

L'accessibilità ai servizi socio sanitari dedicati ai migranti

Luca Pacini

Gli studi e le ricerche sociologiche e antropologiche nazionali e internazionali hanno abbondantemente evidenziato che il processo dell'emigrazione rappresenta un fattore di fragilizzazione dell'individuo, anche quando questa avvenga nel miglior modo possibile, ovvero anche quando il soggetto che sceglie di partire dal proprio Paese non è spinto alla fuga da catastrofi ambientali, guerre o persecuzioni. Infatti "L'espianto progressivo dal quadro culturale originario, da solo, determina un'effettiva fragilizzazione (vulnerabilità) delle difese della persona messe a disposizione dell'individuo dal suo mondo di appartenenza. La cultura dota infatti ogni suo membro dei mezzi cognitivi, affettivi, comportamentali e, latamente, assiologici che gli permettono di fronteggiare le congiunture critiche. Il fenomeno migratorio espone il migrante ad un rischio di erosione, se non addirittura di totale privazione, di tali risorse"¹. La prova di questo processo è rappresentato dal fatto che gli immigrati, mentre hanno usualmente un buon livello di salute al momento dell'inizio del loro percorso migratorio, tendono a vederlo deteriorato nel proseguo dello stesso processo, a causa delle dinamiche socio-economiche e culturali che lo caratterizzano².

Infatti, se allo "sradicamento" si associano, nel Paese ospite, una serie di determinanti sociali sfavorevoli (condizioni lavorative, abitative, povertà economica, esclusione sociale, discriminazione, xenofobia, ecc.), il rischio di depauperamento della salute è elevato. Infatti, la condizione di deprivazione sociale, economica e culturale è in stretta correlazione con lo stato di salute degli individui che, quando svantaggiati sul piano socio-economico, presentano un profilo di salute peggiore rispetto a chi è in posizione di vantaggio. La salute degli immigrati, dunque, è strettamente connessa ai sistemi di accoglienza e ai processi di inclusione sociale messi in atto nel Paese ospite: le evidenze epidemiologiche mostrano, infatti, che la maggior parte delle patologie

¹ Mazzetti M., *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano*. L'Harmattan Italia, Torino, 1997.

² Kyprianou M, Commissario responsabile per la Sanità alla Presidenza Portoghese della Commissione Europea, *Improving the health of migrants in Europe Lisbona*, 27 Settembre 2007; International Organization for Migration, *Migrant Health for the Benefit of All*, MC/INF/275, IOM, Geneva, 2004.

scaturiscono dalle condizioni abitative, lavorative, dal tipo di rapporto con le istituzioni, da stili di vita rischiosi, dalle difficoltà relazionali e di socializzazione³

Nell'introduzione del loro testo "Access to health care for people from black and minorities", Hopkins e Bahal (1993) sottolineano come, al di là dei specifici profili epidemiologici riferiti a particolari gruppi, il principale problema di tali comunità sia l'accesso ai servizi, spesso inappropriati e poco attenti ai loro bisogni. Tra gli ostacoli alla piena accessibilità vi sono:

- barriere di tipo economico;
- barriere di tipo amministrativo connesse anche alla scarsa conoscenza dell'organizzazione sanitaria e delle sue procedure;
- barriere linguistiche e culturali connesse a lingue, riferimenti culturali e aspettative diverse.

Nonostante sia evidente l'importanza di incidere sulle cause di vulnerabilità e inaccessibilità che i migranti incontrano durante il movimento, all'arrivo/permanenza nel paese di destinazione, a livello europeo, per quanto riguarda specificamente la tutela del diritto alla salute del migrante, non è stata definita, sino ad oggi, un quadro di regole e procedure analoghe per tutti gli Stati Membri. Purtroppo, per la tutela della salute del migrante, l'UE non ha alcuna competenza coercitiva nei confronti dei singoli Stati Membri. In questo caso vale il cosiddetto principio di sussidiarietà, secondo cui la Comunità Europea interviene soltanto se e nella misura in cui gli obiettivi dell'azione prevista non possono essere sufficientemente realizzati dai singoli Stati Membri. E i dati relativi al binomio migranti/salute a livello europeo mostrano che la concettualizzazione del diritto alla salute risente molto dei particolarismi locali. Gli Stati Membri non sembrano essere in grado di realizzare l'obiettivo di garantire il diritto alla salute per tutti i nuovi cittadini, e soprattutto di farlo in maniera paritaria rispetto agli autoctoni. Il principio di sussidiarietà applicato al diritto alla salute determina che gli Stati Membri sviluppino pratiche locali estremamente diverse tra loro, che sicuramente non favoriscono una più auspicabile e ordinata gestione comunitaria del tema salute.

³ A cura del gruppo tecnico del progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", *La spesa sanitaria per gli immigrati*, Age.na.s. on line.

Per tale ragione nel 2007 il **Consiglio d'Europa** ha riconosciuto la centralità dei temi legati alla salute nel contesto della migrazione nella risoluzione “**Health and Migration in the EU**”, così come già nel 2006, durante l'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa, lo stesso organismo aveva fatto propri principi fondamentali di equità e diritto alla salute per i migranti attraverso l'importante Risoluzione 1509 “Regolarizzazione dei programmi per migranti irregolari”.

Ma anche la risoluzione “Salute dei Migranti” approvata durante la 61ma Assemblea mondiale della Sanità all'OMS di Ginevra (2008)⁴, lancia un appello agli Stati Membri perché promuovano politiche sanitarie sensibili verso i migranti e perché ad essi venga garantito un accesso equo alla promozione della salute, alla prevenzione e alla cura delle malattie senza discriminazioni di sesso, età, religione, nazionalità o razza. La risoluzione dell'OMS (n. WHA 61.17) riconosce il ruolo che la salute ha per un effettivo processo di integrazione e inclusione sociale dei migranti, e richiama l'importanza di una raccolta disaggregata di dati sanitari per l'adozione di politiche e strategie basate su fatti. È fatta menzione dell'urgenza di una formazione specifica del personale sanitario, perché sia in grado di rispondere alle implicazioni sanitarie della migrazione e della crescente mobilità umana.

E recentemente, l'8 marzo 2011, il **Parlamento Europeo** ha adottato una Risoluzione sulla “**riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea**”⁵ in cui si chiede agli Stati membri di affrontare le disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie, sottolineando che “le disuguaglianze sanitarie sono il risultato non soltanto di una moltitudine di fattori economici, ambientali e connessi alle scelte di vita, ma anche di problemi relativi all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria” (punto P) e che “in numerosi Stati dell'UE non è garantita, né nella pratica né nella normativa, la parità di accesso all'assistenza sanitaria per i migranti sprovvisti di documenti” (punto AD). Il Parlamento europeo invita quindi gli Stati membri “ad assicurare che i gruppi più

⁴ Risoluzione dell'OMS sulla Salute dei migranti, 61esima Assemblea Mondiale della Salute, 24 Maggio 2008.

⁵ Risoluzione del Parlamento europeo dell'8 marzo 2011 sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE (2010/2089(INI), <http://www.europarl.europa.eu/>).

vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario”, per “valutare la fattibilità di soluzioni volte a sostenere l’assistenza sanitaria per i migranti irregolari, elaborando sulla base di principi comuni una definizione degli elementi di base dell’assistenza sanitaria quale definita nelle relative normative nazionali” (punto 5) e “a garantire che tutte le donne in gravidanza e i bambini, indipendentemente dal loro status, abbiano diritto alla protezione sociale quale definita nella loro legislazione nazionale, e di fatto la ricevano” (punto 22).

Sia a livello europeo che internazionale il tema ‘salute ha visto negli ultimi decenni un crescente riconoscimento nell’ambito del dibattito sui diritti, e questo nell’ottica di ridurre con l’accesso e la fruibilità dei servizi di salute le diseguaglianze sociali, ma nonostante i diffusi tentativi di approvazione di quadri normativi favorevoli alla tutela della salute degli immigrati, ancora oggi, in molti paesi, queste persone hanno rilevanti difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari. Forse proprio perché il binomio immigrazione e salute presenta, anche sul piano normativo, alcune difficoltà che derivano dal fatto che le scelte di politica sanitaria spesso non hanno potuto, o voluto, prescindere da quelle che regolano e controllano l’immigrazione, oppure proprio per l’assenza di una disciplina specifica.

Nel nostro Paese, seppure la **Costituzione italiana**, come tutte le legislazioni moderne, recepisce una graduale ma accentuata equiparazione dello straniero al cittadino nel godimento di fondamentali libertà e nella tutela di specifici interessi e diritti anche di natura non economica. All’articolo 2, sottolinea il riconoscimento e la garanzia dei diritti inviolabili dell’uomo e all’articolo 32 recita che: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”. Nonostante ciò, spetta al legislatore l’individuazione e la determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione della tutela della salute e perciò, per anni per la legge molti tra gli immigrati presenti nel nostro paese non esistevano, non comparivano nelle statistiche, non potevano accedere ai servizi, anche a quelli più

elementari. Solo con l'emanazione del **testo unico sull'immigrazione**(1998)⁶ ci si è posti il problema della realizzazione dei servizi sanitari anche per coloro che non sono cittadini italiani, ma da quel momento si è assistito anche ad una sovrabbondanza di disposizioni che, nella concorrenza di competenze fra stato e regioni non sempre ha permesso un'uguale fruibilità dei servizi sanitari offerti ai non cittadini. Una situazione ulteriormente complicata dall'approvazione del cosiddetto **'pacchetto sicurezza'** (2009). Il Governo, infatti, utilizzando questa normativa, e ritenendo che su tali questioni la competenza fosse esclusivamente statale, ha dichiarato illegittime le leggi regionali varate da Toscana, Puglia e Campania poiché estendevano il diritto alla salute anche nei confronti degli irregolari. Fortunatamente, la Corte Costituzionale ha dato torto al Governo, affermando un principio di cittadinanza materiale valido per tutti coloro che sono presenti nel territorio nazionale, indipendentemente dallo status che viene loro riconosciuto dal diritto vigente.

Emerge dunque, anche nel nostro Paese, un quadro di interventi non ancora unitario, all'interno del quale permangono significative disparità fra le varie regioni in quanto molte, non si sono ancora dotate di linee guida e solo la metà di esse ha provveduto alla costituzione di osservatori per il monitoraggio e la valutazione del fenomeno migratorio nei suoi molteplici aspetti e sulle sue ricadute in termini di impatto in ambito sanitario. In effetti, sono molteplici gli indicatori di cui tener conto per valutare se è garantito realmente il diritto alla salute: accesso ai servizi, fruibilità degli stessi, lettura dei bisogni.

Per favorire e garantire una parità di accesso ai servizi socio sanitari da parte dei cittadini stranieri residenti in Italia, crediamo sia necessario sul piano normativo-amministrativo operare un riordino e un'unificazione della normativa, con indicazioni chiaramente interpretabili dalle strutture e dagli utenti. Così come risulta fondamentale un intervento sul piano organizzativo: dalla pianificazione di sistemi informativi pensati per questa nuova utenza, alla reale fruibilità dei servizi, e alla diffusione di quelle figure intermedie che possano, in rapporto al tipo di struttura, essere dei meri interpreti, dei facilitatori o dei mediatori culturali. Occorre migliorare sia durante la fase della prevenzione che nel momento della presa in carico del soggetto che richiede una prestazione sanitaria. Investire perciò, nella formazione di tutti gli operatori coinvolti, ma anche

⁶ Artt. 34 e 35 del Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998 e successive modifiche e integrazioni, disposizioni tuttora vigenti.

nel campo dei 'sistemi relazionali' (materiali informativi multilingue, supporto dei mediatori linguistico-culturali, meccanismi di riorientamento organizzativo e procedurale).

Concludiamo riprendendo sinteticamente alcuni punti chiavi indispensabili per favorire l'accesso dei cittadini stranieri ai servizi socio-sanitari e per favorire politiche e sistemi inclusivi :

1. La salute deve essere considerata come uno stato di benessere complessivo della persona e non come una mera assenza di malattia (Dichiarazione dell'OMS di Alma Ata del 1976, Carta della salute di Ottawa del 1986). La salute è infatti indissolubilmente in relazione con la qualità dell'ambiente, nelle sue dimensioni visibili e invisibili; con le condizioni socio-economiche, uno stato che non riguarda solo gli individui, ma le comunità nel loro complesso.
2. Il diritto alla salute in quanto diritto fondamentale della persona deve essere certo, chiaro e 'flessibile' nella sua concreta attuazione, al fine di tenere adeguatamente conto delle caratteristiche socioculturali delle persone che lo esercitano.
3. Dal riconoscimento del diritto alla salute occorre passare al diritto all'assistenza sanitaria e sociosanitaria, in termini di prevenzione e cura.
4. I soggetti beneficiari dei servizi sanitari e sociosanitari devono essere coinvolti come soggetti 'attivi' nella costruzione dei percorsi di prevenzione e cura.
5. Le donne sono soggetti particolarmente 'sensibili' per la 'misurazione' della leggibilità e della fruibilità dei servizi sanitari e sociosanitari, in quanto l'approccio globale del corpo femminile alla salute può fornire degli indicatori molto significativi per misurare i principi (gli ambiti) sopra citati.
6. La maggiore permeabilità e flessibilità nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari per le donne migranti rende questi ultimi più accessibili e adeguati anche alle donne italiane. In questo senso, ad esempio, l'accessibilità gratuita ai sistemi di contraccezione dovrebbe essere garantita sia alle donne migranti sia a quelle italiane.
7. Il rapporto dialogico tra saperi, saper fare, tradizioni e culture, attraverso la valorizzazione del ruolo del/della mediatore/mediatrice interculturale deve permeare tutti i servizi sanitari

e sociosanitari, promuovendo così una mediazione sistemica che li riguarda e li coinvolge globalmente in un contesto di lavoro in rete.

8. I servizi sanitari e sociosanitari devono quindi essere in grado di svolgere il proprio ruolo senza che altre istanze dello Stato (in particolare quelle preposte al controllo del territorio) ne ostacolino il lavoro, impedendo il rispetto di un diritto fondamentale della persona.
9. Un'attenzione particolare deve essere posta verso le fasce più deboli ('collaboratrici domestiche' e lavoratori/lavoratrici stagionali, minori non accompagnati/e) tra i soggetti a rischio di esclusione.
10. I/le cittadini/e stranieri/e devono essere coinvolti/e nei processi di valutazione e riorganizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari.
11. Un'attività costante di formazione, informazione deve essere svolta al fine di promuovere una presa di coscienza del significato del diritto alla salute e della sua garanzia concreta da parte di chi può usufruire dei servizi e di chi vi opera.