazioni sanitarie (esami clinico-strumentali, visite specialistiche);

– la prestazione di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate;

– la rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture del Ssn.

Le prestazioni sono erogate a parità di condizioni con i cittadini italiani per quel che concerne l'eventuale compartecipazione alla spesa.

²¹ Ministero della Salute, nota informativa 3 agosto 2007.

²² *Ibidem*.

2. Cittadini non-comunitari

Lo straniero proveniente da paesi extra-Ue può essere regolarmente soggiornante – se in possesso di regolare permesso di soggiorno – oppure non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, il d.lgs. 286/1998 agli artt. 34, 35 e 36 individua 5 distinte categorie di beneficiari:

- coloro che sono in possesso del permesso di soggiorno e sono iscrivibili obbligatoriamente al Ssn;
- coloro che sono in possesso del permesso di soggiorno e sono iscrivibili volontariamente al Ssn;
- coloro che sono in regola con le norme relative al soggiorno ma non sono iscrivibili al Ssn;
- coloro che non sono in regola con le norme relative al soggiorno e non sono iscrivibili al Ssn;
- stranieri che entrano in Italia per motivi di cura.

2.1. Non comunitari regolarmente soggiornanti e iscrivibili obbligatoriamente al Ssn

Il diritto all'iscrizione obbligatoria al Ssn deriva dal motivo che autorizza il rilascio del permesso di soggiorno e che conseguentemente consente la permanenza sul territorio italiano. L'iscrizione obbligatoria garantisce lo stesso trattamento riservato, per legge, al cittadino italiano per quanto concerne la scelta del medico di medicina generale e/o del pediatra di libera scelta e per la compartecipazione alla spesa. Vengono inoltre garantite, a parità di condizioni, l'assistenza riabilitativa, l'assistenza integrativa, l'assistenza protesica e il trasferimento per cure all'estero.

Hanno diritto all'iscrizione obbligatoria gli stranieri in possesso di un permesso di soggiorno per²³:

- lavoro subordinato;
- lavoro autonomo;
- motivi familiari;
- asilo politico/rifugiato;
- asilo umanitario/motivi umanitari/protezione sussidiaria;

²³ Vedi Direzione generale diritto alla salute e politiche di solidarietà, Coordinamento interregionale in sanità, Tavolo interregionale «Immigrati e servizi sanitari», Coordinamento: Osservatorio sulle diseguaglianze nella salute – Regione Marche, *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane*, giugno 2011, pp. 13 ss. V. anche art. 34 Tui e art. 42 Regolamento di attuazione; Ministero della Sanità, Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 e normativa successiva.

- richiesta di protezione internazionale;
- richiesta di asilo ai sensi della Convenzione di Dublino;
- attesa adozione;
- affidamento, ivi compresi i minori non accompagnati;
- acquisto della cittadinanza;
- possessori della carta di soggiorno²⁴ e soggiornanti di lungo periodo;
- familiari non comunitari di cittadino comunitario iscritto al Ssn;
- attesa occupazione;
- attesa regolarizzazione;
- minori stranieri presenti sul territorio a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno;
 - genitore che svolge attività lavorativa con permesso di soggiorno per assistenza minore²⁵;
 - motivi di studio per maggiorenni precedentemente iscritti a titolo obbligatorio²⁶;
 - detenuti e internati; in semilibertà, sottoposti a misure alternative alla pena;
 - permessi per motivi di giustizia;
 - motivi religiosi per religiosi che svolgono un'attività lavorativa e ricevono una remunerazione soggetta alle ritenute fiscali;
 - status di apolide;
 - motivi di studio per studenti che svolgono un'attività lavorativa;
 - residenza elettiva con titolarità di pensione contributiva italiana;
 - motivi di salute/umanitari (salvo soggiornanti *ex art. 36 Tui*)²⁷;
 - le cittadine straniere – ed il coniuge convivente – in stato di gravidanza e/o nei 6 mesi successivi alla nascita del figlio – che abbiano chiesto il rilascio del permesso di soggiorno (non rinnovabile) per «cure mediche»²⁸.

L'assistenza sanitaria spetta anche ai familiari che convivono con il richiedente e che risultano a suo carico, purché siano regolarmente presenti in Italia²⁹.

L'iscrizione obbligatoria è valida per tutta la durata del permesso di soggiorno ed è valida anche nella fase di rinnovo dello stesso e, a permesso scaduto, qualora si sia presentato ricorso; inoltre l'iscrizione ha validità retroattiva (a partire dal momento di inizio di validità del permesso di soggiorno).

²⁴ Art. 9, comma 1, Tui e art. 16, comma 2, d.p.r. n. 394/1999.

²⁵ Art. 29, comma 6, Tui.

²⁶ Ministero della Salute, Circolare del 16 aprile 2009.

²⁷ Vedi *infra*.

²⁸ Art. 19, comma 2, lett. *d*), Tui e art. 28, comma 1, lett. *c*), d.p.r. 394/1999.

²⁹ Art. 42 d.p.r. 31 agosto 1999, n. 394.

2.2. *Non comunitari regolarmente soggiornanti ed iscrivibili volontariamente al Ssn*

Gli stranieri in possesso di un permesso di soggiorno superiore ai 3 mesi e che non rientrano nelle categorie iscritte obbligatoriamente sono tenuti ad assicurarsi in proprio contro il rischio di malattia, infortunio e maternità, o con polizza con istituto assicurativo italiano o estero, purché valido in Italia, oppure attraverso un'iscrizione volontaria al Ssn, valida anche per i familiari a carico³⁰. Quest'ultima costituisce una forma particolare di copertura assicurativa e comporta il versamento alla Regione di residenza di un contributo annuale rapportato al reddito complessivo conseguito in Italia e/o all'estero nell'anno precedente all'iscrizione³¹. Per gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio e per collocati alla pari è previsto, invece, un contributo forfettario.

L'iscrizione volontaria è concessa ai cittadini non comunitari che sono regolarmente soggiornanti e/o presenti in Italia per:

- residenza elettiva che non svolgono alcun tipo di attività lavorativa;
- studio;
- motivi religiosi (non rientranti nei casi in cui spetta l'iscrizione obbligatoria);
- persone alla pari;
- familiari ultrasessantacinquenni con ingresso in Italia per ricongiungimento familiare dopo il 5 novembre 2008;
- lavoratori stranieri che non sono tenuti a corrispondere in Italia l'imposta sul reddito delle persone fisiche;
- dipendenti stranieri di Organizzazioni internazionali operanti in Italia nonché personale accreditato presso Rappresentanze diplomatiche ed Uffici consolari, con esclusione del personale assunto a contratto in Italia, per il quale è obbligatoria l'iscrizione al Ssn.

Per poter richiedere l'iscrizione volontaria è necessario, come già accennato, che la durata del permesso di soggiorno sia superiore ai 3 mesi, salvo per gli studenti ed i «collocati alla pari» per i quali l'iscrizione è consentita anche con permessi di durata inferiore.

L'iscrizione si effettua presso l'Asl nel cui territorio il cittadino straniero ha la residenza legale o, in assenza di questa, l'effettiva dimora. Il luogo di «effettiva dimora» è quello indicato sul permesso di soggiorno.

L'iscrizione volontaria scade inderogabilmente al termine di ogni anno solare, indipendentemente da un'eventuale maggiore durata del permesso di soggiorno.

³⁰ Art. 34, comma 3, Tui e art. 42 d.p.r. 31 agosto 1999, n. 394; Ministero della Sanità, Circolare n. 5, cit.

³¹ Ministero della Sanità, Circolare n. 5, cit.

2.3. *Non comunitari regolarmente soggiornanti e non iscrivibili al Ssn*

Non è consentita l'iscrizione volontaria ai cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno per motivi di cura – ai sensi dell'art. 36 del Tui³² – per motivi turistici o di altro permesso di soggiorno di durata inferiore ai 3 mesi (salvo i casi in cui non sia consentita l'iscrizione obbligatoria o volontaria, come nel caso di studenti, collocati alla pari, lavoratori stagionali)³³. A questi sono assicurate, presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, sia le prestazioni ospedaliere urgenti (ambulatoriali, di ricovero, di Day Hospital), il cui onere deve essere corrisposto in toto al momento della dimissione, sia le prestazioni sanitarie di elezione, il cui onere deve essere corrisposto dall'interessato al momento della prestazione³⁴.

2.4. *Non comunitari irregolarmente soggiornanti e non iscrivibili al Ssn*

Non hanno diritto all'iscrizione al Ssn i cittadini non comunitari non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno (c.d. stranieri temporaneamente presenti, Stp).

Il Tui, rifacendosi allo spirito del dettato costituzionale all'art. 32, prevede che ai cittadini stranieri presenti sul territorio italiano in condizioni di irregolarità siano comunque assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio³⁵. Per «cure urgenti» si deve intendere cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona e per «cure essenziali» si devono intendere le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti). Agli stranieri irregolari devono essere estesi i programmi di medicina preventiva, a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Ai fini dei trapianti, compreso il trapianto di midollo osseo, considerati terapie essenziali, lo straniero Stp è trattato al pari del cittadino italiano.

Nell'ambito delle prestazioni assicurate agli stranieri irregolari, sono in particolare garantiti:

a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del ministro della Sanità 6 marzo

³² Vedi *infra*.

³³ Vedi *supra*.

³⁴ Ministero della Sanità, Circolare n. 5, cit. Rimangono tuttavia salvi gli accordi internazionali in materia di reciprocità dell'erogazione dell'assistenza sanitaria.

³⁵ D.lgs. 286/1998, art. 35, comma 3.

1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;

b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti dell'infanzia del 20 novembre 1989, ratificata dalla legge 27 maggio 1991, n. 176;

c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni;

d) gli interventi di profilassi internazionale;

e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;

f) cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza³⁶.

Per quanto riguarda le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria di base, il d.p.r. n. 394/1999 all'art. 43, delega alle Regioni italiane l'organizzazione dei servizi sanitari, ovvero la definizione di chi deve fornire l'assistenza sanitaria di base³⁷:

le Regioni individuano le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative, che possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, strutture in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica. Tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno comunque prevedere l'accesso diretto senza prenotazione né impegnativa.

La Regione Piemonte si è posta all'avanguardia fin dalla metà degli anni Novanta con la creazione, nel 1996, dei Centri di informazione salute immigrati (Centri Isi)³⁸, centri ai quali dal 2004 è affidata l'erogazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri Stp.

L'assistenza sanitaria viene assicurata attraverso il rilascio di un tesserino con codice regionale individuale Stp (codice identificativo di 16 caratteri) che identifica l'assistito per tutte le prestazioni erogabili con finalità prescrittive e di rendicontazione. Il codice viene rilasciato a seguito di una dichiarazione da parte dello straniero dei propri dati anagrafici (non è richiesto ai fini del valido rilascio del codice un documento identificativo) e viene utilizzato per ricevere le prestazioni sanitarie essenziali a parità di condizioni con il cittadino italiano per quanto riguarda le quote di partecipazione alla spesa, c.d. ticket. Il codice ha durata semestrale ed è rinnovabile³⁹. A Torino

³⁶ *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, emanate con d.p.r. 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modifiche ed integrazioni.

³⁷ Art. 43, comma 8, d.p.r. 394/1999.

³⁸ Regione Piemonte, Delibera regionale n. 56-10571 del 15 luglio 1996.

³⁹ Direzione generale diritto alla salute e politiche di solidarietà, Coordinamento interregionale in sanità, *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa*, cit., p. 31.

il codice Stp viene rilasciato dai Centri Isi, in occasione della prima erogazione delle prestazioni o preventivamente al fine di facilitare l'accesso alle cure.

Il codice Stp deve essere utilizzato per:

- la prescrizione su ricettario regionale di prestazioni sanitarie (esami clinico-strumentali, visite specialistiche);
- la prescrizione di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate;
- la rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate del Ssn.

Per ciò che riguarda la partecipazione alla spesa, l'art. 35 del Tui ribadisce il principio secondo cui il Ssn eroga prestazioni «gratuite» (salvo compartecipazione alla spesa) ai soli «iscritti» (italiani e stranieri) negli appositi elenchi tenuti dallo stesso. Le prestazioni sanitarie sono perciò erogate senza oneri a carico dei richiedenti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

Lo straniero Stp, qualora abbia reso dichiarazione di indigenza, può essere esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa (ticket), in analogia con il cittadino italiano, con il codice di esenzione X01 che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata. La condizione di indigenza deve essere dichiarata su apposito modulo come da Circolare ministeriale n. 5/2000 del 24 marzo 2000 ed è valida 6 mesi.

Sono inoltre garantiti in forma gratuita interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlati, a salvaguardia della salute individuale e collettiva, in particolare: la tutela sociale della gravidanza e maternità, la tutela della salute del minore, le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva autorizzati dalla Regione, gli interventi di profilassi internazionale, la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive e bonifica degli eventuali focolai, le prestazioni finalizzate alla prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di tossicodipendenza, le prestazioni correlate a patologie esenti.

Per tutte le altre situazioni (prestazioni di II livello, di diagnosi e cura, medicina riabilitativa e preventiva, alimenti speciali, presidi specifici...), si applicano le condizioni previste per il cittadino italiano.

È qui opportuno sottolineare l'importanza di garantire l'accesso ai trattamenti sanitari ai cittadini stranieri in condizioni di irregolarità sul territorio italiano, non solo come corollario necessario di quel diritto alla salute che la stessa Costituzione italiana statuisce all'art. 32, ma anche come strumento necessario al fine di salvaguardare la salute pubblica e, dunque, l'interesse della collettività.

In Piemonte, dal 1996, sono attivi i Centri di informazione sanitaria per gli stranieri (Centri Isi). Al pari di quanto avviene per i cittadini italiani o stranieri regolarmente iscritti al Ssn, gli Stp che accedono ai Centri Isi rice-

vono assistenza sanitaria da parte del medico presente in ambulatorio: visita, richiesta e controllo analisi, prescrizioni farmaceutiche, prescrizioni di visite specialistiche o di ricoveri. Tenendo conto del crescente numero di accessi ai Centri Isi di stranieri Stp affetti da patologie croniche ed invalidanti, con Circolare del 3 agosto 2004, l'Assessorato alla tutela della salute e sanità della Regione Piemonte ha impartito disposizioni in materia di esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria confermando il percorso già previsto per i cittadini italiani, ma attribuendo al medico del Centro Isi, in quanto depositario dell'intera documentazione sanitaria del paziente, l'attivazione delle pratiche per il rilascio dell'attestato di esenzione per patologia e/o malattie rare⁴⁰.

3. *Soggiorno per cure mediche*

L'art. 36 del Testo unico e l'art. 44 del Regolamento di attuazione disciplinano l'ingresso ed il soggiorno in Italia per cure mediche. Sono previste 3 distinte fattispecie:

- straniero che chieda il visto di ingresso per motivo di cure mediche;
- straniero che venga trasferito per cure in Italia nell'ambito di interventi umanitari⁴¹;
- straniero che venga trasferito in Italia nell'ambito di programmi di intervento umanitario delle Regioni⁴².

Straniero che chieda il visto di ingresso per motivo di cure mediche: ai fini del rilascio del visto da parte dell'ambasciata o del consolato italiani deve essere presentata dall'interessato la seguente documentazione:

- a) dichiarazione della struttura sanitaria italiana prescelta che indichi il tipo di cura, la data di inizio e la durata presumibile della stessa;
- b) attestazione dell'avvenuto deposito, a favore della struttura prescelta, di una somma a titolo cauzionale, in lire italiane, in euro o in dollari statunitensi, pari al 30% del costo complessivo presumibile delle prestazioni richieste;
- c) documentazione comprovante, anche attraverso la dichiarazione di un garante, la disponibilità in Italia di risorse sufficienti per l'integrale pagamento delle spese sanitarie, di quelle di vitto e alloggio, fuori dalla struttura sanitaria, e di rimpatrio per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore.

Il rilascio del permesso di soggiorno per cure mediche non permette l'i-

⁴⁰ Regione Piemonte, Assessorato alla tutela della salute e sanità, *Guida ai servizi sanitari per immigrati*, p. 68.

⁴¹ Ai sensi dell'art. 12, comma 2, lett. c) del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal d.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517.

⁴² Ai sensi dell'art. 32, comma 15, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

scrizione al Ssn. Le prestazioni sanitarie dovranno essere pagate per intero dall'utente.

Straniero che venga trasferito per cure in Italia nell'ambito di interventi umanitari: tale intervento si concretizza nell'autorizzazione all'ingresso per cure in Italia, da parte del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero degli Affari esteri, di cittadini stranieri residenti in paesi privi di strutture sanitarie idonee ed adeguate. L'individuazione dei soggetti beneficiari di tale intervento rientra nell'ambito della discrezionalità politica dei due ministeri. Il Ministero della Salute, sulla base della documentazione acquisita, provvede ad individuare le strutture che si ritengono idonee, all'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste e a rimborsare direttamente alle stesse strutture l'onere delle relative prestazioni sanitarie.

Straniero che venga trasferito in Italia nell'ambito di programmi di intervento umanitario delle Regioni: le Regioni, nell'ambito della quota del Fondo sanitario nazionale ad esse destinata, autorizzano, d'intesa con il Ministero della Salute, le Unità sanitarie locali e le Aziende ospedaliere ad erogare prestazioni di alta specializzazione, che rientrino in programmi assistenziali approvati dalle Regioni, a favore di:

a) cittadini provenienti da paesi extracomunitari nei quali non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie e non sono in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria;

b) cittadini di paesi la cui particolare situazione contingente non rende attuabili, per ragioni politiche, militari, o di altra natura gli accordi in vigore per l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte del Ssn.

4. Focus: richiedenti asilo e rifugiati

L'ultimo decennio è stato particolarmente importante per la disciplina normativa in materia di asilo in Italia. A tale istituto, che affonda le proprie radici nell'art. 10 della Costituzione italiana, è stata riservata scarsa attenzione per decenni. Solo nel 1990, infatti, con la legge 39 c.d. «Martelli», le è attribuita una parziale regolamentazione. Questa normativa viene sostituita, anche se non sostanzialmente modificata, con l'emanazione del d.lgs. 286 del 1998, il c.d. Testo unico sull'immigrazione a cui si è già fatto riferimento. Con la legge 189 del 2002, la c.d. «Bossi-Fini», la materia subisce alcune significative modifiche anche attraverso la decentralizzazione della procedura di asilo e l'istituzione di Commissioni territoriali – una delle quali ha sede a Torino – con il compito di decidere sulle richieste di protezione internazionale. Tra il 2005 e il 2008, grazie al recepimento di alcune importanti disposizioni legislative comunitarie, la materia subisce ulteriori importanti modifiche. Nel 2005 viene recepita, con il d.lgs. 140/2005, la Direttiva comunitaria

2003/9 recante norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo negli Stati membri. Nel 2007, con il d.lgs. 251/2007, viene recepita la Direttiva «qualifiche» (2004/83) – con la quale si stabiliscono i criteri che gli Stati membri dell'Unione devono utilizzare per decidere se un richiedente asilo ha diritto alla protezione internazionale e quale forma di protezione debba ricevere, se lo status di rifugiato o una forma di protezione sussidiaria – e nel 2008, con il d.lgs. 25/2008 la Direttiva «procedure» (2005/85) che introduce norme minime comuni negli Stati membri ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di rifugiato.

Ad oggi esistono 3 possibili tipi di protezione internazionale: 1) lo status di rifugiato; 2) la protezione sussidiaria; 3) il riconoscimento di gravi motivi di carattere umanitario. I presupposti per il riconoscimento dell'una o dell'altra posizione sono diversi, così come (almeno in parte) le conseguenze del tipo di protezione accordata; comune è invece la procedura amministrativa.

Ciò che interessa qui porre in evidenza, considerato il taglio di questa ricerca, è quale tipo di assistenza sanitaria la normativa riconosce al richiedente protezione internazionale nelle varie fasi, dal deposito della domanda fino alla decisione in merito alla richiesta.

È opportuno innanzitutto ricordare quanto già riportato in precedenza e cioè che, *ex art.* 34 Tui e secondo quanto previsto dalla Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 del Ministero della Sanità, gli stranieri regolarmente soggiornanti per asilo politico⁴³, per asilo umanitario⁴⁴, per richiesta di asilo⁴⁵ hanno diritto all'iscrizione obbligatoria al Ssn. Alla persona che al suo ingresso in Italia fa richiesta di asilo viene infatti rilasciato un permesso di

⁴³ Ministero della Sanità, Circolare n. 5 del 24 marzo 2000; il riferimento è agli artt. 2, 10, comma 4, e 19, comma 1, del Testo unico, all'art. 1 del d.l. 30 dicembre 1989, n. 416, convertito nella legge 28 febbraio 1990, n. 39, alle Convenzioni di Ginevra del 28 luglio 1951 sui rifugiati politici (ratificata con legge 24 luglio 1954, n. 722, in Gazzetta Ufficiale 27 agosto 1954, n. 196), e di New York del 28 settembre 1954 sugli apolidi (ratificata con legge 1° febbraio 1962, n. 306, in Gazzetta Ufficiale 7 giugno 1962, n. 142), al Protocollo di New York del 31 gennaio 1967 e alla Convenzione di Dublino del 15 giugno 1990 sempre sui rifugiati.

⁴⁴ *Ibidem*, asilo umanitario: il riferimento è agli articoli del Testo unico 18, comma 1 (soggiorno per motivi di protezione sociale), 19, comma 2, lett. *a*) e *d*) (divieto di espulsione e di respingimento di minori di anni diciotto e di donne in stato di gravidanza e di puerperio fino ad un massimo di 6 mesi), 20, comma 1 (misure straordinarie di accoglienza per eventi eccezionali) e 40, comma 1 (stranieri ospitati in centri di accoglienza, qualora non abbiano altro titolo all'assicurazione obbligatoria o all'erogazione di prestazioni sanitarie).

⁴⁵ *Ibidem*, richiesta di asilo: il riferimento è all'art. 1 del decreto-legge 30 dicembre 1989, n. 416, convertito nella legge 28 febbraio 1990, n. 39; l'iscrizione obbligatoria riguarda coloro che hanno presentato richiesta di asilo sia politico che umanitario. Rientra in questa fattispecie la tutela del periodo che va dalla richiesta all'emanazione del provvedimento, incluso il periodo dell'eventuale ricorso contro il provvedimento di diniego del rilascio del permesso di soggiorno, e viene documentata mediante esibizione della ricevuta di presentazione dell'istanza alle autorità di polizia.

soggiorno – non valido per lavoro per i primi 6 mesi di permanenza in Italia – della durata di 3 mesi da rinnovare alla scadenza, fino all'audizione con la Commissione territoriale. Grazie a questo permesso di soggiorno come richiedente asilo, sia il richiedente che i suoi familiari hanno – come già visto in precedenza – diritto all'iscrizione obbligatoria al Ssn e all'esenzione dal sistema di compartecipazione non essendo a loro concessa la facoltà di intrattenere regolari rapporti di lavoro per i primi 6 mesi⁴⁶. Qualora i richiedenti asilo siano inizialmente trattenuti presso i Centri di identificazione *ex lege* 189/2002 nell'attesa che venga loro rilasciato il permesso di soggiorno, sono loro garantite le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative per malattia o infortunio, erogate dal Ssn, tramite i canali predisposti per gli stranieri irregolari.

Una volta ottenuto il riconoscimento dello status di rifugiati, essi godono del diritto di soggiorno in Italia, e vale quanto detto in precedenza circa l'iscrizione obbligatoria al Ssn.

È opportuno qui ricordare, più in generale, quanto previsto dall'art. 28 della Direttiva 2004/83/CE: tale disposizione afferma, affinché si scongiuri il rischio di generare disagio sociale, il principio di parità di trattamento in materia di accesso all'assistenza sociale tra cittadini di uno Stato dell'Unione e beneficiari dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria⁴⁷. Come già sottolineato in altri studi⁴⁸, va evidenziato positivamente che nel recepire la normativa comunitaria l'Italia non si è avvalsa della facoltà di limitare l'accesso da parte dei titolari di protezione sussidiaria alle prestazioni di assistenza sociale in condizioni di parità di trattamento con i cittadini italiani, alle sole prestazioni essenziali, prevedendo invece espressamente all'art. 27 del d.lgs. n. 251/2007 che: «I titolari dello status di rifugiato hanno diritto al medesimo trattamento riconosciuto al cittadino in materia di assistenza sociale e sanitaria».

Avviandoci verso la conclusione, bisogna ricordare che nel caso in cui la Commissione territoriale non riconosca la protezione internazionale al richie-

⁴⁶ Vedi Ministero della Sanità, Circolare n. 5, cit. Si deve precisare riguardo al cittadino straniero con permesso di soggiorno per richiesta di asilo che, non essendo stata data a tali soggetti facoltà di intrattenere regolari rapporti di lavoro durante il periodo di richiesta di asilo, le prestazioni sanitarie sono fornite in esenzione dal sistema di compartecipazione alla spesa assimilandoli ai disoccupati iscritti alle liste di collocamento.

⁴⁷ «1. Gli Stati membri provvedono affinché i beneficiari dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria ricevano, nello Stato membro che ha concesso tali status, adeguata assistenza sociale, alla stregua dei cittadini dello Stato membro in questione. 2. In via d'eccezione alla regola generale di cui al paragrafo 1, gli Stati membri possono limitare l'assistenza sociale per i beneficiari della protezione sussidiaria alle prestazioni essenziali, che in tal caso sono offerte allo stesso livello e alle stesse condizioni di ammissibilità previste per i cittadini dello Stato membro in questione».

⁴⁸ Asgi, *Il diritto alla protezione, studio sullo stato del sistema di asilo in Italia e proposte per una sua evoluzione*, cit., p. 296.

dente e non inviti la Questura a rilasciare a questi un permesso di soggiorno per motivi umanitari, viene ritirato il permesso di soggiorno per richiesta d'asilo e la persona viene invitata a lasciare il territorio nazionale. Nel caso in cui la persona decida di rimanere diverrà irregolare e conseguentemente l'assistenza sanitaria potrà eventualmente essere erogata nelle forme previste per gli stranieri irregolari di cui si è detto in precedenza. È bene sottolineare, tuttavia, che l'iscrizione al Ssn permane qualora la persona abbia presentato ricorso contro il diniego della Commissione territoriale.

Nonostante, da un lato, la normativa nazionale sia chiara circa il diritto/dovere di iscrizione al Ssn per i richiedenti asilo e per coloro ai quali è stata riconosciuta la protezione internazionale, nel corso della ricerca si è evidenziato come, a livello pratico, emergano difficoltà di natura principalmente burocratico-amministrativa che possono talvolta rendere particolarmente ardua l'iscrizione di questi al Ssn nella città di Torino⁴⁹.

Bibliografia

Oltre alla normativa citata, nella redazione di questa Appendice ci si è serviti delle informazioni presenti nei seguenti testi:

– Associazione per gli studi giuridici sull'immigrazione (Asgi), Progetto cofinanziato dall'Unione europea e dal Ministero dell'Interno, Fondo europeo per i rifugiati 2008-2013, *Il diritto alla protezione, studio sullo stato del sistema di asilo in Italia e proposte per una sua evoluzione*, giugno 2011.

– Direzione generale diritto alla salute e politiche di solidarietà, Coordinamento interregionale in sanità, Tavolo interregionale «Immigrati e servizi sanitari», Coordinamento: Osservatorio sulle disuguaglianze nella salute – Regione Marche, *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane*, giugno 2011.

– Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2010. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane*, 2010.

– Regione Piemonte, Assessorato alla tutela della salute e sanità, *Guida ai servizi sanitari per immigrati*, settembre 2008.

– Regione Toscana, l'Albero della Salute, *Assistenza sanitaria ai migranti: la normativa di riferimento*, febbraio 2007.

⁴⁹ Si veda il par. 5.1.3, punto i), *Difficoltà di accesso ai servizi sanitari dal punto di vista burocratico e procedurale*.

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

Appendice seconda

Il profilo sanitario del soggetto immigrato

1. *Obiettivi*

Gli obiettivi che ci proponiamo in questa Appendice sono i seguenti:

– descrivere il contesto demografico in cui si inserisce il lavoro del Laboratorio sottolineando come il progressivo affermarsi della popolazione immigrata in Italia giustifichi lo studio delle barriere politiche, normative e culturali alla fruizione dell'assistenza sanitaria in questa popolazione;

– differenziare lo stato di «migrante» e di «straniero». Descrivere le fonti di dati, i flussi utilizzati ed accennare ai limiti che la metodologia epidemiologica incontra nello studio dello stato di salute del migrante;

– descrivere i principali fattori di rischio clinici e sociali connessi a ciascuna fase del processo migratorio soffermandosi sulla loro interdipendenza e relativa importanza; nonché offrire spunti di riflessione sugli strumenti sociali, politici e normativi utili a minimizzarli;

– descrivere lo stato di salute della popolazione immigrata attraverso l'analisi della domanda di salute e del ricorso ai servizi;

– definire il profilo sanitario del soggetto immigrato soffermandosi sul quadro epidemiologico delle principali tematiche cliniche di interesse per questa popolazione.

2. *Contesto demografico*

In riferimento al fenomeno migratorio, si può parlare di una transizione avvenuta e di una transizione in corso. La transizione avvenuta è il passaggio dell'Italia da paese di emigrazione a paese di immigrazione. Dopo i massicci flussi emigratori degli anni Sessanta e Settanta che collocavano l'Italia tra i primi paesi di emigrazione d'Europa, nel 1981 per la prima volta si è

registrato un bilancio migratorio positivo. Da allora la presenza degli stranieri in Italia ha assunto dimensioni sempre più rilevanti. La transizione in corso riguarda la demografia, gli andamenti dei flussi, la presenza di diverse comunità culturali, l'incremento della popolazione straniera di sesso femminile, i ricongiungimenti familiari, gli immigrati di seconda generazione e, non ultimo, la partecipazione e l'integrazione della comunità immigrata nel contesto sociale, lavorativo ed economico italiano.

Le stime degli stranieri residenti in Italia variano in relazione alla fonte informativa utilizzata: l'archivio del Ministero degli Interni tiene conto del numero totale dei permessi di soggiorno, l'Istat delle registrazioni nelle anagrafi; il dossier statistico della Caritas stima la presenza straniera in Italia tenendo conto di altre categorie non tracciate nelle fonti istituzionali (minori, pratiche di residenza in arretrato, nuovi occupati, comunitari venuti senza registrarsi in previsione di un loro insediamento, ecc).

I cittadini stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2008 erano 3,5 milioni (Istat 2008). Le stime relative all'anno 2007 del dossier Caritas, si allineavano con tali dati accreditando un numero di immigrati che oscillava tra i 3,8 e i 4 milioni. Tale cifra, rapportata ad una popolazione complessiva di 60 milioni di persone, è pari ad un'incidenza percentuale del 5,8% (Istat al 1° gennaio 2008) e del 6,7% secondo la Caritas. In entrambi gli scenari (misure più o meno prudenziali), l'Italia si colloca, tra i primi paesi di immigrazione dell'Unione europea, al di sopra della media comunitaria, subito dopo la Germania. Fra i paesi europei di immigrazione relativamente recente al pari dell'Italia vi è la Spagna dove nel 2007 gli stranieri costituivano l'11,3% (5,2 milioni di persone) della totalità dei soggetti residenti. I più recenti dati disponibili stimano in Italia la presenza di 4,6 milioni di stranieri residenti (anno 2011). In Piemonte – per l'anno 2011 – l'Istat stima la presenza di circa 400.000 residenti stranieri, di cui 207.000 nella sola Provincia di Torino.

3. Definizioni e metodologia

Obiettivo di questo paragrafo, più tecnico rispetto agli altri, è quello di fornire una definizione di «soggetto immigrato» (definizione di caso), definire la popolazione oggetto dello studio (*study population*) e la popolazione di confronto (popolazione di controllo) nonché descrivere le fonti dei dati demografici in Italia e i flussi correnti che forniscono i dati necessari alla costruzione del profilo di salute della popolazione immigrata. Inoltre, verranno menzionati i limiti metodologici legati all'utilizzo di tali fonti e flussi.

3.1. La definizione di caso, della popolazione oggetto dello studio e della popolazione di controllo

La popolazione oggetto dello studio (*study population*) è la popolazione immigrata. La definizione della popolazione immigrata parte dalla definizione di «caso», ossia da una definizione chiara e condivisa di «soggetto immigrato».

Le analisi epidemiologiche effettuate nel corso degli ultimi anni a livello nazionale, regionale e locale hanno impiegato criteri diversi per definire le popolazioni oggetto delle loro ricerche e hanno indistintamente utilizzato i termini «straniero», «immigrato», «migrante» rendendo – in molti casi – difficilmente comparabili le conclusioni cui sono giunti. Al fine di armonizzare la metodologia di ricerca e di valutare in maniera omogenea le condizioni di salute degli immigrati presenti sul territorio nazionale, nell'ambito del progetto *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi* coordinato dall'Osservatorio sulle disuguaglianze della Regione Marche e promosso dal Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (Ccm), si è proceduto ad una definizione univoca di «caso». Si definiscono «immigrati» i soggetti di cittadinanza straniera, nati all'estero e provenienti da paesi a forte pressione migratoria (Pfp). I Pfp includono paesi appartenenti all'Unione europea e paesi extraeuropei¹. Alla luce di questa definizione, il termine «straniero» non è dunque sinonimo di immigrato. Il lavoro dell'Osservatorio sulle disuguaglianze ha dimostrato come il criterio della cit-

¹ Paesi a forte pressione migratoria (da: Istat, elaborazione Osservatorio epidemiologico sulle disuguaglianze/Ars Marche; Fonti: classificazione Banca Mondiale, dal 1° luglio 2006): *Europa*: Bulgaria, Repubblica Ceca, Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Romania, Slovacchia, Slovenia, Ungheria, Albania, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Croazia, Kosovo, Macedonia, ex Repubblica Jugoslava, Moldova, Montenegro, Federazione Russa, Repubblica di Serbia, Svizzera, Turchia, Ucraina. *Asia*: Afghanistan, Arabia Saudita, Armenia, Azerbaigian, Bahrein, Bangladesh, Bhutan, Brunei, Cambogia, Repubblica Popolare Cinese, Corea del Nord, Emirati Arabi Uniti, Filippine, Georgia, Giordania, India, Indonesia, Iran, Iraq, Kazakistan, Kirghizistan, Kuwait, Laos, Libano, Malaysia, Maldive, Mongolia, Myanmar (ex Birmania), Nepal, Oman, Pakistan, Qatar, Singapore, Siria, Sri Lanka, Tagikistan, Taiwan, Territori dell'Autonomia Palestinese, Thailandia, Timor Orientale, Turkmenistan, Uzbekistan, Vietnam, Yemen Figi, Kiribati, Isole Marshall, Micronesia, Nauru, Palau, Papua Nuova Guinea, Isole Salomone, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu. *Africa*: Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Capo Verde, Repubblica Centrafricana, Ciad, Comore, Congo, Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Mali, Marocco, Mauritania, Mauritius, Mozambico, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Somalia, Sud Africa, Sudan, Swaziland, Tanzania, Togo, Tunisia, Uganda, Zambia, Zimbabwe. *America*: Antigua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia, Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Repubblica Dominicana, Ecuador, El Salvador, Giamaica, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Messico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perù, Saint Kitts e Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent e Grenadine, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguay, Venezuela.

tadinanza per definire il soggetto immigrato sia quello più appropriato per stimare la popolazione immigrata in Italia. Attenendosi a questo approccio, rimangono esclusi dalla definizione di «immigrato» i soggetti provenienti da paesi a forte pressione migratoria che hanno acquisito la cittadinanza italiana, quota tuttavia ritenuta numericamente irrilevante (182.000 soggetti nel periodo 1996-2007 secondo l'Istat).

Al fine di studiare la popolazione immigrata, definirne il profilo di salute e, soprattutto, rilevare le criticità che contribuiscono a renderla una popolazione «fragile» è necessario che lo studio avvenga in confronto con una popolazione definita «di controllo». Infatti, per individuare nella pratica clinica, le aree in cui la salute degli immigrati costituisce una problematica di sanità pubblica e per poter quindi programmare efficacemente l'assistenza loro rivolta è necessaria un'analisi di confronto. La popolazione di confronto è rappresentata da:

- persone in possesso di cittadinanza italiana e residenti in Italia;
- persone presenti stabilmente in Italia con cittadinanza in uno dei paesi a sviluppo avanzato (Psa)².

Nella definizione della popolazione di confronto si assume che i soggetti che ne fanno parte condividano condizioni socio-economiche e quindi fattori di rischio per la salute simili tra loro e diversi da quelli delle persone che provengono dai Pfp.

3.2. *Flussi correnti utili per la costruzione del profilo di salute: potenzialità e limiti*

Nelle indagini sulle condizioni di salute e malattia della popolazione immigrata e al fine di effettuare le opportune comparazioni con la popolazione italiana è di fondamentale importanza disporre di dati dettagliati ed affidabili sia sul numero assoluto degli eventi di malattia (numeratori), sia sulla presenza straniera in Italia (denominatori). Per quanto concerne la quantificazione dei «denominatori», la condizione amministrativa degli immigrati influenza la «visibilità» di un soggetto immigrato nei flussi informativi demografici. Le fonti disponibili per la descrizione della *study population* sono: le anagrafi comunali, i permessi di soggiorno e le anagrafi assistiti.

Alla luce della definizione precedentemente fornita, un soggetto immigrato presente in Italia può:

² Paesi a sviluppo avanzato: paesi a forte pressione migratoria (da: Istat, elaborazione Osservatorio epidemiologico sulle diseguaglianze/Ars Marche; Fonti: classificazione Banca Mondiale, dal 1° luglio 2006): Europa 15 (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia) + Andorra, Australia, Canada, Città del Vaticano, Corea del Sud, Giappone, Islanda, Israele, Liechtenstein, Norvegia, Nuova Zelanda, Principato di Monaco, San Marino, Svizzera, Usa.

- essere in possesso di regolare permesso di soggiorno se proveniente da Pfp_m extraeuropei (rintracciabile attraverso il flusso dei permessi di soggiorno);

- essere iscritto alle anagrafi comunali se proveniente da Pfp_m comunitari e con titolo per risiedere in Italia (rintracciabile attraverso le anagrafi comunali);

- essere un immigrato irregolare (definito «straniero temporaneamente presente» – St_p – non rintracciabile nei flussi informativi demografici).

Come si nota, gli immigrati vengono rilevati dai flussi demografici solo quando in possesso del permesso di soggiorno o dell'iscrizione alle anagrafi comunali. Al contrario, la presenza irregolare non è quantificabile e il fatto che questa porzione della popolazione immigrata non sia conteggiata al denominatore delle statistiche di salute inficia le stime di prevalenza ed incidenza delle patologie. Per fronteggiare l'annoso problema della definizione dei denominatori, l'Istat, in ottemperanza al Regolamento europeo secondo il quale tutti i paesi comunitari devono produrre dati attendibili sulla popolazione residente straniera, si è impegnato a produrre nuove stime più attendibili sulla presenza immigrata in Italia per sesso, età e cittadinanza. Nell'immediato, l'uso combinato di diverse fonti demografiche (istituzionali e non) permette di attenuare i limiti insiti in ciascun sistema di rilevazione e minimizzare l'errore nella stima dei denominatori. Il *Dossier statistico immigrazione Caritas/Migrantes* ha affinato, negli anni, dei metodi per stimare la componente irregolare. Per ciò che concerne la determinazione dei tassi di prevalenza ed incidenza delle patologie e il calcolo dei rischi relativi dei principali fenomeni sanitari, diversi studi italiani e stranieri hanno utilizzato valori stimati di irregolarità.

Sul versante dei numeratori, a fronte di un crescente utilizzo dei dati sanitari correnti nelle analisi epidemiologiche, si è registrato nell'ultimo decennio un progressivo miglioramento dei flussi informativi, in riferimento sia alla copertura territoriale (regionale e locale), sia alla completezza delle informazioni. Le fonti per la descrizione della domanda di salute in Italia provengono dalle strutture sia pubbliche sia private che forniscono assistenza sanitaria. I flussi da cui si ottengono le informazioni circa gli eventi (stima numeratori) sono:

- *Schede di dimissione ospedaliera (Sdo)*: le Sdo contengono informazioni sulle dimissioni ospedaliere per sesso, età e cittadinanza. Titolare del flusso Sdo sono il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome. I dati vengono raccolti con periodicità annuale.

- *Interruzione volontaria di gravidanza (Igv)*: contengono informazioni circa le Igv secondo età, stato civile, cittadinanza e storia riproduttiva pregressa della donna. Titolare del flusso è l'Istat e la periodicità di raccolta dei dati è annuale.

- *Aborto spontaneo*: contengono informazioni circa gli aborti spontanei secondo età, stato civile, cittadinanza e storia riproduttiva pregressa della

donna. Titolare del flusso è l'Istat e la periodicità di raccolta dei dati è annuale.

– *Certificato di assistenza al parto (Cedap)*: contengono dati socio-demografici dei genitori, sulla gravidanza, il parto e il neonato, la nati-mortalità e le malformazioni. Titolare del flusso è il Ministero della Salute e la periodicità di raccolta dei dati è semestrale.

– *Screening oncologici*: contengono informazioni circa la popolazione obiettivo degli screening oncologici mammografici, cervicali e colon-rettali, gli individui invitati, gli individui aderenti e relativi approfondimenti diagnostico-terapeutici. Titolare del flusso è il Ministero della Salute e la periodicità di raccolta dei dati è annuale.

– *Sistema informativo malattie infettive*: contengono informazioni circa le malattie infettive soggette a notifica obbligatoria per sesso ed età. Titolari del flusso sono, nell'ambito delle specifiche competenze istituzionali, l'Istat, il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e la Commissione europea. La periodicità di raccolta dei dati è continua.

– *Schede di morte*: contengono informazioni circa la mortalità per sesso, età, cittadinanza e cause di morte. Titolare del flusso è l'Istat e la periodicità di raccolta dei dati è continua.

– *Infortuni sul lavoro*: contengono informazioni circa gli infortuni sul lavoro per Regione, sesso, anno, gestione Inail, settore di attività economica, paese di nascita, classe di età e tipo di conseguenza. Titolare del flusso è l'Inail e la periodicità di raccolta dei dati è giornaliera.

Il gruppo di lavoro tecnico-scientifico nazionale coordinato dalla Regione Marche cui si è precedentemente fatto riferimento, ha lavorato con l'obiettivo di individuare una serie di 36 indicatori calcolabili attraverso i flussi sopra descritti che permettono di costruire il profilo di salute della popolazione immigrata. Gli indicatori selezionati si soffermano, in particolare, su:

- il ricovero ospedaliero;
- la salute materno-infantile;
- gli infortuni sul lavoro;
- le malattie infettive;
- la mortalità.

L'utilizzo di tali indicatori consente di analizzare in modo omogeneo la domanda di assistenza sanitaria degli immigrati, di rendere confrontabili le analisi effettuate in differenti realtà italiane e di poter programmare efficacemente le azioni di sanità pubblica rivolte a questa popolazione.

La tabella 1 riporta l'elenco dei 36 indicatori, specificandone l'ambito, la fonte e la disponibilità temporale dei dati.

TAB. 1. *La salute della popolazione immigrata: indicatori selezionati dal gruppo di lavoro coordinato dalla Regione Marche, 2007*

Indicatore	Descrizione	Fonte dati	Primo anno disponibile
<i>La popolazione: quadro demografico</i>			
1	N. e proporzione di Pfpn regolari in Italia	Istat	2002
2	N. e proporzione di minorenni stranieri residenti in Italia	Istat	2002
3	N. e proporzione di neonati Pfpn regolari nati in Italia	Istat	1998
<i>La popolazione: lavoro</i>			
4	N. e proporzione di lavoratori assicurati all'Inail per paese di nascita	Cedap	2002
<i>Domanda di salute e ricorso ai servizi: il ricovero ospedaliero</i>			
5a	N. e proporzione di ricoveri totali e ordinari, per cittadinanza, erogati dalle strutture della Regione	Sdo	1997
5b	N. e proporzione di ricoveri totali e ordinari, per cittadinanza, dei residenti nella Regione	Sdo	1997
6	Tasso grezzo di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari dei residenti, per cittadinanza	Numeratore: Sdo Denominatore: Istat	1997
7	Tasso standardizzato di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari dei residenti, per cittadinanza	Numeratore: Sdo Denominatore: Istat	1997
8	Distribuzione dei ricoveri ordinari dei residenti per causa, per cittadinanza	Sdo	1997
9	N. e proporzione dei ricoveri ordinari in urgenza, per cittadinanza	Sdo	1997
10a	N. e proporzione dei ricoveri in Day Hospital, per cittadinanza	Sdo	1997
10b	N. e proporzione dei ricoveri in Day Hospital, per sesso e per cittadinanza	Sdo	1997
11	Primi 10 Drg dei ricoveri in Day Hospital, per cittadinanza	Sdo	1997
<i>Domanda di salute e ricorso ai servizi: la salute materno-infantile</i>			
12	N. e proporzione dei ricoveri totali delle donne residenti, per cittadinanza	Sdo	1997
13	N. e proporzione dei ricoveri ostetrici delle donne residenti, per cittadinanza	Sdo	1997
14	N. e proporzione dei ricoveri ostetrici in età fertile per causa, per cittadinanza	Sdo	1997
15	N. e proporzione dei parti, per cittadinanza	Sdo	1997
16	N. e proporzione dei parti cesarei, per cittadinanza	Sdo	1997
17	Assistenza in gravidanza, per cittadinanza		
17a	N. dei parti avvenuti in Regione	Cedap	2002
17b	Età media delle madri al parto	Cedap	2002
17c	Scolarità media: proporzione madri con titolo di studio pari alla licenza media (inferiore o superiore)	Cedap	2002
17d	Scolarità bassa: proporzione madri con titolo di studio pari alla licenza elementare	Cedap	2002

(segue)

(segue) TAB. 1. *La salute della popolazione immigrata: indicatori selezionati dal gruppo di lavoro coordinato dalla Regione Marche, 2007*

Indicatore	Descrizione	Fonte dati	Primo anno disponibile
17e	Stato civile: proporzione madri coniugate, madri nubili	Cedap	2002
17f	N. di visite insufficienti: proporzione madri che hanno effettuato meno di 4 visite in gravidanza	Cedap	2002
17g	Prima visita tardiva: proporzione madri che hanno effettuato la prima visita dopo le 12 settimane di età gestazionale	Cedap	2002
17h	N. insufficiente di ecografie effettuate in gravidanza: proporzione madri che hanno effettuato meno di 3 ecografie in gravidanza	Cedap	2002
17i	Indagini prenatali invasive: proporzione madri che hanno effettuato almeno un esame invasivo (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi)	Cedap	2002
17k	Struttura utilizzata: distribuzione di frequenza del tipo di struttura (privata, consultorio, ospedale, nessuna) prevalentemente utilizzata in gravidanza dalle madri	Cedap	2002
17l	Ricorso al taglio cesareo: proporzione di parti con taglio cesareo	Cedap	2002
18	N. e proporzione di ricoveri per Ivg in età fertile, per cittadinanza	Sdo	1997
19	Proporzione di gravidanze che esitano in Ivg, per cittadinanza	Sdo	1997
20	Distribuzione di Ivg per classi di età e cittadinanza	Sdo	1997
21	Fenomeno Ivg, per cittadinanza		1982
21a	N. di Ivg avvenute in Regione	Istat-Ivg	1982
21b	Proporzione Ivg su totale Ivg	Istat-Ivg	1982
21c	Età media	Istat-Ivg	1982
21d	Proporzione donne di età inferiore a 18 anni	Istat-Ivg	1982
21e	Scolarità alta: proporzione donne con titolo di studio pari alla laurea o superiore	Istat-Ivg	1982
21f	Scolarità media: proporzione donne con titolo di studio pari alla licenza media (inferiore o superiore)	Istat-Ivg	1982
21g	Scolarità media: proporzione donne con titolo di studio pari o inferiore alla licenza elementare	Istat-Ivg	1982
21h	Stato civile: proporzione donne coniugate e nubili	Istat-Ivg	1982
21i	Occupazione: proporzione donne occupate o non occupate	Istat-Ivg	1982
21k	Proporzione donne senza precedenti Ivg, con 1, con 2+ Ivg precedenti	Istat-Ivg	1982
21l	Proporzione donne con età gestazionale al momento dell'Ivg <90, 90+ giorni	Istat-Ivg	1982
21m	Proporzione donne con tempo di attesa per l'Ivg <14, 14+ giorni	Istat-Ivg	1982
21n	Proporzione donne con certificato per Ivg presso il consultorio, il medico, il servizio ostetrico, strutt. socio-sanitaria, certificazione mancante per pericolo di vita	Istat-Ivg	1982

(segue)

(segue) TAB. 1. *La salute della popolazione immigrata: indicatori selezionati dal gruppo di lavoro coordinato dalla Regione Marche, 2007*

Indicatore	Descrizione	Fonte dati	Primo anno disponibile
22	Proporzione di gravidanze che esitano in aborto spontaneo (As), per cittadinanza	Sdo	1997
23	Distribuzione di aborti spontanei (As) per classi di età e cittadinanza	Sdo	1997
24	Condizioni del neonato per cittadinanza	Cedap	2002
24a	N. e proporzione di nati	Cedap	2002
24b	Proporzione di nati sotto peso	Cedap	2002
24c	N. nati morti (nati morti + nati vivi) * 1.000	Cedap	2002
24d	Proporzione Apgar <8	Cedap	2002
24e	Proporzione di nati necessitanti di rianimazione	Cedap	2002
25	N. e proporzione dei ricoveri entro il primo anno di vita, per cittadinanza	Sdo	1999
26	Distribuzione dei ricoveri per causa, per cittadinanza	Sdo	1999
<i>Domanda di salute e ricorso ai servizi: infortuni sul lavoro</i>			
27	N. e proporzione di infortuni riconosciuti, per paese di nascita	Inail	1994
28	N. e proporzione di infortuni indennizzati in morte, per paese di nascita	Inail	1994
29	Indici di incidenza infortunistica nel settore Industria e servizi per paese di nascita	Inail	1994
<i>Domanda di salute e ricorso ai servizi: malattie infettive</i>			
30	N. e proporzione di casi di Aids, per cittadinanza	Notifiche di malattie infettive	1986
31	Tasso grezzo di incidenza di casi di Aids, per cittadinanza	Notifiche di malattie infettive	1986
32	N. e proporzione di casi di TB, per paese di nascita	Notifiche di malattie infettive	1996
<i>Domanda di salute e ricorso ai servizi: mortalità</i>			
33	N. e proporzione di Pfpdm deceduti/totale decessi avvenuti nella Regione	Schede di morte	1969
34	Tasso grezzo di mortalità per cittadinanza	Schede di morte	1969
35	Distribuzione delle cause di morte per causa e cittadinanza	Schede di morte	1969
36	N. di decessi al primo anno di vita, per cittadinanza	Schede di morte	1969

Fonte: Dati ed elaborazioni grafiche tratte da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia, Accordo Ministero della Salute/Ccm-Regione Marche (Direzione generale prevenzione sanitaria, Ufficio I, n. DG/PREV/I 3488/P/F 3 ad, 2007).

4. Fattori di rischio clinici e sociali connessi al processo migratorio

Obiettivo di questo paragrafo è descrivere le varie tappe del processo migratorio ed illustrare i principali fattori di rischio, sia clinici che sociali, ad esse connessi. In particolare, il tentativo è quello di offrire una visione d'insieme del loro ruolo, interdipendenza e relativo peso in uno schema spazio-temporale teoricamente definito.

La figura 1 rappresenta schematicamente le successive fasi del processo migratorio, indica dove si collocano i rispettivi fattori di rischio e delinea il susseguirsi nel tempo delle possibili conseguenze cliniche.

Le conseguenze cliniche sono influenzate, nelle varie fasi, sia dalle caratteristiche individuali del soggetto migrante sia dal contesto sanitario, geografico, sociale e politico che lo circonda.

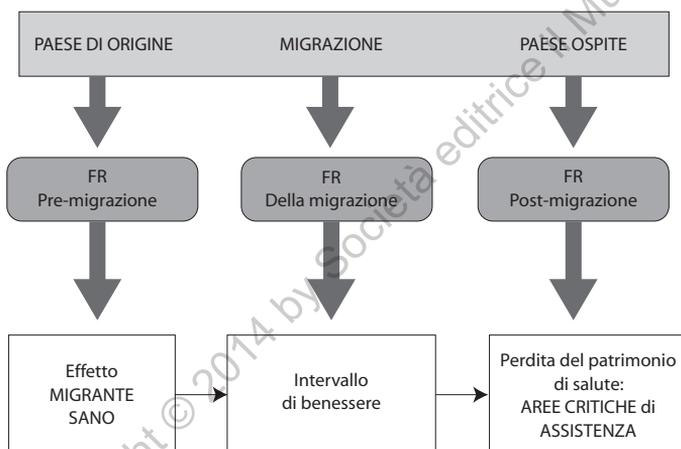


FIG. 1. Tappe del processo migratorio.

Fonte: A Odone *et al.*, *Epidemiology of Tuberculosis in a Low-incidence Italian Region with High Immigration Rates: Differences between not Italy-born and Italy-born TB cases*, in «BMC Public Health», 11, 2011, pp. 376 ss.

4.1. Fattori di rischio pre-migrazione

I fattori di rischio pre-migrazione agiscono sul soggetto migrante nel paese di origine e precedono temporalmente il processo migratorio.

Essi si riferiscono a:

- fattori di «non-rischio» (protettivi) legati al progetto migratorio: l'effetto migrante sano;
- fattori di rischio genetici e caratteristiche ereditarie;
- esposizione a fattori di rischio ambientale;
- esposizione a fattori di rischio infettivi;
- fattori di rischio culturali e comportamentali.

Il concetto di «migrante sano» (*healthy immigrant effect*), inteso come risultato di un processo pre-partenza che seleziona individui complessivamente in buona salute, è applicabile ad un'emigrazione spinta da necessità economiche e indirizzata alla ricerca di un lavoro per lo più di tipo manuale. Tale concetto, ampiamente valido nelle fasi iniziali del processo migratorio, tende ad attenuarsi man mano che l'immigrazione si stabilizza nel paese ospite.

Il modello «migrante sano» delinea il profilo dell'immigrato come un soggetto giovane, di sesso prevalentemente maschile, in buone condizioni di salute rispetto alla popolazione autoctona, appartenente, nel proprio paese d'origine, alle classi sociali meno svantaggiate (in possesso delle risorse economiche per sostenere le spese di viaggio) e con un grado di istruzione medio.

Secondo la letteratura scientifica, il tentativo migratorio, soprattutto in una fase iniziale, viene messo in atto da quei soggetti che, per caratteristiche socio-economiche individuali e per attitudini caratteriali, massimizzano le possibilità di portare a buon fine il progetto migratorio. Tre sono i modelli specifici alla base di questo fenomeno:

- autoselezione nel paese di origine di partenti in buone condizioni di salute ed economiche (esposti a minori fattori di rischio pre-migrazione) a discapito delle frange più sofferenti e deboli della popolazione;
- controlli sanitari e screening ad opera delle autorità degli Stati ospitanti nei confronti della popolazione immigrata;
- comportamenti e abitudini salutari tenuti dagli stranieri prima del momento migratorio.

Per quanto i tre modelli non siano mutuamente escludenti e possano co-esistere all'origine dell'effetto «migrante sano», il modello di «autoselezione» risulta essere il principale responsabile soprattutto in un paese come il nostro, di più recente tradizione immigratoria.

In linea con un profilo di migrante sano, un'indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari condotta dall'Istat nel 2005, dipinge una popolazione straniera in migliori condizioni di salute rispetto alla popolazione italiana; le più favorevoli condizioni di salute tra gli stranieri emergono sia misurando lo stato di salute con indicatori di percezione (l'80,3% dichiara di «stare bene o molto bene», contro il 71,8% tra gli italiani, standardizzando per età), sia analizzando le informazioni raccolte sulle malattie prevalenti (22,8% gli stranieri con almeno una malattia nelle quattro settimane precedenti l'intervista, contro il 27,4% tra gli italiani). Nell'interpretazione di questi dati è comunque necessario ricordare, tra le fonti di possibili *bias*, il cosiddetto «paradosso italiano» per il quale nel nostro paese il livello di salute così come la qualità dei servizi sanitari offerti appaiono, nella percezione dei cittadini, inferiori rispetto ai dati obiettivi.

In ultimo, è importante sottolineare come sfuggano alla definizione di

«migrante sano» i soggetti vittime di «migrazione forzata» ovvero i profughi, gli sfollati e i rifugiati costretti indiscriminatamente ad allontanarsi da gravi situazioni politiche, di guerra o persecuzione. Queste categorie, a differenza dei soggetti che intraprendono un progetto di «migrazione volontaria», presentano un rischio maggiore di profilo di salute deteriorato, rappresentativo delle condizioni di sofferenza e di violenza subite.

Il concetto stesso di «migrante sano» dimostra come i fattori di rischio infettivi pre-migrazione, e di conseguenza le patologie di importazione ad essi correlate (soprattutto malaria, Hiv, tubercolosi ed epatite B), abbiano un peso epidemiologico meno rilevante rispetto al rischio infettivo, come vedremo in seguito, proprio della fase migratoria (infezioni del tratto respiratorio e del tratto genito-urinario). Situazioni in cui il soggetto migrante possa essere portatore di infezioni contratte nel paese di origine sono limitate ai seguenti casi:

- infezioni latenti o asintomatiche nelle prime fasi del processo migratorio. Vedremo in seguito come possano essere le precarie condizioni igienico-sanitarie proprie delle fasi più tardive di adattamento nel paese ospitante ad agire come fattori di rischio di slatentizzazione o aggravamento dell'infezione (tubercolosi ed epatite B);

- infezioni non correttamente diagnosticate nel paese di origine per deficienza dell'assistenza sanitaria o per fattori culturali (condizioni tradizionalmente non considerate patologiche nel paese di origine; emblematica, a questo proposito, è la consuetudine all'infestazione malarica in paesi ad altissima endemia).

Inoltre, i dati epidemiologici a disposizione sia in casistiche nazionali sia internazionali non supportano il rischio di trasmissione delle infezioni menzionate dai soggetti immigrati alla popolazione autoctona del paese ospitante. Tali dati hanno contribuito a screditare l'idea stereotipata di «immigrato portatore di malattie esotiche» concetto talora definito «sindrome di Salgari».

4.2. *Fattori di rischio della migrazione*

I fattori di rischio della migrazione, in questo caso, si riferiscono al disagio sia fisico sia psicologico del percorso migratorio; condizioni di viaggio logoranti e rischiose, stress psicologici da minaccia di fallimento del processo migratorio e transculturalizzazione.

4.3. Fattori di rischio post-migrazione

In questo contesto ci si riferisce ai fattori di rischio che agiscono sui soggetti stranieri una volta giunti nel paese ospitante. I fattori che agiscono a questo livello sono quelli che, in misura molto maggiore rispetto a quelli classificati precedentemente, compromettono lo stato di salute dei soggetti stranieri. Un recente editoriale intitolato *Migration and Health: A Complex Relation* pubblicato su «The Lancet», sottolinea come l'immigrato, a causa delle precarie condizioni che lo accolgono nel paese ospite, risulti essere un individuo da tutelare e proteggere da un punto di vista sanitario. I fattori di rischio cui è sottoposto nel paese ospitante sono responsabili di quello che viene definito *exhausted health effect*: le condizioni di salute degli immigrati tendono a peggiorare nei paesi che li accolgono come conseguenza delle condizioni non ottimali in cui si trovano a vivere. L'effetto «migrante esausto» si contrappone al precedente citato effetto «migrante sano».

I principali fattori di rischio post-migrazione si possono classificare in:

- a) fattori di rischio socio-economici;
 - mancanza di lavoro e di reddito;
 - sottoccupazione in professioni lavorative rischiose e non tutelate;
 - degrado abitativo;
 - assenza di supporto familiare;
 - malessere psicologico legato alla condizione di immigrato;
 - clima e abitudini alimentari diverse spesso inserite in una condizione di status nutrizionale compromesso;
- b) fattori di rischio legati al difficoltoso accesso ai servizi sanitari:
 - barriere normative (condizionate dallo status giuridico);
 - barriere logistiche ed organizzative;
 - barriere linguistiche e culturali.

Le principali problematiche connesse al tema «immigrati e salute» nei paesi ospiti non sono, come il lavoro del Laboratorio dei Diritti Fondamentali tende a documentare, di mera competenza clinica e di gestione sanitaria ma coinvolgono contemporaneamente la dimensione politica, economica, normativa e sociale.

Punti chiave, in un contesto politico-sanitario, sono l'accesso e la fruibilità delle strutture e delle prestazioni sanitarie per la popolazione straniera, e il livello di assistenza sanitaria loro offerto. A questo proposito, è importante sottolineare come la carenza di dati epidemiologici nazionali renda difficoltoso tracciare un quadro completo della situazione. La mancanza di un osservatorio epidemiologico nazionale, fa sì che le principali fonti di dati siano, a oggi, di carattere locale o regionale.

Alcuni modelli sono stati costruiti nel tentativo di descrivere quali fattori determinino lo stato di salute nella popolazione immigrata nel paese ospite, come questi fattori si relazionino tra di loro e quale peso assumano nelle

fasi temporali del processo migratorio. Un'importante distinzione deve essere fatta tra la dimensione temporale individuale (tappe del processo migratorio nel soggetto immigrato, descritte in questa sezione) e la dimensione temporale collettiva (fasi del processo migratorio nel progressivo affermarsi della popolazione straniera nel tessuto sociale italiano).

a) La dimensione temporale individuale: in questa sezione si è descritto come i fattori di rischio propri di ciascuna fase del processo migratorio influiscano sullo stato di salute del soggetto immigrato nel paese ospite. In particolare, si è sottolineato come i fattori di rischio post-migrazione legati alla deprivazione sociale abbiano un peso preponderante rispetto a quelli protettivi della fase pre-migratoria.

b) La dimensione temporale collettiva: i dati disponibili sono stati analizzati con l'obiettivo di valutare come la salute degli immigrati si modifichi con il progressivo affermarsi dell'Italia quale paese di immigrazione. I modelli che sono stati creati per descrivere schematicamente questo processo di transizione tengono in considerazione:

- i cambiamenti demografici: rispetto al passato, in cui la popolazione immigrata era costituita prevalentemente da giovani adulti di sesso maschile, ad oggi sono maggiormente rappresentati il sesso femminile e i soggetti appartenenti alle fasce di età estreme;

- il raggiungimento di un maggior benessere economico legato allo stabilizzarsi del processo migratorio;

- l'assimilazione dei modelli comportamentali occidentali: stili di vita sedentari, abitudini alimentari e abitudini voluttuarie.

Questi fattori influenzano il profilo di salute della popolazione immigrata. Dati recenti dimostrano come patologie cronic-degenerative classicamente considerate tipiche dei paesi ospiti quali ipertensione, diabete e obesità stiano progressivamente assumendo rilevanza epidemiologica anche nei soggetti stranieri e come i fattori sopra elencati siano in parte responsabili di un aumentato rischio cardio-vascolare in queste popolazioni. In Italia, negli ultimi anni, l'aumento dei ricongiungimenti familiari, l'invecchiamento della popolazione immigrata e la presenza di stranieri di seconda generazione hanno contribuito a modificare l'assetto demografico e il profilo di salute della popolazione straniera attenuando, nel complesso, l'effetto «migrante sano».

5. La domanda di salute e il ricorso ai servizi

La domanda di salute della popolazione immigrata in Italia è indagabile attraverso le Schede di dimissione ospedaliera (Sdo). Ad oggi non sono disponibili rilevazioni sistematiche sull'assistenza sanitaria ambulatoriale fornita a questa popolazione e le Sdo rappresentano una *proxy* attendibile dei problemi di salute che conducono al ricovero. La domanda di salute espressa

con il ricorso ai servizi sanitari evidenzia un minore accesso dei soggetti immigrati rispetto agli italiani, a parità di età. Il *Rapporto Osservasalute 2008* riporta infatti come i tassi di ricovero siano inferiori tra gli immigrati rispetto ai residenti. Diversi fattori concorrono a spiegare il minore ricorso all'ospedalizzazione da parte della popolazione straniera. Per quanto nel tempo, come precedentemente accennato, l'effetto «migrante sano» possa essersi affievolito, la principale ragione rimane la diversa distribuzione per età di queste due popolazioni. Gli immigrati sono una popolazione più giovane rispetto alla popolazione italiana con bisogni assistenziali minori. Altri fattori all'origine del ridotto utilizzo dei servizi ospedalieri sono la persistenza di barriere di tipo linguistico-culturale e amministrativo-burocratico unite ad una scarsa conoscenza dei diritti all'assistenza sanitaria. Occorre infine sottolineare come il tasso di ospedalizzazione, essendo solo una misura indiretta dei bisogni di salute, vada utilizzato con cautela nella descrizione del profilo epidemiologico della popolazione in studio.

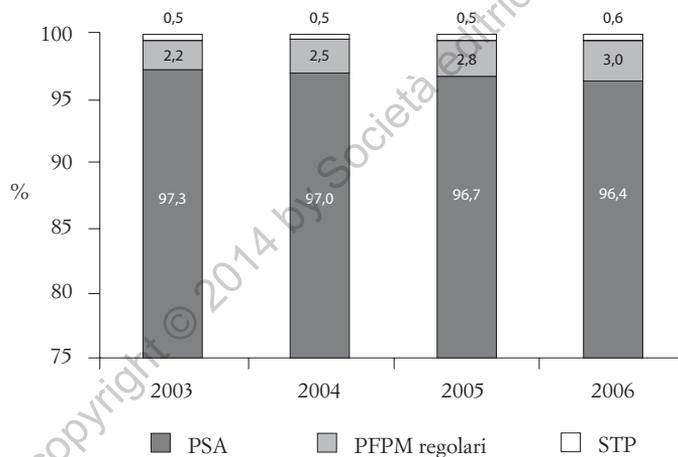


FIG. 2. Proporzione di ricoveri per cittadinanza. Italia, anni 2003-2006.

PSa = italiani + altri paesi sviluppo avanzato.

PFpm regolari = immigrati regolari/residenti.

Fonte: Data base Sdo Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, anni 2003-2006 (elaborazioni Age.nas). Dati ed elaborazioni grafiche tratti da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, cit.

La proporzione dei ricoveri dei Pfpfm nelle strutture italiane è pari al 3% e il trend in leggero aumento registrato nel periodo 2003-2006 è in gran parte riconducibile all'aumento della popolazione immigrata residente in Italia. La percentuale più alta si registra in Emilia-Romagna (4,7%) con picchi in alcune realtà provinciali (6,4% a Reggio Emilia). Nel Lazio i ricoveri Pfpfm sono pari al 4,4%, 3,9% in Piemonte, 3,5% nelle Marche, 3,3% in

Liguria. Nelle Regioni meridionali si registrano percentuali inferiori rispetto alla media nazionale (0,8% in Puglia). Questo dato va interpretato alla luce della ridotta percentuale di immigrati regolari presente in queste Regioni rispetto alla media nazionale. Per quanto concerne gli immigrati irregolari, i ricoveri Stp rappresentano meno dell'1% del totale dei ricoveri (0,9% in Piemonte, 1,3% in Liguria, 0,9% in Emilia-Romagna).

La distribuzione per sesso nei ricoveri degli immigrati evidenzia, sia a livello nazionale che regionale, la costante prevalenza del genere femminile (dato nazionale: 66%). Le fasce di età che più frequentemente ricorrono al ricovero tra gli stranieri Pfp̄m sono quella compresa tra i 18 e i 34 anni per la popolazione maschile e quella tra i 35 e i 49 anni per la popolazione femminile.

Le più frequenti cause di ricovero per gli immigrati Pfp̄m di sesso maschile sono i traumatismi seguiti dalle patologie dell'apparato respiratorio e digerente. La fascia di età più colpita è quella tra i 18 e i 34 anni sulla quale incidono maggiormente gli infortuni sul lavoro. Per quanto riguarda il genere femminile, le principali cause di ricovero sono quelle legate alla gravidanza, al parto e al puerperio, seguite dalle patologie dell'apparato genito-urinario e digerente.

5.1. *Il ricovero in urgenza ed in regime di Day Hospital (Dh)*

I dati dimostrano come la frequenza dei ricoveri che avvengono con modalità di urgenza sia particolarmente elevata nella popolazione immigrata, a dimostrazione di come i soggetti immigrati tendano a rivolgersi prevalentemente al Pronto Soccorso, considerato presidio assistenziale di più facile ed immediato accesso. Il fenomeno è più evidente negli immigrati irregolari per i quali il Pronto Soccorso è l'unico mezzo per accedere all'assistenza sanitaria. Il dato è valido per entrambi i sessi e per tutte le fasce di età ad eccezione di quelle estreme (<1 anno e >65anni). Per l'anno 2006 in Italia, il ricovero in urgenza ha rappresentato il 65% dei ricoveri dei soggetti Pfp̄m e il 75% dei ricoveri tra gli Stp. Questa situazione, in parte giustificata dal maggior numero di infortuni sul lavoro che si registra nei soggetti immigrati, sottolinea però anche la scarsa conoscenza e il ridotto utilizzo dei servizi sanitari, in particolare quello della medicina generale.

Il ricorso al Day Hospital (Dh) come regime di ricovero è inferiore nella popolazione immigrata Pfp̄m rispetto a quella italiana e Psa. I ricoveri in Dh rappresentano complessivamente il 25% dei ricoveri totali dei soggetti Pfp̄m. Nelle donne Pfp̄m i ricoveri in Dh sono superiori rispetto al genere maschile e la differenza si accentua nella popolazione Stp. La principale causa di ricovero in Dh nel genere femminile è l'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg). Nel 2006 l'Ivg ha rappresentato, a livello nazionale, il 39%

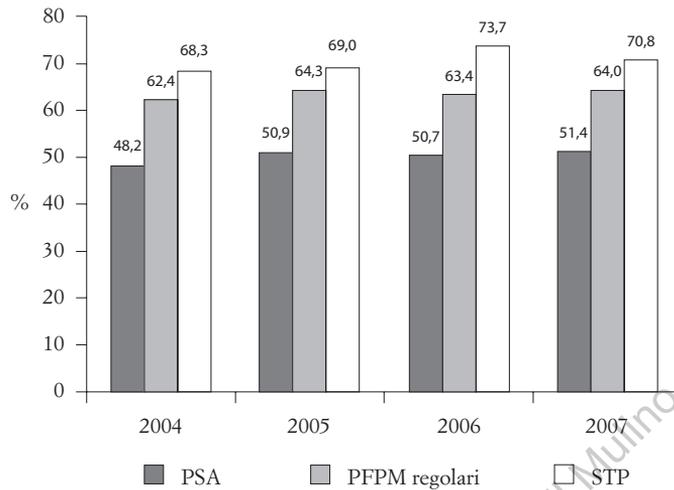


FIG. 3. Proporzione dei ricoveri ordinari in urgenza dei residenti, per cittadinanza e degli Stp. Regione Marche, anni 2004-2007.

Psa = italiani + altri paesi sviluppo avanzato.
Pfp m regolari = immigrati regolari/residenti.

Fonte: Data base Sdo, Regione Marche, anni 2004-2007. Dati ed elaborazioni grafiche tratti da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, cit.

del totale dei ricoveri in Dh (42% in Piemonte, 47% nelle Marche, 48% in Emilia-Romagna, 43% in Lazio, 41% in Puglia). Nella popolazione maschile il minor ricorso al regime di Dh rappresenta una costante per tutte le fasce di età nella popolazione immigrata.

I dati dimostrano pertanto come gli stranieri tendano a rivolgersi prevalentemente al Pronto Soccorso, in quanto considerato presidio assistenziale di più facile ed immediato accesso. Nelle donne si evidenzia un maggior ricorso ai servizi ospedalieri in età riproduttiva (riconducibile ai parti in regime ordinario e alle Ivg in Day Hospital), con un picco più pronunciato nelle fasce di età più giovani rispetto alle donne residenti.

6. Le principali problematiche cliniche

Obiettivo di questo paragrafo è definire il profilo sanitario del soggetto immigrato soffermandosi sul quadro epidemiologico delle principali tematiche cliniche di interesse per questa popolazione.

6.1. *La salute materno-infantile*

Secondo i dati del *Dossier statistico immigrazione Caritas/Migrantes 2011*, alla fine del 2010 le donne residenti con nazionalità estera erano oltre 2 milioni e 300 mila e rappresentavano il 51,8% del totale degli stranieri. Dati precedenti riportano come all'inizio degli anni Novanta le donne straniere presenti in Italia non raggiunsero le 300 mila unità.

L'immigrazione femminile, con alcune differenze legate al paese di provenienza, è legata sia ai ricongiungimenti familiari sia a processi migratori autonomi (soprattutto da paesi quali Romania e Moldavia) senza dimenticare le vittime della tratta e dello sfruttamento della prostituzione.

La popolazione femminile straniera popola le fasce di età più giovani e influenza i dati di natalità del totale della popolazione nel nostro paese. Nel 2010 in Italia circa 2 nuovi nati su 10 erano stranieri e, prendendo in considerazione le sole Regioni del Nord (dove è maggiore la concentrazione e l'inserimento socio-lavorativo della popolazione immigrata), le nascite da madri straniere salivano al 30% del totale. Con una media di 2,13 figli/donna in età fertile, le donne straniere contribuiscono in modo significativo alla fecondità nazionale.

La difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari da parte delle donne immigrate – dovuta in parte alle ancora insufficienti politiche attive di integrazione – rende ancora oggi la salute materno-infantile una delle aree cliniche più critiche con cui la nostra società è chiamata a confrontarsi.

Le problematiche relative all'accesso ai servizi di cura vengono confermate dai peggiori risultati ottenuti dalle donne immigrate in riferimento agli indicatori di buona performance assistenziale quali il numero di visite ambulatoriali, l'età gestazionale alla prima visita, il numero di ecografie e le indagini invasive pre-parto. I dati relativi alla salute riproduttiva in Italia per l'ultimo decennio evidenziano come le donne immigrate continuino ad essere svantaggiate rispetto alle donne italiane. Come sottolineato dall'analisi dei ricoveri ospedalieri in Italia per l'anno 2006, i principali motivi di ricovero per la popolazione femminile straniera, a differenza di quella italiana, sono da ricondurre a cause ostetriche. Il principale fattore alla base di tale quadro è la più giovane età della popolazione femminile straniera rispetto a quella italiana.

Per quanto concerne le cause ostetriche di ricovero, la proporzione di ricoveri per parto è maggiore nelle donne italiane e per le quali il parto rappresenta circa la metà dei ricoveri ostetrici. Per quanto concerne la modalità di parto, la minore età media al momento del parto e l'influenza dei fattori culturali e identitari in senso protettivo nei confronti della forte medicalizzazione del parto presente in Italia, potrebbero spiegare la proporzione inferiore di parti cesarei riscontrati tra le donne immigrate.

Uno dei problemi più rilevanti nell'ambito della salute materno-infantile

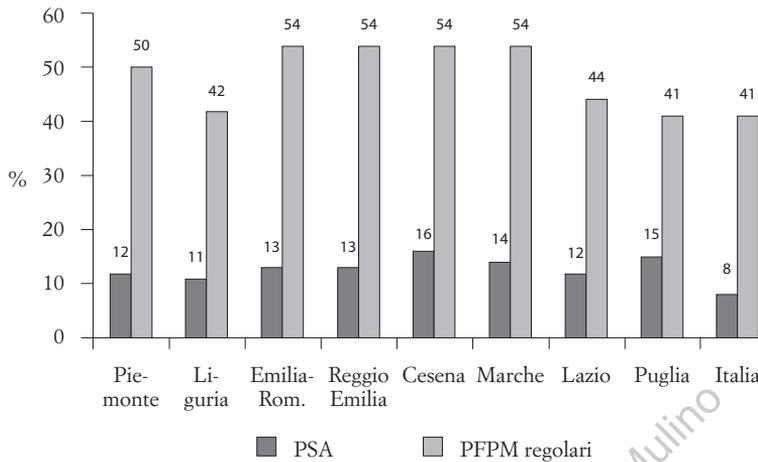


FIG. 4. Proporzione di ricoveri ostetrici sul totale dei ricoveri delle donne, per cittadinanza, anno 2006.

Psa = italiani + altri paesi sviluppo avanzato.
 Pfp m regolari = immigrati regolari/residenti.

Fonte: Data base Sdo Regioni, anno 2006 e Data base Sdo Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, anno 2005 (elaborazioni Age.nas). Dati ed elaborazioni grafiche tratti da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, cit.

TAB. 2. Numero e proporzione di ricoveri ostetrici per causa delle donne in età fertile (età 15-49), per cittadinanza. Italia, anno 2006

Cause di ricovero	Psa		Pfp m regolari		Stp	
	N.	%	N.	%	N.	%
Parti	480.968	49	67.718	40	8.014	20
Ivg	98.006	10	29.487	18	11.436	29
As	76.583	8	11.097	7	2.593	7
Altro	326.776	33	60.150	36	17.721	45
Tot. cause ostetriche	982.333	100	168.452	100	39.764	100

Psa = italiani + altri paesi sviluppo avanzato.
 Pfp m regolari = immigrati regolari/residenti.

Fonte: Data base Sdo Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, anno 2006 (elaborazioni Age.nas). Dati ed elaborazioni grafiche tratti da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, cit.

nella popolazione immigrata è rappresentato dall'elevata frequenza di ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg). I dati forniti dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali per l'anno 2006 confermano che la proporzione dei ricoveri per Ivig è superiore nelle donne immigrate rispetto alle Psa: circa doppia nelle Pfp m regolari e tripla nelle Stp. Tra le italiane, invece, si evidenzia una tendenza al costante decremento. La paura di perdere il lavoro e quindi il permesso di soggiorno, la minore consape-

volezza nella gestione della salute riproduttiva ed un minor uso dei contraccettivi, l'instabilità delle condizioni socio-economiche e la prostituzione sono i fattori che più frequentemente vengono chiamati in causa per spiegare il frequente ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

Grazie ai dati forniti dall'Istat per l'anno 2006 è possibile valutare alcuni aspetti qualitativi del fenomeno e tracciare un profilo delle donne immigrate che ricorrono all'Ivg evidenziando le differenze che intercorrono con le donne Psa. Le donne Pfpn regolari che fanno ricorso all'Ivg sono più giovani rispetto alle donne Psa, presentano una scolarità media, sono più frequentemente coniugate e più frequentemente hanno avuto due o più Ivg precedenti (proporzione maggiore nelle Stp spesso costrette alla prostituzione). Il tempo di attesa generalmente più lungo per le donne immigrate tra l'autorizzazione all'Ivg e l'effettuazione dell'intervento sottolinea come l'accesso ai servizi assistenziali rappresenti ancora oggi un problema aperto.

TAB. 3. Interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg) nelle donne Psa, Pfpn, Stp. Italia, anno 2006

Indicatori	Psa	Pfpn regolari	Stp
N. Ivg	88.076	29.577	7.065
% sul totale Ivg	70,0	23,5	5,6
Età media	30,0	29,2	27,7
% Ivg < 18 anni	3,8	1,4	1,6
% scolarità alta	7,4	5,3	4,3
% scolarità media	86,6	81,5	79,9
% scolarità bassa	4,0	13,3	15,8
% stato civile nubili	49,0	40,6	52,6
% stato civile coniugate	43,7	53,3	41,3
% altro stato civile	7,3	6,1	6,1
% occupate	47,9	45,2	36,0
% non occupate	52,2	54,8	64,0
% 0 Ivg precedenti	78,5	62,5	57,4
% 1 Ivg precedenti	16,1	24,6	24,6
% 2+ Ivg precedenti	5,4	14,2	18,0
% età gestazionale < 90 gg	96,9	98,7	92,2
% età gestazionale 90+ gg	3,1	1,3	0,8
% tempo attesa < 14 gg	59,8	53,2	52,3
% tempo attesa 14+ gg	40,2	46,9	47,7
% certificazione consultorio	30,6	51,7	51,9
% certificazione medico	32,4	18,9	13,4
% certificazione servizio ostetrico-ginecologico	35,1	27,2	31,3
% certificazione altra struttura socio-sanitaria	1,9	2,2	3,4
% certificazione mancante per pericolo di vita	0,01	0,01	0,02

Fonte: Istat, Interruzioni volontarie di gravidanza. Dati ed elaborazioni grafiche tratti da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, cit.

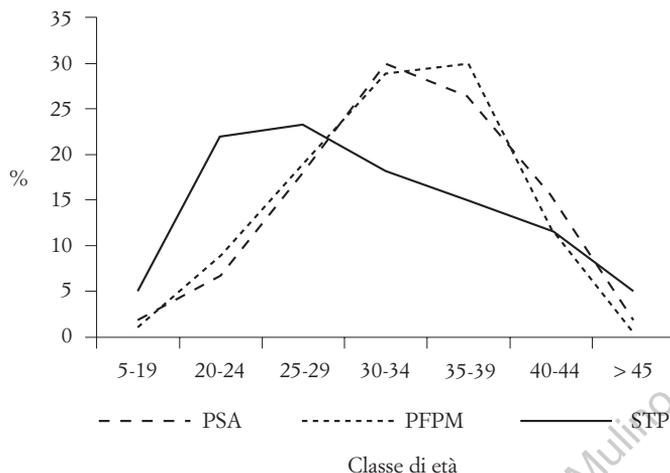


FIG. 5. Distribuzione dell'aborto spontaneo per classe di età e di cittadinanza. Regione Puglia, anno 2006.

Psa = italiani + altri paesi sviluppo avanzato.
Pfp m regolari = immigrati regolari/residenti.

Fonte: Data base Sdo, Regione Puglia, anno 2006. Dati ed elaborazioni grafiche tratti da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, cit.

Come confermato infine dalle analisi relative alla Regione Puglia del 2006, l'aborto spontaneo in Italia non sembra costituire un problema quantitativamente rilevante tra le donne immigrate. La giovane età in cui si verifica il picco di aborto spontaneo nelle Pfp m e nelle Stp in particolare, suggerisce che lo stress da migrazione e la condizione di clandestinità possono costituire un fattore di rischio per la maternità, soprattutto per le donne più giovani.

Un progetto coordinato dal Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (Ccm), *Prevenzione delle Ivg donne straniere*, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (Iss) e l'Università di Roma «La Sapienza» sta studiando le strategie di *empowerment* e offerta attiva delle politiche e dei servizi volte all'inclusione sociale delle donne immigrate e al rafforzamento dell'intero ambito della salute riproduttiva e della prevenzione in questa popolazione.

6.2. Le malattie infettive

Durante gli anni dei primi flussi migratori in Italia, alcune patologie infettive definite «tropicali» e «d'importazione» hanno rappresentato il principale motivo di interesse medico-scientifico nello studio dello stato di salute della popolazione straniera. Con il progressivo stabilizzarsi dell'immigrazione

Tab. 4. Dimissioni ospedaliere in regime ordinario di stranieri da Pfpm e residenti di 18 anni e oltre, per diagnosi alla dimissione e sesso, anno 2005

	Maschi				Femmine			
	Dimessi Pfpm	% Pfpm	Tassi Pfpm	Tassi residenti Ita	Dimessi Pfpm	% Pfpm	Tassi Pfpm	Tassi residenti Ita
Malattie infettive e parassitarie	4.071	5,5	4,2	2,2	2.597	1,6	2,9	1,6
Tumori	3.147	4,3	12,0	17,1	7.827	4,8	12,9	14,1
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	1.268	1,7	2,7	2,7	1.645	1,0	3,5	4,1
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	477	0,6	1,0	1,1	822	0,5	1,3	1,2
Disturbi psichici	3.346	4,5	3,0	4,5	3.310	2,0	3,3	4,4
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	3.538	4,8	6,7	8,0	3.148	1,9	5,9	7,6
Malattie del sistema circolatorio	7.316	9,9	28,9	36,8	5.263	3,2	19,3	22,9
Malattie dell'apparato respiratorio	6.369	8,6	12,9	14,1	3.960	2,4	8,6	7,9
Malattie dell'apparato digerente	10.245	13,9	15,6	17,8	10.064	6,1	14,4	12,9
Malattie del sistema genito-urinario	3.298	4,5	7,8	9,8	12.055	7,1	12,1	10,8
Gravidanza, parto e puerperio					93.618	56,9	57,5	32,1
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	1.094	1,5	1,3	1,9	804	0,5	1,2	1,4
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	4.513	6,1	6,3	10,1	3.601	2,2	7,1	11,2
Malformazioni congenite e condizioni morbose di origine perinatale	560	0,5	0,5	0,8	666	0,4	0,6	0,8
Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti	4.095	5,6	6,8	7,8	5.001	3,0	7,4	6,1
Traumatismi e avvelenamenti	18.006	24,5	16,7	14,4	6.690	4,1	10,6	11,3
Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	2.295	3,1	4,2	7,2	3.360	2,0	5,6	7,0
Totale	73.638	100	138,7	156,2	164.451	100	174,3	157,4

Pfpm regolari = immigrati regolari/residenti.

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, anno 2008. Dati ed elaborazioni grafiche tratti da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, cit.

nei paesi ospiti si è realizzato come le condizioni di vita spesso precarie della popolazione immigrata favoriscano l'insorgenza di patologie da depauperamento psicofisico con aumentata predisposizione alle infezioni soprattutto delle vie respiratorie e dell'apparato digerente e come queste patologie costituiscano la principale causa di ricovero per malattie infettive in questa popolazione.

Dai dati riportati emerge come i tassi di ricovero per malattie infettive, nelle varie categorie, siano quasi il doppio per la popolazione straniera rispetto alla popolazione italiana residente. I fattori che contribuiscono a determinare quella fragilità sociale che predispone il soggetto immigrato alle malattie infettive sono dati principalmente dalle scarse condizioni igieniche, dal sovraffollamento abitativo, dalla difficoltà di accesso ai servizi di cura e dalla poca attenzione alle misure di prevenzione. Tuttavia, è opportuno sottolineare come il confronto dei tassi nelle due popolazioni non debba distogliere l'attenzione dai tassi assoluti che dimostrano come, per entrambe le popolazioni (italiana e straniera), le frequenze assolute di ricovero per malattie infettive non siano particolarmente elevate rispetto ad altre cause di ricovero e come le malattie infettive non siano – nei numeri – un problema di salute rilevante per la popolazione immigrata.

TAB. 5. *Proporzione di notifiche di malattie infettive, per cittadinanza. Italia, anno 2005*

Diagnosi	% totale notifiche Psa	% totale notifiche Pfpn	% Nd
Diarrea inf. non da salmonella	97,5	1,8	0,7
Epatite A	92,3	6,7	0,9
Epatite B	90,7	8,8	0,5
Epatite non A non B	92,7	6,7	0,5
Febbre tifoide	94,4	4,7	0,9
Legionellosi	98,1	1,7	0,2
Meningite e encefalite acuta virale	96,1	3,0	0,9
Meningite meningococcica	96,7	3,0	0,3
Morbillo	91,6	6,5	1,9
Parotite epidemica	95,9	3,1	1,0
Salmonellosi non tifoidee	98,1	1,5	0,5
Scarlattina	98,7	1,0	0,3
Sifilide	82,1	9,5	8,4
Tubercolosi polmonare (a)	56,0	43,2	0,8
Tubercolosi extrapolmonare (a)	56,2	42,1	1,6
Tubercolosi mista (a)	47,1	51,6	1,3
Varicella	97,6	1,9	0,5
Altro	78,4	11,9	9,6

(a) Si tratta dello stato di nascita e non della cittadinanza.

Nd: cittadinanza non indicata o non specificata.

Psa = italiani + altri paesi sviluppo avanzato.

Pfpn regolari = immigrati regolari/residenti.

Fonte: Data base Istat, anno 2005. Dati ed elaborazioni grafiche tratti da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, cit.

Tubercolosi

In Italia la tubercolosi (TB) è annoverata tra le principali aree critiche della salute degli stranieri. Negli ultimi anni, il numero di casi di TB tra la popolazione straniera è aumentato in modo significativo. L'analisi dei più recenti dati epidemiologici permette di rilevare in Italia una progressiva riduzione della frequenza di malattia tubercolare nella popolazione italiana residente ed un contemporaneo aumento dei casi di tubercolosi nella popolazione straniera. Tale aumento si dimostra prettamente legato all'aumento della presenza straniera nel nostro paese; l'incidenza di tubercolosi negli immigrati in tali paesi, infatti, rimane stabile.

I dati per l'Italia provengono dal sistema di notifica dei casi di tubercolosi del Ministero della Salute e costituiscono il flusso informativo ufficiale, cui si fa riferimento per il monitoraggio dell'andamento della malattia. Secondo i dati riportati in *La tubercolosi in Italia. Rapporto 2008*, documento nato dalla collaborazione tra Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità e Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna, dal 1999 al 2008, i casi di TB registrati in «cittadini nati all'estero» hanno rappresentato, nel complesso, il 36,5% del totale dei casi notificati in Italia. Nel periodo esaminato si è verificato un costante aumento di tale proporzione (dal 22% del 1999 al 46% nel 2008). Nel 2008 sono stati notificati 2.026 casi di TB in cittadini stranieri a fronte dei 2.102 casi in cittadini italiani.

I tassi di incidenza specifici per gli stranieri residenti in Italia sono molto elevati, tendenzialmente in diminuzione, ma ancora di oltre un ordine superiore rispetto ai tassi di incidenza negli italiani. Chiaramente tali valori risentono della distorsione dovuta alla componente irregolare, differente per le varie comunità, che rende impossibile conoscere i denominatori reali. Nonostante ciò e ipotizzando un certo grado di sottonotifica, sono valori indicativi di un permanente e specifico rischio di questa tipologia di popolazione ad ammalarsi di TB.

Tra i cittadini nati all'estero, i casi di TB nei maschi sono la maggioranza (circa il 60%). La distribuzione dei casi notificati per classi di età e nazionalità evidenzia che il maggior numero di casi tra le persone nate all'estero si verifica nelle classi di età intermedie, con picco nella classe 25-34 anni, peraltro la più rappresentata fra i cittadini non italiani presenti nel paese. Nel 2008 sia per la classe d'età 25-64 che per quella 15-24 anni, il numero di casi di TB negli stranieri era superiore a quello negli italiani. Per la classe di 65 anni e oltre, al contrario, più del 90% dei casi notificati riguarda la popolazione italiana.

Tra i cittadini nati all'estero, il principale continente di provenienza tra i pazienti TB risulta essere l'Africa, con circa il 35% dei casi segnalati nell'intero decennio; seguono l'Europa e l'Asia. Nell'ultimo decennio, nonostante il numero dei casi sia in sostanziale aumento per tutti i continenti di pro-

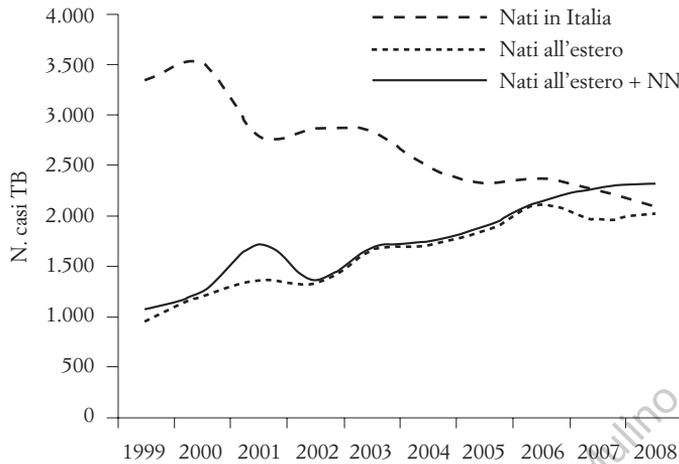


FIG. 6. Casi di TB per paese di nascita dal 1999 al 2008.

Fonte: Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ufficio V Malattie infettive e profilassi internazionale. Dati ed elaborazioni grafiche tratti da Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, *La tubercolosi in Italia. Rapporto 2008*.

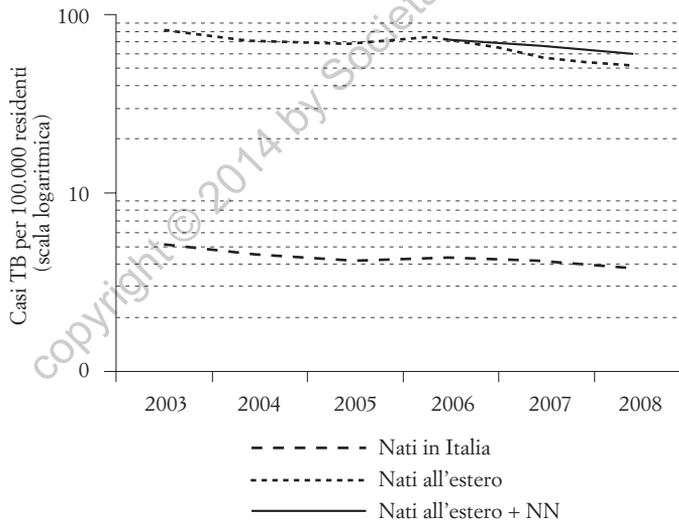


FIG. 7. Tassi grezzi di incidenza TB specifica per paese di nascita dal 2003 al 2008.

Fonte: Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ufficio V Malattie infettive e profilassi internazionale. Dati ed elaborazioni grafiche tratti da Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, *La tubercolosi in Italia. Rapporto 2008*.

venienza, la proporzione di casi in cittadini africani è progressivamente diminuita, mentre la proporzione in cittadini europei (immigrazione dai paesi dell'Est Europa) è in costante aumento. Nel 2008, tra le nazionalità con

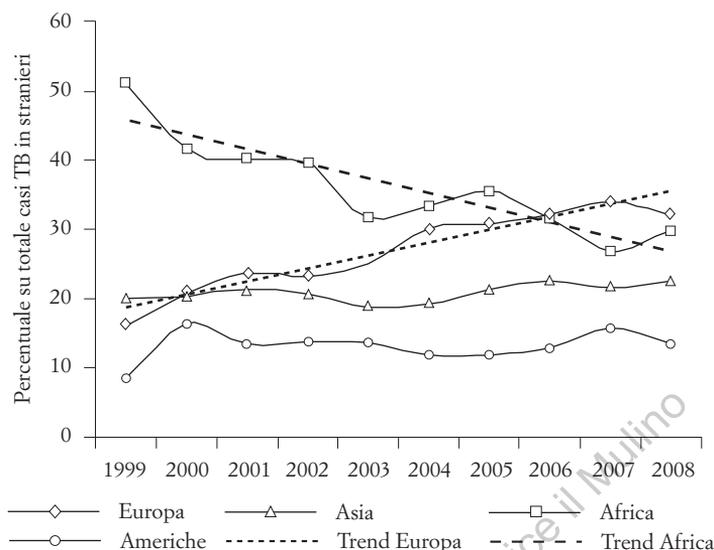


FIG. 8. Percentuale di TB in immigrati per continente di provenienza dal 1999 al 2008.

Fonte: Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ufficio V Malattie infettive e profilassi internazionale. Dati ed elaborazioni grafiche tratti da Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, *La tubercolosi in Italia. Rapporto 2008*.

maggior numero di casi di TB spicca la Romania con 505 casi, seguita da Marocco, Senegal, Perù, Pakistan e India.

I continenti più rappresentati tra gli stranieri con la TB nel nostro paese per l'anno 2008 sono l'Europa (soprattutto paesi dell'Est Europa), seguita dall'Africa, dall'Asia e dalle Americhe.

Gli studi dimostrano come gli stranieri siano più a rischio di tubercolosi. Un lavoro pubblicato sul *Rapporto Osservasalute 2007*, stima per gli stranieri un rischio relativo rispetto agli italiani compreso tra 25 e 28 (sotto due differenti ipotesi di irregolarità rispettivamente del 20% e del 10%). È importante indagare le cause alla base di questo fenomeno attraverso un'attenta analisi delle caratteristiche epidemiologiche e clinico-patogenetiche della tubercolosi nella popolazione proveniente dai paesi Pfp e nella popolazione italiana. La comprensione di queste ultime non può prescindere dalla conoscenza delle dinamiche del processo migratorio nel suo complesso. Le caratteristiche clinico-epidemiologiche della patologia tubercolare dei migranti da tenere in considerazione sono:

- età: le evidenze epidemiologiche evidenziano come gli immigrati rappresentino un'alta percentuale di casi di TB tra i giovani;
- insorgenza della tubercolosi in relazione all'anno di arrivo nel paese ospitante: diversi studi hanno indagato la relazione temporale tra anno di diagnosi di TB e anno di arrivo nel paese ospite. In Italia, i dati del sistema

di notifica delle malattie trasmissibili indicano come l'insorgenza della malattia tra i cittadini non italiani si verifichi solo in un terzo dei casi tra il primo e il secondo anno di arrivo in Italia. Nel periodo 1999-2006, entro il primo anno di arrivo, si è manifestato il 12% circa dei casi; circa il 32% tra il primo ed il secondo anno;

– sede e varianti di malattia: tra i casi di TB negli immigrati si riscontra un'elevata prevalenza di tubercolosi extrapolmonare;

– forme tubercolari multi-farmaco resistenti (Mdr-TB e Xdr-TB): l'incidenza e la prevalenza di Mdr-TB e Xdr-TB in zone a bassa endemia tubercolare sembra essere associata alla popolazione immigrata proveniente da paesi ad elevata prevalenza di farmaco resistenza, in particolare Stati dell'ex Unione Sovietica.

La provenienza da un paese ad alta endemia tubercolare costituisce di per sé un aumentato rischio di sviluppare la patologia tubercolare: si è dimostrato infatti come soggetti provenienti da tali paesi possano frequentemente presentare, al loro arrivo, la malattia attiva o l'infezione latente. La riattivazione di un'infezione latente è favorita dalle condizioni che indeboliscono il sistema immunitario. Sebbene uno dei principali fattori di rischio mondialmente riconosciuti per la riattivazione dell'infezione tubercolare latente sia l'infezione da Hiv, è stato comprovato come essa non sia discriminante nell'aumentare il rischio di riattivazione tra gli immigrati rispetto alla popolazione autoctona. Le precarie condizioni in cui spesso vivono gli immigrati costituiscono un ulteriore fattore di rischio per la tubercolosi. Infatti, la malnutrizione, la convivenza in spazi affollati e mal ventilati, le scarse condizioni igieniche possono favorire sia la trasmissione dell'infezione tubercolare, sia la sua slatentizzazione. Il peso di questi fattori giustifica come i migranti irregolari, temporanei o stagionali e i senzatetto, più colpiti dall'emarginazione economica e sociale, siano più esposti al rischio di tubercolosi. Il limitato accesso all'assistenza sanitaria è considerato fattore di rischio elettivo della popolazione immigrata rispetto alla popolazione autoctona per la tubercolosi.

Hiv-Aids

La provenienza da paesi ad alta endemia, la prevalenza di persone giovani e sessualmente attive, la scarsa attenzione alle misure di prevenzione, la diffusione della prostituzione femminile e trans-sessuale, le insufficienti informazioni riguardo le vie di trasmissione del virus, il ruolo del test e i comportamenti a rischio, fanno della popolazione immigrata una popolazione potenzialmente a rischio di contrarre l'Aids.

Rispetto ai primi anni Ottanta coloro che oggi giorno si ammalano di Aids sono adulti maturi (età media alla diagnosi di 42 anni per gli uomini e 40 per la donne) che acquisiscono l'infezione attraverso i rapporti ses-

suali. Secondo i dati del Centro operativo Aids – Istituto Superiore di Sanità (Coa/Iss), il contagio diminuisce infatti tra i tossicodipendenti (dal 47,9% del 1998 al 22,3% del 2008) e cresce la trasmissione sessuale (dal 25,3% del 1998 al 44,4% per i rapporti eterosessuali e dal 17,3% al 23,7% per i rapporti bisessuali e omosessuali). La bassa percezione del rischio, soprattutto fra chi si infetta per via sessuale fra gli stranieri, è inoltre evidenziata dall'elevata percentuale di individui (60%) che scoprono di essere sieropositivi a ridosso della diagnosi di malattia conclamata.

In Italia, i casi di Aids complessivamente notificati dal 1982 (anno di inizio della epidemia) al 2009 sono circa 62.600; di questi il 20-25% sono donne. Come evidenziato dalle analisi del Coa/Iss l'incidenza di malattia mostra un decremento dal 1995 fino al 2001 con una successiva stabilizzazione dei valori dal 2002 ad oggi. Si stima che nel 2008 il numero di persone che si sono ammalate di Aids siano circa 1.400, sostanzialmente in linea con i dati del 2007. A fronte del decremento della prevalenza di malattia, per lo più dovuto all'introduzione della terapia retrovirale combinata, l'allungamento della sopravvivenza delle persone ammalate e l'incidenza costante di nuove infezioni determinano la persistenza di un ampio serbatoio di individui affetti da Hiv. Ne deriva pertanto che solo attraverso un'attenta analisi dei nuovi infetti, unitamente alla sorveglianza dei casi di Aids, sia possibile stimare la reale diffusione dell'Hiv nel nostro paese.

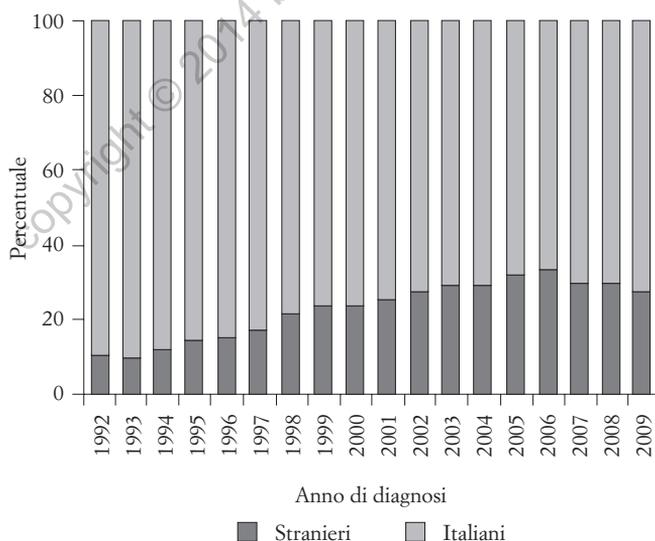


FIG. 9. Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da Hiv, per nazionalità e anno.

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 24, n. 5, maggio 2011, supplemento 1.

La proporzione di immigrati tra i casi incidenti è passata dall'11% nel 1992 al 32,9% nel 2006 per poi diminuire negli anni successivi: nel 2009 gli immigrati rappresentavano il 27,2% del totale dei casi di Aids. Tra gli stranieri la modalità di trasmissione più frequente è rappresentata dai contatti eterosessuali (24,6% nel 1992, ha raggiunto il 70,0% nel 2009).

6.3. *Gli infortuni sul lavoro*

La consistenza numerica raggiunta negli ultimi decenni dal fenomeno degli infortuni sul lavoro nella popolazione immigrata, impone una riflessione che coinvolga le categorie di lavoratori maggiormente esposte e i fattori di rischio più comunemente chiamati in causa. I dati forniti dall'Inail per il triennio 2005-2007 evidenziano infatti una crescita del fenomeno infortunistico dei lavoratori Pfp^m a differenza degli italiani e dei lavoratori provenienti da paesi a sviluppo avanzato, per i quali si registra un decremento degli infortuni del 7,8% in tutti i settori produttivi. La proporzione di infortuni dei lavoratori Pfp^m regolari riconosciuti dall'Inail nel 2007 è pari al 12,4%, in crescita rispetto al biennio precedente. La crescita degli infortuni ha interessato maggiormente le donne Pfp^m con una variazione percentuale 2005-2007 del 18,3% (+10% nel 2007 e +7,5% nel biennio 2005-2006).

I fattori di rischio che concorrono maggiormente a determinare più elevati indici di incidenza infortunistica per i lavoratori stranieri rispetto a quelli per i colleghi italiani sono:

- l'impiego in attività perlopiù manuali di basso profilo;
- lunghi turni di lavoro in assenza di opportuna tutela dell'incolumità fisica;
- precaria formazione professionale;
- assunzioni irregolari con conseguenti ripercussioni sulla tutela sindacale dei diritti del lavoratore immigrato.

Il settore lavorativo che paga il maggior contributo in termini di infortuni sul lavoro risulta essere quello dell'industria e dei servizi con un trend in aumento della proporzione degli infortuni per i Pfp^m negli anni 2005-2007. Il Marocco, l'Albania e la Romania totalizzano il 43% rispetto a tutti i Pfp^m, mentre la classe di età più colpita è quella tra i 18 e i 34 anni.

Sulla base dei dati forniti dall'Inail per gli anni 2005-2007 è possibile valutare alcuni aspetti qualitativi del fenomeno e tracciare un profilo dei lavoratori Pfp^m, distinti per sesso, maggiormente esposti a rischio di infortuni:

- per le donne sono le attività del settore terziario quelle in cui si concentra il maggior numero di infortuni. Tra queste si segnalano in negativo le attività immobiliari e i servizi alle imprese (comprensivi delle attività di pulizie), la sanità, gli alberghi e i ristoranti, la attività delle colf e delle badanti. L'incidenza degli infortuni femminili raggiunge inoltre punte massime nella sanità e nel lavoro domestico;

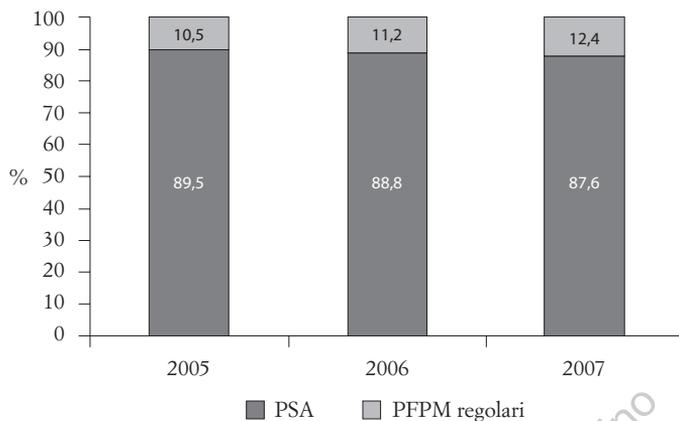


FIG. 10. Proporzione di infortuni sul lavoro riconosciuti dall'Inail, per paese di nascita, anni 2005-2007.

Psa = italiani + altri paesi sviluppo avanzato.
Pffpm regolari = immigrati regolari/residenti.

Fonte: Inail, anni 2005-2007 (dati aggiornati al 30 aprile 2008). Dati ed elaborazioni grafiche tratti da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, cit.

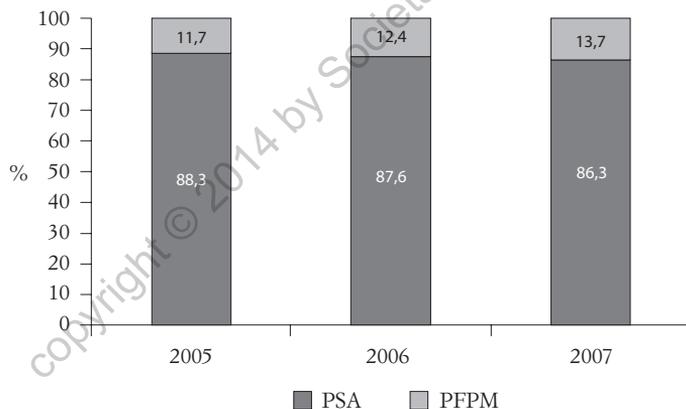


FIG. 11. Proporzione di infortuni riconosciuti dall'Inail nel settore industria e servizi, per paese di nascita, anni 2005-2007.

Psa = italiani + altri paesi sviluppo avanzato.
Pffpm regolari = immigrati regolari/residenti.

Fonte: Inail, anni 2005-2007. Dati ed elaborazioni grafiche tratti da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, cit.

– per gli uomini prevalgono invece le attività industriali con un maggior numero di infortuni nel settore delle costruzioni, dell'industria dei metalli e dei trasporti. In particolare, i livelli di incidenza degli infortuni maschili sul lavoro superano il 90% nell'industria petrolifera, meccanica, dei metalli e

TAB. 6. *Infortuni sul lavoro (settore industria e servizi) riconosciuti dall'Inail dei Pfpni, periodo 2005-2007, per settore di attività economica (ateco-2002) e sesso. Italia, anno 2007*

Settore di attività economica	Uomini	Donne	Totale	% uomini/ tot. uomini	% donne/ tot. donne	% uomini/ totale	% donne/ totale
A Agrindustria	2.513	1.225	3.738	0,7	1,0	67,2	32,8
B Pesca	320	17	337	0,1	0,0	95,0	5,0
C Estrazione di minerali	1.199	50	1.249	0,3	0,0	96,0	4,0
DA Industria alimentare	9.108	3.876	12.984	2,6	3,1	70,1	29,9
DB Industria tessile e abbigliamento	3.404	3.338	6.742	1,0	2,7	50,5	49,5
DC Industria del cuoio, pelle e similari	1.291	934	2.225	0,4	0,8	58,0	42,0
DD Industria del legno	6.329	479	6.808	1,8	0,4	93,0	7,0
DE Industria della carta	5.343	1.247	6.590	1,5	1,0	81,1	18,9
DF Industria del petrolio	283	11	294	0,1	0,0	96,3	3,7
DG Industria chimica	3.320	939	4.259	0,9	0,8	78,0	22,0
DH Industria della gomma e plastica	6.691	1.206	7.897	1,9	1,0	84,7	15,3
DI Industria lav. minerali non metalliferi	9.403	1.011	10.414	2,7	0,8	90,3	9,7
DJ Industria dei metalli	36.890	2.183	39.073	10,4	1,8	94,4	5,6
DK Industria meccanica	20.214	1.927	22.141	5,7	1,6	91,3	8,7
DL Industria macchine elettriche	6.717	1.758	8.475	1,9	1,4	79,3	20,7
DM Industria fabbricazione mezzi di trasp.	10.597	1.274	11.871	3,0	1,0	89,3	10,7
DN Altre industrie	7.531	1.386	8.917	2,1	1,1	84,5	15,5
E Elettricità, gas, acqua	3.320	523	3.843	0,9	0,4	86,4	13,6
F Costruzioni	65.478	1.020	66.498	18,5	0,8	98,5	1,5
G Totale commercio	39.920	18.317	58.237	11,3	14,8	68,5	31,5
H Alberghi e ristoranti	9.982	11.934	21.916	2,8	9,7	45,5	54,5
I Trasporti e comunicazioni	39.524	9.670	49.194	11,2	7,8	80,3	19,7
J Intermediazione finanziaria	2.108	2.226	4.334	0,6	1,8	48,6	51,4
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	19.816	14.713	34.529	5,6	11,9	57,4	42,6
L Pubblica amministrazione	8.270	9.956	18.226	2,3	8,1	45,4	54,6
M Istruzione	1.763	2.159	3.922	0,5	1,7	45,0	55,0
N Sanità e servizi sociali	6.232	17.206	23.438	1,8	13,9	26,6	73,4
O Altri servizi pubblici	15.167	7.536	22.703	4,3	6,1	66,7	33,3
P Personale domestico	43	622	665	0,0	0,5	6,5	93,5
X Non determinato	11.653	4.819	16.472	3,3	3,9	70,7	29,3
Totale	354.429	123.589	478.018	100	100	74,1	25,9

Fonte: Inail, anni 2005-2007. Dati ed elaborazioni grafiche tratti da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, cit.

nelle costruzioni con valori prossimi al 100%. Per quanto riguarda gli indici di incidenza infortunistica, gli uomini Pfp_m mantengono un indice di rischio più che doppio rispetto alle donne con valori di 34,8 ($\times 1.000$) rispetto a 14,5 ($\times 1.000$).

A livello territoriale le Regioni del Centro-nord, in particolare il Friuli-Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna e a seguire le Marche, il Veneto e l'Umbria, sono quelle che presentano indici di incidenza infortunistica più alti per i lavoratori Pfp_m. Nell'interpretazione di questi dati bisogna tener conto che gli indici di incidenza infortunistica per Regione vengono calcolati sulla base dei lavoratori assicurati all'Inail senza tuttavia considerare la quota di lavoratori irregolari che raggiunge valori elevati soprattutto nelle Regioni del Centro-sud. Infatti, i dati riportati dall'Inail sottostimano fortemente gli infortuni sul lavoro degli immigrati impiegati nelle Regioni meridionali; territori dove la percentuale di irregolarità è maggiore rispetto alle Regioni settentrionali.

In conclusione, nel triennio 2005-2007 l'andamento dei soli casi indenizzati di morte è rimasto sostanzialmente stabile evidenziando solo un minimo incremento delle percentuali di morte nelle donne Pfp_m in parte influenzato da un aumento, nello stesso periodo, della percentuale delle donne straniere assicurate all'Inail (circa il 30%).

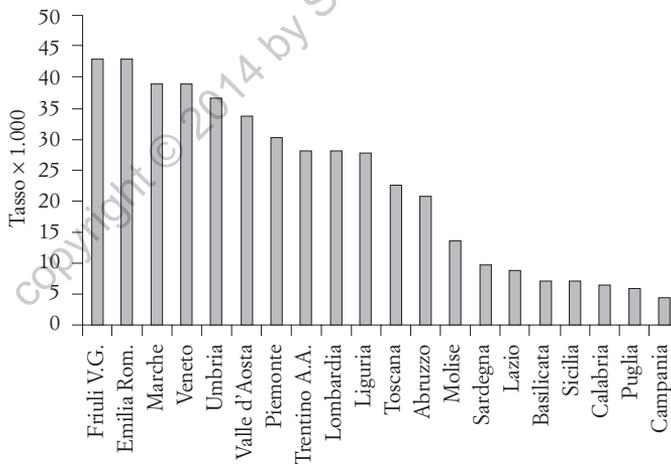


FIG. 12. Indici di incidenza infortunistica ($\times 1.000$) dei Pfp_m regolari per Regione, anno 2007.

Fonte: Inail, anno 2007. Dati ed elaborazioni grafiche tratti da *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, cit.

6.4. *Le patologie cutanee*

Tra le patologie di cui possono soffrire i soggetti migranti, le malattie cutanee costituiscono una quota significativa seconda soltanto ai disturbi a carico dell'apparato respiratorio e digerente. Gli elementi di interesse con cui il personale medico è chiamato a confrontarsi nell'ambito delle malattie cutanee della popolazione immigrata riguardano:

- l'espressione, attraverso manifestazioni cutanee, di un disagio da adattamento e di stress da transculturazione;
- le diverse manifestazioni cliniche delle comuni dermatosi in relazione al colore della pelle;
- le patologie infettive legate a specifici fattori di rischio socio-economici (precarie condizioni igieniche, sovraffollamento abitativo);
- le forme di irritazione cutanea da parte di agenti chimici utilizzati in ambito lavorativo.

All'inizio degli anni Ottanta il sintomo prurito, inteso come disturbo soggettivo disgiunto da alcun tipo di obiettività clinica e laboratoristica, veniva frequentemente associato a diagnosi di scabbia o di altre ectoparassitosi con conseguenti ripercussioni sul funzionamento socio-lavorativo degli individui. Ad un esame dermatologico più accurato ci si accorse di come, in realtà, non si trattasse del sintomo di una dermatosi di natura infettiva, bensì dell'espressione ben più complessa di un disagio culturale e di adattamento a nuove condizioni di vita. Il sintomo prurito viene comunemente interpretato come frutto dello scompenso della duplicità della pelle, da un lato simbolo della propria identità e dall'altro fonte di disagio e mezzo di emarginazione. Come afferma Frighi:

La nostra società si preoccupa ben poco delle esigenze culturali di questi individui e anche noi, come medici, corriamo spesso il rischio, nell'incontro con pazienti provenienti da culture diverse, di fermarci al semplice ascolto delle metafore somatiche, senza recepire, dall'insieme del loro costruito, il senso profondo dei tentativi di recupero dell'identità, messi in atto attraverso la ricerca del proprio corpo culturalmente perduto.

Un ulteriore elemento con cui i dermatologi sono chiamati a confrontarsi nell'ambito della medicina delle migrazioni è rappresentato dal diverso colore della pelle. Pur non esistendo malattie specifiche per la pelle nera, l'operatore sanitario è tenuto a porre particolare attenzione tenendo conto che, su questo tipo di pelle, alcune reazioni cutanee possono risultare accentuate o passare inosservate. Questo giustifica pertanto una differenziazione delle strategie da attuare sia sotto il profilo diagnostico che terapeutico.

Tra le malattie infettive, dopo la tubercolosi (TB), la seconda causa di notifica per la popolazione straniera è rappresentata dalla acariasi (o più comunemente scabbia). Nella maggior parte dei casi la scabbia si trasmette

per contatto interumano diretto e, come per la TB, può essere inserita tra le patologie legate alle condizioni economiche e sociali disagiate. Come riportato dall'Osservatorio sull'immigrazione della Provincia di Modena, i casi sporadici di scabbia nella popolazione straniera hanno registrato una rapida crescita dal 2000 al 2007, con un picco di notifiche nel 2005 e un graduale calo negli anni successivi. I valori del 2007 attestano gli stranieri ad una quota intorno al 40% circa di notifiche di casi di scabbia totali. La diffusione della scabbia avviene maggiormente tra gli africani e gli asiatici, con un maggior numero di notifiche da parte di questi ultimi nel quadriennio 2004-2007. Nel mondo del lavoro, secondo i dati riportati dall'Inail per il quinquennio 2001-2005, le patologie cutanee rappresentano il 26% delle denunce di malattia professionale tra i lavoratori immigrati. Come altre patologie professionali e gli infortuni, il rischio di dermatiti da esposizione ad agenti chimici si acquisisce in assenza di opportuna tutela dell'incolumità fisica del lavoratore immigrato.

6.5. *La salute mentale*

La crescita rapida e esponenziale del fenomeno migratorio in Europa e nel resto del mondo impone una maggiore attenzione nei confronti delle ingenti problematiche presentate dai migranti non soltanto sul piano della salute fisica, ma anche su quello della salute mentale. Approfondire il tema dei disturbi psichici in soggetti provenienti da paesi e da culture diverse implica, per gli operatori del settore, mettere in discussione categorie di riferimento quali sano/malato, organico/funzionale, somatico/psichico. Accanto alle differenze culturali, sociali e demografiche, si aggiungono i problemi linguistici e l'incertezza diagnostica di fronte a quadri sintomatologici differenti da quelli solitamente riscontrati nella popolazione locale. A partire dagli anni Sessanta, mosse i primi passi in questa direzione l'etnopsichiatria, termine introdotto da Georges Devereux col significato di «tecnica terapeutica che riserva uguale importanza alla dimensione culturale del disturbo e della sua presa in carico da un lato, all'analisi dei funzionamenti della mente, dall'altro». La sfida dunque, quanto mai attuale, era e rimane oggi quella di

elaborare un sapere nuovo, multidisciplinare e multiculturale, che nasca dal vedere dall'alto, e in parallelo, i vari sistemi culturali e quindi anche i vari modelli antropologici e saper-fare terapeutici, tra i quali, ma sullo stesso livello gerarchico, anche quello prodotto in Occidente. Un saper-fare capace di rispettare e contenere differenze e specificità, in grado di mediare conflitti tra gli inevitabili, ma anche auspicabili, perché portatori di diversità, localismi³.

³ P. Coppo, *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Torino, Bollati Boringhieri, 2003.

Gli studi effettuati riguardo ai disturbi mentali nei migranti mettono in luce alcuni dati interessanti: innanzitutto quello relativo al confronto tra la prima generazione di migranti, quella che si insedia sul territorio, e i figli della stessa. Sarebbe lecito aspettarsi una più elevata frequenza dei disturbi mentali tra i componenti della prima generazione che risentono maggiormente dello «stress da immigrazione», comprensivo nella maggior parte dei casi di esperienza traumatizzante a rischio della vita o dell'integrità fisica, eradicazione e separazione dalla propria famiglia, vissuto di fallimento nell'allontanarsi dalla propria terra. Tuttavia i dati dimostrano come gli immigrati di seconda generazione presentino un'incidenza maggiore di disturbi mentali rispetto alla popolazione «nativa» (rischio relativo pari a circa 4,5). Si tratta principalmente di disturbi psicotici, cioè disturbi mentali gravi, ai quali i soggetti della seconda generazione, anziché essere più protetti, sono più inclini. L'ipotesi più plausibile, seppur non confermata, sembra riguardare la tendenza a trovare il partner e a procreare nell'ambito della comunità degli immigrati, in cui è maggiore la probabilità di mix tra individui con familiarità per disturbi mentali.

Un secondo aspetto di interesse per gli operatori del settore riguarda la correlazione tra il quadro clinico presentato dal migrante e la sua stessa storia di immigrazione. Alcuni recenti studi hanno infatti evidenziato un'elevata tendenza a manifestare disturbi psichici funzionali, come equivalenti di sintomi ansioso-depressivi, in individui con una recente storia di immigrazione, mentre una più vecchia storia di migrazione comporterebbe, come correlato del processo di acculturazione e di adattamento al paese di accoglienza, una maggiore espressività della sofferenza psichica secondo i canoni tradizionali della cultura occidentale.

Un ulteriore elemento di riflessione deriva da uno studio italiano che utilizza i dati relativi alle richieste di trattamento psichiatrico rivolte ai servizi territoriali di salute mentale della Regione Lazio. Nel 2002 le richieste di trattamento rivolte ai Centri di salute mentale (Csm) da parte dei cittadini stranieri sono state circa il 2% di quelle complessive, percentuale notevolmente inferiore all'impatto demografico della popolazione straniera nell'area di studio (6% nel 2002). Tale fenomeno potrebbe derivare sia da una difficoltà nell'identificare gli stranieri nel flusso informativo, sia da fattori che condizionano l'uso dei servizi. Si noti come, nel triennio 2000-2002 il numero di richieste di trattamento rivolte ai Csm sia più che raddoppiato ricalcando il trend della popolazione immigrata nel Lazio per lo stesso periodo.

In relazione a quanto detto, per meglio rispondere alla domanda di assistenza psichiatrica avanzata dai cittadini stranieri, occorre pertanto una maggiore competenza culturale degli interventi, del personale e delle istituzioni medico-sanitarie in grado di fronteggiare le molteplici differenze di carattere sociale, demografico e culturale caratteristiche delle singole comunità di ap-

partenenza. Tale obiettivo sottolinea una volta di più l'importanza cruciale di ripensare i modelli di lavoro per la psichiatria di consulenza e di collegamento al fine di creare una rete assistenziale in grado di includere non solo le cure primarie, ma anche i servizi sociali, il volontariato e gli altri servizi territoriali coinvolti.

Bibliografia

- American Thoracic Society, Centers for Disease Control and Prevention, *Infectious Diseases Society of America. Controlling Tuberculosis in the United States*, in «American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine», 172, 2005, pp. 1169-1227.
- Backman, G., Hunt, P., Khosla, R. *et al.*, *Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries*, in «The Lancet», 372, 2008, pp. 2047-2085.
- Bhugra, D., *Migration, Distress and Cultural Identity*, in «British Medical Bulletin», 69, 2004, pp. 129-141.
- Bodenmann, P., Vaucher, P. *et al.*, *Screening for Latent Tuberculosis Infection among Undocumented Immigrants in Swiss Healthcare Centres: A Descriptive Exploratory Study*, in «BMC Infectious Diseases», 9, 2009, p. 34.
- Cacciani, L., Baglio, G., Rossi, L., Materia, E., Marceca, M., Geraci, S., Spinelli, A., Osborn, J. e Guasticchi, G., *Hospitalisation among Immigrants in Italy*, in «Emerging Themes in Epidemiology», 3, 2006, p. 4.
- Caritas/Migrantes, *Dossier statistico immigrazione 2008*, 18° Rapporto, Roma, Edizioni Idos, 2008.
- Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, *Prevenzione dell'Ivg nelle donne straniere*, www.ccm-network.it/programmi/2009/prevenzione_Ivg_donne-straniere, 2011.
- Chaturvedi, S.K. e Bhugra, D., *The Concept of Neurosis in a Cross-Cultural Perspective*, in «Current Opinion in Psychiatry», 20, 1, 2007, pp. 47-51.
- Che, D. e Antoine, D., *Immigrants et Tuberculose: Données Épidémiologiques Récentes*, in «Médicine et Maladies Infectieuses», 39, 3, 2009, pp. 187-190.
- Coppo, P., *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Torino, Bollati-Boringhieri, 2003.
- Diel, R., Rusch-Gerdes, S. e Niemann, S., *Molecular Epidemiology of Tuberculosis among Immigrants in Hamburg, Germany*, in «Journal of Clinical Microbiology», 42, 7, 2004, pp. 2952-2960.
- Easac, *Impact of Migration on Infectious Diseases in Europe. Statement*, 2007.
- Epicentro, *Le donne straniere: una realtà del nostro Paese*, www.epicentro.iss.it/temi/materno/8marzo2012Straniere.asp, 2012.
- Epicentro, *Tubercolosi: aspetti epidemiologici*, www.epicentro.iss.it/problemi/Tubercolosi/epid.asp, 2012.
- Falzon, D. e Ait-Belghiti, F., *What is Tuberculosis Surveillance in the European Union Telling Us?*, in «Clinical Infectious Diseases», 44, 2007, pp. 1261-1267.
- Falzon, D., Kudjawu, Y., Desenclos, J.C., Fernandez de la Hoz, K., Dadu, A. e Zaleskis, R., *Stopping TB in Europe: Some Progress but still not there*, in «Eurosurveillance», 13, 12, 2008, www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=8073 (accesso: 4 aprile 2009).

- Gaddini, A., Biscaglia, L., Franco, F., Cappello, S., Baglio, G., Di Lallo, N. e Guasticchi, G., *Gli immigrati e il disagio mentale nel Lazio*, Atti del Convegno nazionale «Disagio sociale e salute mentale: un dolore disabilitato», Roma, 9-10 dicembre 2004.
- Gagliotti, C., Resi, D. e Moro, M.L., *Delay in the Treatment of Pulmonary TB in a Changing Demographic Scenario*, in «The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease», 10, 3, 2006, pp. 305-309.
- Gandy, M. e Zumla, A., *The Return of the White Plague: Global Poverty and the «New» Tuberculosis*, London-New York, Verso, 2003.
- Geraci, S., *Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela*, in «Annali Italiani di Medicina Interna», 16 (suppl. 1), 2001, pp. 167S-171S.
- Geraci, S., *La sindrome di Salgari 20 anni dopo*, in «Janus Medicina: cultura, culture», 21, 2006, pp. 21-29.
- Geraci, S. e Martinelli, B., *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenari nazionali e politiche locali*, Roma, Caritas Diocesana, 2002, pp. 16-17.
- Gilbert, R.L., Antoine, D. et al., *The Impact of Immigration on Tuberculosis Rates in the United Kingdom Compared with other European Countries*, in «The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease», 13, 5, pp. 645-651.
- Horsburgh, C.R., *Priorities for the Treatment of Latent Tuberculosis Infection in the United States*, in «The New England Journal of Medicine», 350, 2004, pp. 2060-2067.
- Istat, *Demografia in cifre*, demo.istat.it/index.html, 2011.
- Istat, *Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005*, www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081211_00/te-stointegrale20081211.pdf (accesso: 2 agosto 2009).
- Istituto Superiore di Sanità, *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 24, n. 5, maggio (suppl. 1), 2011.
- Kennedy, S., McDonald, J.T. e Biddle, N., *Social and Economic Dimensions of an Aging Population*, Ontario, Canada, Mc Master University, 2006, www-personal.buseco.monash.edu.au (accesso: 2 settembre 2009).
- La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia, Accordo Ministero della Salute/Ccm – Regione Marche (Direzione generale prevenzione sanitaria, Ufficio I, n. DG/PREV/I 3488/P/F 3 ad, 2007).
- Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, *La tubercolosi in Italia*, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1472_allegato.pdf, 2011.
- Moniruzzaman, A., Elwood, R.K. et al., *A Population-Based Study of Risk Factors for Drug-Resistant TB in British Columbia*, in «The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease», 10, 6, 2006.
- Moss, A.R., Hahn, J.A. et al., *Tuberculosis in the Homeless. A Prospective Study*, in «American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine», 162, 2000, pp. 460-464.
- Norrone, A., *Salute e società multiculturale: medicina transculturale e immigrati extracomunitari nell'Italia del 2000*, Milano, Raffaello Cortina, 1995.
- Osservatorio sull'immigrazione della provincia di Modena, *Il profilo di salute degli stranieri a Modena*, Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, 2010.
- Ramos, J.M., Masia, M. et al., *Tuberculosis en inmigrantes: diferencias clinicoepide-*

- miologica con la poblacion autoctona (1999-2002)*, in «Enfermedades Infecciosas y microbiologia clinica», 22, 6, 2004.
- Rapporto Osservasalute 2008. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane*, Roma, 2008.
- Selten, J.P., Cantor-Graae, E. e Kahn, R.S., *Migration and Schizophrenia*, in «Current Opinion in Psychiatry», 20, 2, 2007, pp. 111-115.
- Van Leth, F., Kalisvaart, N.A., Erkens, C.G.M. e Borgdoff, M.W., *Projection of the Number of Patients with Tuberculosis in the Netherlands in 2030*, in «The European Journal of Public Health», 19, 4, 2009, pp. 424-427.

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

Appendice terza

Tracce di intervista

TRACCIA GENERALE PER LA PRIMA FASE DI INTERVISTE (in collaborazione con Eros Brunone Avena)

1. *Descrizione del luogo in cui si trova l'ente e degli spazi interni in cui opera*

a) Cercare di comprendere da un punto di vista strutturale gli spazi dove l'operatore entra in contatto con gli utenti. Dove si trova il centro?; quali sono gli orari di apertura al pubblico?; vi sono indicazioni e/o informazioni sotto forma di cartelli, riviste, brochures in diverse lingue (se sì, quali?) che spiegano le attività del centro?; il centro è facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici?

2. *Chi è l'interlocutore?*

a) Estremi anagrafici dell'interlocutore (M/F, età, anzianità nell'associazione, continuità lavorativa, attività lavorative parallele, ecc.).

b) Quale tipo di formazione ha?

c) Quale professione/ruolo svolge all'interno dell'ente?

d) Con quale prospettiva può contribuire alla nostra indagine?

3. *Cosa fa l'ente per il quale l'interlocutore lavora e quali servizi in particolare offre?*

a) Principali attività dell'associazione; attività specifiche rispetto al tema di studio.

b) Il tipo di azione proposta agli utenti è temporanea (limitato all'urgenza) o continuata nel tempo?

c) Tra i servizi alla persona è previsto un servizio a domicilio e/o dislocato sul territorio?

- d) Come è strutturata l'organizzazione dal punto di vista del personale?
- e) In particolare, quali sono le percentuali di operatori stipendiati e volontari?
- f) Qual è la formazione del personale/operatori?
- g) Nello specifico qual è la formazione dei mediatori? Quale importanza viene attribuita al lavoro dei mediatori? Quali sono le difficoltà che emergono nello svolgimento delle attività del mediatore?

4. *L'utenza: i tratti distintivi*

- a) Chi sono gli utenti (età, genere, status, etnia, ecc.). Esiste una tipologia di utenti con cui l'ente lavora? Specificare.
- b) Esistono dei criteri d'accesso che gli utenti devono rispettare? Specificare.
- c) Quali sono le modalità con cui gli utenti entrano in contatto con la struttura? Da soli? Tramite altri soggetti (tramite rete formale e/o informale)?
- d) Godono gli utenti di un appoggio familiare e/o amicale? Quale ruolo rivestono questi tipi di reti durante il percorso di cura dell'utente?
- e) Esistono delle barriere di natura socio-culturale e/o economico-politica che determinano incomprensioni e/o difficoltà nel comprendere modalità diverse di rappresentazione del corpo, della salute, della malattia e della cura? Se sì, si potrebbero fare degli esempi pratici? (Facciamo qui riferimento a eventi di incomprensione, non solo di natura linguistica, che impediscono all'operatore di valutare l'origine del disagio e/o di riuscire a portare avanti un percorso di cura in modo lineare secondo i parametri occidentali della biomedicina).
 - Es. di barriera socio-culturale:
 - l'utente non dice per pudore tutti i sintomi della malattia perché teme di essere deriso o non compreso pienamente;
 - l'utente non crede che con la terapia farmaceutica si possano risolvere i suoi problemi.
 - Es. di barriera economico-politica:
 - l'utente teme di essere denunciato alle autorità;
 - l'utente non segue correttamente le indicazioni del medico (periodi di riposo, ecc., appuntamenti con il medico) perché teme, assentandosi dal lavoro, di perdere l'impiego.
- f) Che importanza assegna l'operatore a variabili di tipo socio-culturale ed economico-politico nel processo salute-malattia-cura nella sua attività lavorativa? Come vengono giudicate le spiegazioni o i riferimenti al disagio fuori dai canoni della biomedicina?
- g) Sono emersi durante gli incontri con gli utenti riferimenti a metodi/sistemi di cura diversi da quelli biomedici (medicina tradizionale, medicina

popolare, *self-care*, ecc.)? Se sì, quali? Come vengono giudicati dall'operatore tali metodi rispetto al suo ruolo e attività professionale? Crede che esista una completa adesione e fiducia da parte dell'utente nei confronti della biomedicina e delle pratiche terapeutiche di carattere psicologico offerte?

b) Da una prima analisi della bibliografia esistente sull'argomento, è emersa una certa difficoltà da parte degli operatori nel tradurre/trasformare il disagio (in particolar modo quello di natura psichica) in un linguaggio specifico, ovvero capace di quantificare il disagio secondo schemi ben precisi. Nella vostra attività quanto incide, nel momento in cui dovete interagire con altri enti (medici, operatori socio-sanitari, forze dell'ordine, ecc.), la necessità di dover trasformare il disagio in numeri-diagnosi?

i) Come definisce il rapporto tra organizzazione/personale e utenza? Esistono secondo l'operatore rapporti di natura asimmetrica tra le parti? Se sì, specificare.

l) A quante persone (si stima) vengono forniti i servizi?

5. *Le reti di lavoro dell'ente*

a) Con quali altri soggetti lavora l'ente (a livello verticale)? Qual è il tipo di rapporto (di natura contrattuale, solidale, formale e/o informale) che li lega?

b) Con quali altri soggetti lavora l'ente (a livello orizzontale)? Qual è il tipo di rapporto (di natura contrattuale, solidale, formale e/o informale) che li lega?

c) Quali sono le difficoltà che incontrano nell'attività di rete?

d) Esiste un rapporto di mutuo sostegno-appoggio?

e) Ci sono suggerimenti per migliorare la cooperazione tra le parti?

6. *Cerchiamo di parlare un po', in termini complessivi, delle difficoltà che incontrano nello svolgimento del loro lavoro*

a) Quali sono i problemi/ostacoli principali che limitano l'efficacia del lavoro svolto? (Facciamo riferimento qui a problemi di natura strutturale, finanziaria, socio-culturale, burocratica, normativa, ecc.).

b) Hanno questi fattori la stessa importanza? Se no, quali sono i fattori preponderanti?

c) Come e in quale misura incidono questi fattori nello svolgimento dell'attività quotidiana?

d) I problemi/ostacoli di cui sopra perdurano da tempo o sono più recenti?

e) Sono già state adottate misure volte alla loro risoluzione?

f) L'interlocutore ritiene tali misure sufficienti e/o efficaci?

7. *Soffermarsi in modo specifico sulle barriere all'accesso ai trattamenti sanitari da parte delle categorie in esame*

a) Quale tipologia di misura l'interlocutore ritiene necessaria al fine di eliminare/mitigare le difficoltà riscontrate (misure legislative/organizzative/pratiche)? Chi dovrebbe adottare tali misure?

b) Problematiche/temi che l'interlocutore ritiene particolarmente importanti da approfondire (in particolare temi non ancora o poco esplorati)?

c) L'interlocutore è a conoscenza di aspetti/pratiche positive da segnalare (anche nell'ambito di altre organizzazioni sia italiane che estere)?

d) Nel complesso, l'interlocutore ritiene la qualità del servizio offerto dall'istituzione/associazione, ecc. soddisfacente o non-soddisfacente? L'interlocutore può segnalare risultati particolari raggiunti dall'associazione/organizzazione?

TRACCIA DI INTERVISTA CON OPERATORI DI AMBITO MEDICO (in collaborazione con Anna Odone)

1. *Chi è l'interlocutore?*

a) Che professione/ruolo svolge?

b) Attività assistenziale (quale livello di assistenza)/attività manageriale (azienda ospedaliera/territorio)/attività di ricerca/docenza.

c) A che settore afferisce (settore pubblico (sistema sanitario nazionale)/settore privato/volontariato-ong)?

Se *attività assistenziale* (i.e. ambulatorio migranti, ambulatorio reparto malattie infettive, ecc.):

1. A quale popolazione (tipologia di pazienti) si rivolge?

2. Principali patologie.

3. Quali indicherebbe come principali barriere all'accesso ai servizi?

4. Quali indicherebbe come principali barriere alla fruibilità dei servizi?

5. Quali indicherebbe come principali punti su cui concentrare i messaggi di educazione sanitaria? Ci sono differenze tra i vari sottogruppi?

6. Riscontra, nella pratica assistenziale, problematiche di tipo linguistico/mediazione culturale?

7. Come i servizi offerti dal suo reparto/ambulatorio si integrano con l'offerta assistenziale della realtà territoriale in questione?

Se *attività manageriale* (direzione ospedaliera, direzione del territorio):

1. Ci sono dei servizi dedicati ai gruppi a rischio (i.e. popolazione immigrata)?
2. Ci sono delle attività/iniziativa dedicati ai gruppi a rischio (i.e. popolazione immigrata)? i.e. campagne informative, servizi di mediazione, campagne di *screening*, ecc.
3. Quante persone vi si dedicano/sono impiegate nei servizi dedicati?
4. Quanto pesano sul bilancio i servizi dedicati?
5. Da quanto tempo sono attivi i servizi dedicati? C'è programmazione per i prossimi mesi/anni?
6. Come interagite, da un punto di vista organizzativo, con gli altri enti della realtà territoriale in questione?
7. Principali problematiche organizzative riscontrate, principali problematiche che si delineano per il futuro.
8. Sono disponibili a fornire dati?

Se *attività di ricerca* (universitaria e non):

1. Per che ente/istituzione fa attività di ricerca?
2. Quali filoni di ricerca?
3. Da dove ottengono i dati (i.e. dati di sorveglianza, registri, Sdo, ecc.)?
4. C'è collaborazione con gli enti pubblici (agenzia sanitaria regionale, assessorato, Asl, Usl)?
5. C'è collaborazione con altri centri (studi multicentrici)?
6. Diffusione e utilizzo dei dati.

Se *attività di docenza* (universitaria e non):

1. Per che ente/istituzione fa attività di docenza?
2. Sono previste/organizzate attività/corsi seminari su temi di interesse per l'obiettivo 1 di LDF (i.e. medicina delle migrazioni, antropologia medica, ecc.)?
3. Con che modalità: corso di laurea, seminario, master, conferenze, corsi brevi, workshop?
4. Con quale logica sono state progettate e sviluppate queste attività specifiche?
5. Chi sono i destinatari?
6. Chi le ha finanziate?
7. Quali sono gli obiettivi didattici?

TRACCIA DI INTERVISTA A MEDIATORI INTERCULTURALI (in collaborazione con Eros Brunone Avena)

1. *Chi è l'interlocutore?*

- a) Estremi anagrafici dell'interlocutore (M/F, età, anzianità nell'associazione, continuità lavorativa, attività lavorative parallele, ecc.).
- b) Quale tipo di formazione possiede; formazione specifica?
- c) Quale professione/ruolo svolge all'interno dell'ente?
- d) In base a quali criteri viene richiesto il suo supporto?

2. *La relazione con gli utenti*

- a) Chi sono gli utenti (età, genere, status, provenienza, ecc.). Esiste una tipologia di utenti con cui il mediatore lavora?
- b) Esistono dei criteri d'accesso che gli utenti devono rispettare?
- c) Quali sono le modalità con cui gli utenti entrano in contatto con la struttura? Da soli? Tramite altri soggetti (tramite rete formale e/o informale)?
- d) Godono gli utenti di un appoggio familiare e/o amicale? Quale ruolo rivestono questi tipi di reti durante il percorso di cura dell'utente?
- e) Esistono delle barriere di natura socio-culturale e/o economico-politica che determinano incomprensioni e/o difficoltà nel comprendere modalità diverse di rappresentazione del corpo, della salute, della malattia e della cura? Se sì, si potrebbero fare degli esempi pratici? (Facciamo qui riferimento a eventi di incomprensione, non solo di natura linguistica, che impediscono all'operatore di valutare l'origine del disagio e/o di riuscire a portare avanti un percorso di cura in modo lineare secondo i parametri occidentali della biomedicina).

Es. di barriera socio-culturale:

- l'utente non dice per pudore tutti i sintomi della malattia perché teme di essere deriso o non compreso pienamente;
- l'utente non crede che con la terapia farmaceutica si possano risolvere i suoi problemi.

Es. di barriera economico-politica:

- l'utente teme di essere denunciato alle autorità;
- l'utente non segue correttamente le indicazioni del medico (periodi di riposo, ecc., appuntamenti con il medico) perché teme, assentandosi dal lavoro, di perdere l'impiego.

f) Che importanza assegna l'operatore a variabili di tipo socio-culturale ed economico-politico nel processo salute-malattia-cura nella sua attività lavorativa? Come vengono giudicate le spiegazioni o i riferimenti al disagio fuori dai canoni della biomedicina?

g) Sono emersi durante gli incontri con gli utenti riferimenti a metodi/ sistemi di cura diversi da quelli biomedici (medicina tradizionale, medicina popolare, *self-care*, ecc.)? Se sì, quali? Come vengono giudicati dall'operatore tali metodi rispetto al suo ruolo e attività professionale? Crede che esista una completa adesione e fiducia da parte dell'utente nei confronti della biomedicina e delle pratiche terapeutiche di carattere psicologico offerte?

b) Da una prima analisi della bibliografia esistente sull'argomento, è emersa una certa difficoltà da parte degli operatori nel tradurre/trasformare il disagio (in particolar modo quello di natura psichica) in un linguaggio specifico, ovvero capace di quantificare il disagio secondo schemi ben precisi. Nella vostra attività quanto incide, nel momento in cui dovete interagire con altri enti (medici, operatori socio-sanitari, forze dell'ordine, ecc.), la necessità di dover trasformare il disagio in numeri-diagnosi?

i) Come definisce il suo rapporto con gli utenti? Esistono secondo l'operatore rapporti di natura asimmetrica tra le parti? Se sì, specificare.

l) Quali sono le difficoltà che incontra nella sua attività quotidiana con gli utenti?

m) Come viene visto il suo ruolo all'interno della propria comunità di origine (positivamente e/o negativamente)? Esistono delle difficoltà nel rapportarsi con i propri connazionali?

3. La relazione con altri soggetti

a) Quali sono le difficoltà principali che osserva nella relazione con l'ente per cui lavora e il personale socio-sanitario? Se sì, specificare (momenti e/o motivi di incomprensione).

b) Ritiene di avere accesso alle informazioni necessarie per potere svolgere con serenità il proprio lavoro?

c) Ritiene che il suo lavoro venga riconosciuto e apprezzato da suoi colleghi?

d) Ha accesso a corsi di aggiornamento?

e) Perché è importante la figura del mediatore interculturale? Qual è il valore aggiunto che apporta il suo lavoro all'interno dell'ente per cui lavora? Specificare con un esempio pratico.

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

Appendice quarta

La mappa delle circoscrizioni nella città di Torino



1. Centro – Crocetta
2. Santa Rita – Mirafiori Nord
3. San Paolo – Cenisia – Pozzo Strada – Cit Turin – Borgata Lesna
4. San Donato – Campidoglio – Parella
5. Borgo Vittoria – Madonna di Campagna – Lucento – Vallette
6. Barriera di Milano – Regio Parco – Barca – Bertolla alchera – Rebaudengo – Villaretto
7. Aurora – Vanchiglia – Sassi – Madonna del Pilone
8. San Salvario – Cavoretto – Borgo Po
9. Nizza Millefonti – Lingotto – Filadelfia
10. Mirafiori Sud

Fonte: Città di Torino, www.comune.torino.it/decentr

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

Finito di stampare nel mese di febbraio 2014
dalle Arti Grafiche Editoriali Srl, Urbino

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino

copyright © 2014 by Società editrice il Mulino