

Presidenza del Consiglio dei Ministri



IMMIGRAZIONE E SALUTE

23 giugno 2017

INDICE

Presentazione.....	3
Introduzione: alcune precisazioni terminologiche e il metodo seguito	6
1. Il fenomeno migratorio in Italia e le condizioni generali di salute	10
1.1 <i>Dati socio-democratici generali</i>	10
1.2 <i>L'accesso ai servizi sanitari e lo stato di salute</i>	12
1.3 <i>Focus delle malattie infettive</i>	14
1.4 <i>Il disagio mentale: le "ferite invisibili"</i>	15
2. Il diritto alla salute: profili giuridici	18
2.1 <i>Inquadramento generale</i>	18
2.2 <i>L'accesso ai servizi sanitari</i>	19
2.3 <i>Le criticità del servizio sanitario italiano e la differente applicazione dell'Accordo Stato – Regioni del 20.12.2012</i>	21
3. Condizioni di particolare vulnerabilità	22
3.1 <i>Le diverse tipologie dei centri di accoglienza</i>	22
3.2 <i>Gli immigrati irregolari e in transito</i>	26
3.3 <i>I minori non accompagnati</i>	28
3.4 <i>La condizione delle donne</i>	30
4. Interculturalità ed etica clinica	34
4.1 <i>Il rispetto delle differenze: riconoscimento e limiti</i>	34
4.2 <i>Etica dei diritti e "care ethics"</i>	35
4.3 <i>La relazione di cura in una prospettiva interculturale</i>	36
4.4 <i>L'etica medica e la deontologia professionale</i>	38
Raccomandazioni	41

Presentazione

Il parere, come recita il titolo, è dedicato al rapporto tra immigrazione e salute. Attingendo a una serie di dati circostanziati, da quelli di carattere epidemiologico a quelli sul numero degli sbarchi sulle coste italiane, il parere richiama innanzitutto l'attenzione sull'emergenza che sta mettendo a dura prova la sostenibilità, non solo finanziaria, delle varie misure lodevolmente approntate negli ultimi anni dall'Italia per gestire il flusso migratorio, dalle fasi del salvataggio in mare e della prima assistenza all'accoglienza diffusa nei vari comuni del Paese. Il fenomeno non viene però qui considerato solo in quest'ottica, di natura più emergenziale: vi è infatti anche un'immigrazione che oramai si è radicata ed è divenuta permanente, prova ne sia che gli stranieri residenti in Italia sono oltre 5 milioni e nel corso del 2015 ben 178.000 sono diventati cittadini italiani.

La scelta metodologica di dare molta rilevanza, specialmente nel paragrafo 1, a dati e studi statistici, riservando le considerazioni più propriamente bioetiche agli ultimi paragrafi, non è casuale e deriva dalla convinzione che un tema così complicato e così sensibile, sul piano sociale, politico e culturale, vada affrontato prima di tutto con una solida base di conoscenza empirica. Un simile approccio permette inoltre di sfatare alcuni luoghi comuni (come per esempio quello che attribuisce alla presenza di migranti la causa di un presunto diffondersi incontrollato delle malattie infettive) e ingiustificati allarmismi, frutto di disinformazione se non di veri e propri pregiudizi.

Il focus del parere può essere individuato nella tutela della "salute", principio scolpito nell'identità costituzionale italiana come diritto sociale, ossia come bene della persona e della collettività, da garantire, nel suo contenuto essenziale e senza discriminazioni, a chiunque si trovi sul territorio nazionale, indipendentemente dal fatto che le persone siano giunte nel nostro paese in modo regolare o meno, che siano irregolari, profughi, richiedenti asilo o cosiddetti migranti economici. Il parere sviluppa poi alcune considerazioni basilari, che possono essere così sinteticamente riassunte:

a) vengono rimarcati un dato e un aspetto tanto rilevanti quanto spesso ignorati, circa le conseguenze psicologiche delle vicende che portano i migranti in Italia, spesso costretti a subire violenze e altre forme di trattamenti disumani e degradanti. In altre parole, il problema si presenta frequentemente sotto il profilo della salute mentale o psicologica, che pure è inclusa nel concetto di salute, ma che di solito non è oggetto della dovuta attenzione. In tal senso, uno sguardo particolare è rivolto alle persone, come donne e bambini, che si trovano in condizioni di particolare vulnerabilità (paragrafo 3);

b) quanto alla salute fisica, sebbene i dati epidemiologici non siano particolarmente preoccupanti, va ricordato che una ospitalità del migrante in termini di tutela della sua salute non può essere disgiunta dall'affermazione di un principio di solidarietà operante anche in senso inverso, ossia quale fonte di doveri per lo stesso migrante di partecipare alle forme essenziali di tutela della salute collettiva, sottoponendosi a quelle indagini diagnostiche e a quelle profilassi che sono indispensabili per tenere sotto controllo ed estinguere eventuali focolai di epidemia;

c) infine una riflessione è dedicata alla relazione di cura e alla necessità che questa si sviluppi in un'ottica interculturale (paragrafo 4), senza per

questo rinunciare a una comprensione della salute compatibile con il servizio pubblico e con la sua salvaguardia, il più possibile ampia.

Tra le varie raccomandazioni finali,

- si richiama la responsabilità della comunità internazionale sul fenomeno dell'immigrazione e sulle cause che ne sono all'origine, invitando nel contempo a condividere lo straordinario impegno, profuso negli ultimi anni in modo esemplare dall'Italia, per salvare innumerevoli vite umane e garantire il rispetto del diritto alla salute come diritto umano fondamentale e universale;

- si evidenziano le criticità sollevate da un'applicazione molto disomogenea dell'Accordo Stato – Regioni del 20.12.2012 (paragrafo 2), proponendo quindi di rafforzare il ruolo di coordinamento e di indirizzo del Ministero della Salute;

- si propone di sviluppare celermente adeguate modalità di contabilizzazione e rendicontazione delle spese effettivamente sostenute dal SSN per la salute della popolazione immigrata irregolare;

- si propone di istituire un dividendo sulle risorse degli stati maggiormente industrializzati, da versare su un fondo istituzionale destinato ai paesi più poveri;

- si chiede che venga introdotto nel nostro ordinamento il reato di tortura e che esso sia sanzionato adeguatamente: ciò per contrastare le esperienze drammatiche, alle quali sono sottoposti i migranti e in particolare le donne - detenzioni arbitrarie, trattamenti disumani, ripetute violenze sessuali, prostituzione sotto ricatto - esperienze che possono aver luogo anche nel territorio italiano (per esempio ad opera degli scafisti nelle acque territoriali italiane);

- si suggerisce di allestire forme di accoglienza specifiche per le donne che hanno subito ripetutamente violenza nel corso del viaggio di arrivo in Italia;

- si consiglia di rafforzare l'impegno a favore dell'educazione sanitaria, anche potenziando le funzioni di alcuni servizi, come i consultori familiari e i servizi di salute mentale;

- si raccomanda un progressivo aumento delle competenze interculturali degli operatori del SSN e un'adeguata valorizzazione, all'interno dei percorsi formativi universitari rivolti ai futuri medici e professionisti della salute, delle *Medical Humanities* e di studi e ricerche riguardanti la relazione terapeutica in una prospettiva interculturale;

- si invitano i relativi Ordini professionali ad aggiornare i propri codici deontologici, con espliciti riferimenti al dovere da parte del professionista di tenere conto delle differenti identità culturali di appartenenza dei pazienti.

La bozza del parere è stata redatta dal gruppo di lavoro coordinato dal Prof. Antonio Da Re e composto dai Proff.: Carlo Casonato, Andrea Nicolussi, Monica Toraldo di Francia e, tra i membri consultivi, dai Dott.: Maurizio Benato e Carlo Petrini.

Integrazioni utili per la stesura del documento sono pervenute dai Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Lorenzo d'Avack, Mario de Curtis, Marianna Gensabella, Assuntina Morresi, Laura Palazzani, Lucetta Scaraffia, Massimo Sargiacomo, Grazia Zuffa e, tra i membri consultivi, Anna Teresa Palamara.

La redazione finale, che ha tenuto conto anche delle numerose osservazioni emerse nelle discussioni plenarie, è stata predisposta dal Prof. Antonio Da Re, con l'apporto della Prof.ssa Monica Toraldo di Francia.

Il testo, inoltre, ha tratto beneficio dalle indicazioni emerse durante le audizioni, svoltesi il 23 giugno 2016, dei Dott. Concetta Mirisola e Antonio Fortino, rispettivamente Direttore Generale e Direttore Sanitario dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (Roma), e il 15 dicembre 2016, del Prof. Maurizio Marceca, del Dipartimento di Salute Pubblica e Malattie infettive, Università La Sapienza di Roma, nonché presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

Infine, un ringraziamento va al Dott. Salvatore Geraci, Responsabile dell'Area sanitaria della Caritas di Roma, e alla Dott. Teresa Dalla Zuanna, della Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università di Padova, per la consulenza fornita, a chi coordinava il lavoro di stesura, su alcuni specifici temi affrontati nel parere.

Il parere è stato approvato all'unanimità dei presenti nella seduta plenaria del 23 giugno 2017 dai Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Mario de Curtis, Carlo Flamigni, Silvio Garattini, Marianna Gensabella, Assuntina Morresi, Andrea Nicolussi, Laura Palazzani, Massimo Sargiacomo, Lucetta Scaraffia, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.

Voto favorevole è stato espresso anche dai membri consultivi, i Dott.: Maurizio Benato e Carlo Petrini.

Assenti alla plenaria, hanno successivamente aderito il Prof. Carlo Caltagirone e, tra i membri consultivi, la Prof.ssa Anna Teresa Palamara.

Introduzione: alcune precisazioni terminologiche e il metodo seguito

Le immagini pressoché quotidiane diffuse dai mass media stanno a ricordarci come il fenomeno migratorio stia assumendo negli ultimi anni dimensioni imponenti. Si stima che nel 2015 siano circa 244 milioni i migranti nel mondo, di cui 21,3 milioni i rifugiati e 3,2 milioni i richiedenti asilo; complessivamente sono 65,3 milioni i “migranti forzati” (50% donne), compresi gli sfollati interni nei propri paesi, a causa di una crescente instabilità sociale, economica e politica a livello mondiale. Sono molteplici le cause che spingono (e anzi, assai spesso, costringono) milioni di esseri umani a spostarsi. Alcune di queste sono drammatiche quali lo scoppio di guerre, la violenza terroristica, la recrudescenza di scontri e conflitti locali, il diffondersi di carestie, a seguito anche di crisi ambientali devastanti, l’inarrestabile aggravamento delle condizioni economiche e sociali dei paesi di provenienza, la violazione dei diritti umani più elementari; altre cause, certo meno drammatiche, hanno comunque a che vedere con il desiderio di migliorare condizioni esistenziali che spesso sono di mera sussistenza, ricercando quindi altrove una vita più dignitosa per sé e per i propri figli.

La decisione di abbandonare il proprio paese, con il carico di incertezze, di dubbi e di sofferenze che ciò comporta, è il preludio ad un viaggio, spesso lungo e terribile, che può anche durare anni. I migranti desiderosi di raggiungere le coste italiane, prima di salire su barconi insicuri, stipati all’inverosimile e guidati da scafisti privi di scrupoli, sono passati attraverso giorni e giorni di trasferimento via terra, lunghi periodi di attesa, a volte in strutture di raccolta fatiscenti e sovraffollate, nelle quali non di rado sono sottoposti a violenze, ricatti e angherie di ogni tipo. Non tutti alla fine riescono ad arrivare sulle nostre coste o ad essere soccorsi in mare: il Mediterraneo è nel mondo il luogo nel quale negli ultimi anni si è pagato il tributo più alto di vite umane di migranti. Secondo i dati forniti dall’Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, dall’Agenzia delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) e dall’Agenzia Europea della Guardia di Frontiera e Costiera (FRONTEX), sono morti nel Mediterraneo, nel tentativo di raggiungere l’Europa, 3279 migranti nel 2014, un numero già enorme, cresciuto poi sino a 3771 nel 2015 e addirittura a 5096 nel 2016. Nel 2015, secondo l’Unicef 700 bambini hanno perso la vita in mare. Le persone sbarcate in Italia nel corso del 2014 sono state 170.100; nel 2015 il numero è diminuito (153.842), per aumentare invece nel 2016 (181.436)¹. Tale aumento del 18%, registratosi nel 2016 rispetto all’anno precedente, ha conosciuto un’ulteriore impennata nel corso del 2017: considerando i primi sei mesi dell’anno le persone sbarcate

¹ Per i dati qui riportati si possono consultare i rispettivi siti:

- dell’Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, <http://www.italy.iom.int/it/>;

- dell’UNHCR, <http://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/>;

- di FRONTEX, https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/frontex_it.

Si veda, inoltre, il *Dossier Statistico Immigrazione 2016*, pubblicato dal Centro Studi e Ricerche IDOS, in partenariato con la rivista Confronti, Roma 2016. Il *Dossier* rappresenta anche la fonte di alcuni dei dati che verranno elencati nel paragrafo 1. Ad ogni modo, è opportuno sottolineare come i dati sul fenomeno migratorio siano spesso frammentari e lacunosi; qualche difformità e oscillazione, tra le varie fonti, anche istituzionali, è da mettere in conto.

risultano essere 80.360, mentre nel medesimo periodo del 2016 erano state 70.222².

I dati relativi all'Italia devono poi tenere conto del fatto che attualmente nei Paesi europei vengono accolti soltanto immigrati regolari e rifugiati, quindi una parte minoritaria di tutti coloro che sbarcano in Italia. Ciò determina una situazione di emergenza cronica, che sta mettendo a dura prova la sostenibilità, non solo finanziaria, delle varie misure lodevolmente approntate negli ultimi anni dall'Italia, dalle prime fasi del salvataggio in mare e della prima assistenza all'accoglienza diffusa nei vari comuni del paese. La gravità di tale situazione rende indispensabile porre il problema nell'agenda politica per la gestione non solo immediata, ma anche a lungo termine; e tale gestione deve, necessariamente, essere inserita in una politica concordata a livello europeo e internazionale.

Questi dati, nella loro cruda realtà, non dicono tutto però del fenomeno migratorio e di quanto esso abbia trasformato la società italiana negli ultimi anni. Vi è infatti un'immigrazione che oramai si è radicata ed è divenuta permanente, prova ne sia che gli stranieri residenti in Italia sono oltre 5 milioni. Non solo: nel corso del 2015 ben 178.000 immigrati sono diventati cittadini italiani, andando così ad aumentare la platea di coloro (sono circa 1.150.000) che, provenendo da un paese straniero, hanno acquisito nel tempo la cittadinanza italiana; parallelamente, può anche darsi il movimento di ritorno di cittadini non comunitari che lasciano il nostro paese, per esempio a causa del mancato rinnovo del permesso di soggiorno. L'emergenza di questi ultimi tempi spinge a guardare al fenomeno migratorio secondo un'ottica particolare, che è quella appunto dell'urgenza con la quale si deve far fronte al salvataggio dei migranti in arrivo, alla loro identificazione con il vaglio delle domande dei richiedenti asilo e dei rifugiati, alla successiva ricollocazione in strutture diffuse nel territorio, sino a promuovere l'accoglienza e l'integrazione o nel caso ad avviare la procedura di espulsione. Non va però tralasciato che il fenomeno migratorio è ben più vasto e complesso ed è radicato da tempo nella vita quotidiana del nostro paese: basti pensare alle attività economiche e commerciali, ai servizi rivolti alle persone, specie anziane, al sistema scolastico e dell'istruzione, tutti ambiti nei quali la presenza di cittadini stranieri è assai significativa, e non solo dal punto di vista meramente numerico.

Si rende poi indispensabile una precisazione terminologica: infatti, nel linguaggio pubblico "migrante", "profugo", "rifugiato", "richiedente asilo" sono talvolta utilizzati in modo non appropriato. Non esiste, a livello internazionale, una definizione di "migrante" unanimemente riconosciuta. In genere il termine si applica a persone che decidono liberamente di spostarsi per ragioni di convenienza personale, senza l'intervento di fattori esterni.

Secondo il vocabolario Treccani il termine "profugo" si applica ad ogni "persona costretta ad abbandonare la sua terra, il suo paese, la sua patria in seguito a eventi bellici, a persecuzioni politiche o razziali, oppure a cataclismi come eruzioni vulcaniche, terremoti, alluvioni, ecc. (in questi ultimi casi è oggi più comune il termine sfollato)".

Nel diritto internazionale, "rifugiato" è lo status giuridicamente riconosciuto di una persona che ha lasciato forzatamente il proprio paese e ha trovato

² Fonte: Ministero dell'Interno; vd. www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/statistica/cruscotto-statistico-giornaliero.

rifugio in un paese terzo. La Convenzione di Ginevra³ definisce “rifugiato” “chiunque nel giustificato timore d'essere perseguitato per ragioni di razza, religione, cittadinanza, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per opinioni politiche, si trova fuori dello Stato di cui possiede la cittadinanza e non può o, per tale timore, non vuole domandare la protezione di detto Stato; oppure chiunque, essendo apolide e trovandosi fuori del suo Stato di domicilio in seguito a tali avvenimenti, non può o, per il timore sopra indicato, non vuole ritornarvi”.

“Richiedenti asilo” sono tutti coloro che hanno lasciato il loro paese d'origine e hanno presentato una richiesta di asilo in un paese terzo, ma sono ancora in attesa di una decisione da parte delle autorità competenti riguardo al riconoscimento del loro statuto giuridico di rifugiati. Pertanto, la categoria di “richiedente asilo” include persone in situazioni eterogenee, e la richiesta di asilo può avere esiti diversi⁴.

Al di là di queste precisazioni e dell'indicazione generale volta ad evitare per quanto possibile l'adozione di una prospettiva emergenziale nell'analisi del fenomeno migratorio, l'obiettivo di questo parere del Comitato Nazionale per la Bioetica consiste nel richiamare l'attenzione sulla tutela della “salute”, principio scolpito nell'identità costituzionale italiana come diritto sociale, ossia come bene della persona e della collettività, da garantire, nel suo contenuto essenziale e senza discriminazioni, a chiunque si trovi sul territorio nazionale, indipendentemente dal fatto che le persone siano giunte nel nostro paese in modo regolare o meno, che siano irregolari, profughi, richiedenti asilo o cosiddetti migranti economici. È ovvio che sulla finalità della salvaguardia della salute si riflettono in modo più o meno diretto l'organizzazione e la gestione delle politiche migratorie, dalla possibilità stessa di stringere accordi con i paesi africani e del bacino del Mediterraneo per tentare di governare i flussi in entrata e cercare di colpire i trafficanti di vite umane, alle responsabilità della Commissione Europea nella ripartizione di quote di richiedenti asilo nei diversi paesi europei e non solo in quelli dove avviene l'arrivo via mare o via terra, alle successive misure in loco riguardanti l'identificazione dei migranti o, su un altro versante, la richiesta del permesso di soggiorno. E tuttavia, il focus del parere non è indirizzato su questi e su altri aspetti, pur rilevanti, delle politiche migratorie; esso s'indirizza semmai sul tema della salute, esaminato secondo l'approccio della bioetica quotidiana piuttosto che quello della bioetica di frontiera⁵.

³ Organizzazione delle Nazioni Unite, *Convenzione sullo status dei rifugiati*, Ginevra 28 luglio 1951.

⁴ Riguardo agli obblighi giuridici dell'accoglienza, secondo la normativa internazionale, europea e nazionale, si veda il *Rapporto sull'accoglienza di migranti e rifugiati in Italia. Aspetti, procedure, problemi*, Ministero dell'Interno, 15.10.2015, pp. 11 ss., in www.libertacivilimmigrazione.interno.it/dipim/export/sites/default/it/assets/pubblicazioni/Rapporto_accoglienza_ps.pdf. In particolare la Tabella 3 (p. 12) distingue le diverse tipologie di permesso di soggiorno (per asilo politico, per protezione sussidiaria, per protezione umanitaria) e i rispettivi benefici previsti.

⁵ La distinzione tra bioetica quotidiana e bioetica di frontiera si deve a Giovanni Berlinguer (*Bioetica quotidiana*, Giunti, Firenze 2000), che fu Presidente del Comitato Nazionale per la Bioetica tra il 1998 e il 2001. Come viene ricordato nel parere del CNB su *Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio-sanitaria*, 16 luglio 2010, “la bioetica di frontiera si concentra ... sulle questioni bioetiche più problematiche e conflittuali in ordine alle scelte personali e pubbliche riguardanti in particolare i cosiddetti stati di confine (la nascita e la morte); la problematicità di tali questioni dipende spesso dal loro carattere radicalmente innovativo, frutto del continuo sviluppo delle scienze biomediche e

Lo stile argomentativo adottato nella redazione di queste pagine è per certi versi atipico, specie se confrontato con quello di altri pareri del CNB. Molta importanza viene attribuita a una analisi circostanziata delle diverse problematiche della salute attinenti al fenomeno migratorio: nel far ciò si è deciso di “far parlare”, specie nella prima parte, dati e studi statistici, rinviando le valutazioni più propriamente bioetiche ai paragrafi 3-4. Si tratta di una precisa scelta metodologica, nella convinzione che un tema così complicato e così sensibile, sul piano sociale, politico e culturale, vada affrontato prima di tutto con una solida base di conoscenza empirica. È sin troppo facile prevedere che tali informazioni, benché aggiornate al momento della pubblicazione del parere, risulteranno ben presto datate e bisognose di essere riviste; ciononostante, non perde di valore la metodologia qui proposta, perché permette di istruire adeguatamente il tema, gettando luce sui determinanti socio-economici, demografici, ambientali, che incidono considerevolmente sul rapporto tra salute e immigrazione; inoltre l’ancoraggio alla realtà permette di sfatare alcuni luoghi comuni (come per esempio quello che attribuisce alla presenza di migranti la causa di un presunto diffondersi incontrollato delle malattie infettive), frutto di conoscenze superficiali se non di veri e propri pregiudizi.

All’argomento in questione ci si deve quindi accostare con un approccio di tipo descrittivo, ma questo non basta. Quello migratorio, nelle forme assunte negli ultimi anni, è un fenomeno travolgente e sconvolgente, che segna una svolta epocale nella storia di popoli, gruppi e individui, e si accompagna a innumerevoli storie di sofferenza, di ingiustizia, di violenza, di morte, di offesa, di umiliazione. Di fronte a queste storie concrete non è possibile rimanere indifferenti. Il richiamo ai diritti umani e a quei principi etici fondamentali che contrassegnano la nostra Costituzione trova qui un banco di prova esigente. Il CNB ritiene che questo patrimonio etico e culturale non solo non sia da considerarsi superato, ma anzi debba essere ancor più valorizzato e tradotto in forme concrete e realizzabili. È quanto del resto è già avvenuto in questi anni, nei quali si è assistita a una straordinaria mobilitazione, istituzionale e non solo, dell’Italia, per far fronte all’emergenza migratoria. Tale mobilitazione ha rappresentato una delle modalità più limpide di protezione della vita, con il salvataggio in mare di centinaia di migliaia di persone, di effettiva difesa dei diritti umani, di concreta accoglienza dei migranti in vari luoghi del paese. Sarebbe ingiusto non evidenziare tutto ciò, anche a fronte delle criticità e delle difficoltà, che pure non sono mancate; ed è anzi doveroso esprimere un senso di gratitudine verso quanti si sono spesi a vario titolo nelle varie fasi del salvataggio, della prima accoglienza, del successivo inserimento dei migranti in strutture periferiche.

Il parere tiene conto anche di esperienze significative che si sono sviluppate in questi anni in Italia, spesso sostenute da una ricca e articolata produzione normativa, attenta in vario modo a tutelare la salute, e a farlo secondo un approccio interculturale. Entrando più nello specifico dei contenuti che verranno approfonditi, il parere analizza alcuni dati essenziali, anche di carattere epidemiologico (paragrafo 1), mettendo altresì in evidenza le criticità sollevate da un’applicazione molto disomogenea dell’Accordo Stato – Regioni del 20.12.2012 (paragrafo 2). I nodi problematici fondamentali sono ricostruiti

delle applicazioni della tecnica. La bioetica quotidiana si muove invece in una dimensione più vicina all’esperienza comune delle persone; essa più che l’eccezionalità dei casi limite, considera – per così dire – la normalità delle situazioni”.

intorno al carattere basilare della salute come bene dell'individuo e della collettività, che il fenomeno migratorio pone in particolare evidenza nei suoi aspetti relazionali, perché, tra l'altro, è la stessa immigrazione a mettere in relazione persone e culture diverse, a giustapporre alla cultura occidentale della salute, più orientata verso il singolo e la sua soggettività individuale, una cultura maggiormente incentrata sulla dimensione comunitaria.

Il parere poi sviluppa alcune considerazioni basilari, che possono essere così sinteticamente riassunte:

a) innanzitutto vengono rimarcati un dato e un aspetto tanto rilevanti quanto spesso ignorati, circa le conseguenze psicologiche delle vicende che portano i migranti in Italia, spesso costretti a subire violenze e altre forme di maltrattamento. Il problema della salute, in altre parole, si presenta frequentemente, riguardo ai migranti appena giunti sul territorio nazionale e durante la loro prima permanenza, sotto il profilo della salute mentale o psicologica, che pure è inclusa nel concetto di salute, ma che di solito non è oggetto di attenzione. Uno sguardo particolare è rivolto alle persone, come donne e bambini, che si trovano in condizioni di particolare vulnerabilità (paragrafo 3);

b) quanto alla salute fisica, sebbene i dati epidemiologici non siano particolarmente preoccupanti, va ricordato che una ospitalità del migrante in termini di tutela della sua salute non può essere disgiunta dall'affermazione di un principio di solidarietà operante anche in senso inverso, ossia quale fonte di doveri per lo stesso migrante di partecipare alle forme essenziali di tutela della salute collettiva, sottoponendosi a quelle indagini diagnostiche e a quelle profilassi che sono indispensabili per tenere sotto controllo ed estinguere eventuali focolai di epidemia;

c) infine, una riflessione è dedicata alla relazione di cura e alla necessità che questa si sviluppi in un'ottica interculturale (paragrafo 4), senza per questo rinunciare a una comprensione della salute compatibile con il servizio pubblico e con la sua salvaguardia, il più possibile ampia. Il difficile equilibrio si dà proprio assicurando un'attenzione rispettosa verso le persone e le loro identità culturali e assicurando altresì quella conquista di civiltà rappresentata dal valore della tutela della salute, che il nostro paese, già per il fatto di essere paese ospitante, ha diritto e interesse a garantire.

L'intero percorso si sviluppa all'interno di una prospettiva bioetica ben precisa, nella quale la salute rappresenta un bene basilare della persona e che quindi può e deve essere tutelata nei confronti di chiunque si trovi nel nostro territorio; la salvaguardia e lo sviluppo di tale bene richiedono un intervento attivo e una rinnovata assunzione di responsabilità, sia da parte dei medici e del personale sanitario che dell'intera società, evitando qualsiasi tipo di discriminazione, di genere, culturale, politica o religiosa che sia, e riproponendo quindi nella sua rinnovata attualità il valore universalistico e umanistico della tradizione etica medica.

1. Il fenomeno migratorio in Italia e le condizioni generali di salute

1.1. Dati socio-demografici generali

Secondo i più recenti dati elaborati e pubblicati dall'ISTAT, gli stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2017 sono 5 milioni 29mila. Essi costituiscono l'8,3% del totale dei residenti in Italia. Alla stessa data, si registrano in Italia

2.425.000 famiglie con almeno un componente straniero. Tre quarti di queste sono composte esclusivamente da stranieri. Nel 2016 i nati da cittadine straniere sono stati 92mila (il 2,2% in meno dell'anno precedente). Di questi, 61mila sono quelli avuti con partner straniero, 31mila quelli con partner italiano. Nel 2016, dunque, i nuovi nati da genitori entrambi stranieri (61.000) sono circa un settimo di tutte le nascite dell'anno e un nato su cinque ha una madre straniera. Secondo i dati riferiti al 2015, gli stranieri non comunitari regolarmente presenti in Italia sono quasi 4 milioni, con un aumento di 55 mila unità rispetto al 2014. Il flusso di nuovi ingressi di cittadini non comunitari verso il nostro Paese è in flessione dal 2014. Nel corso del 2015 sono stati rilasciati 238.936 permessi, con una diminuzione del 3,8% rispetto all'anno precedente.

Il tasso di disoccupazione degli stranieri (all'incirca il 17%) è in diminuzione, ma continua ad essere superiore rispetto a quello degli italiani (circa il 12%).

Il grado di istruzione degli stranieri è di poco inferiore a quello degli italiani: tra gli stranieri di età compresa tra 15 e 65 anni quasi la metà ha al massimo la licenza media, il 40,1% ha un diploma di scuola superiore e il 10,1% una laurea (contro il 15,5% tra gli italiani). Il 72,7% degli stranieri minorenni sono nati in Italia.

Per quanto concerne la provenienza geografica, sono disponibili dati sufficientemente precisi sui residenti e sui richiedenti soggiorno stranieri (per tempi di varia durata), mentre è più difficile monitorare i migranti di passaggio e i richiedenti asilo. Più precisamente coloro che nel 2015 hanno chiesto il permesso di soggiorno provengono prevalentemente da Africa Occidentale (21,8%), Asia Meridionale (19,6%), Europa (19,2%). Le prime dieci collettività straniere presenti in Italia sono le seguenti: Romania 22,9%, Albania 9,3%, Marocco 8,7%, Cina 5,4%, Ucraina 4,6%, Filippine 3,3%, India 3,0%, Moldavia 2,8%, Bangladesh 2,4%, Egitto 2,2%.

Secondo i dati del Ministero dell'Interno,⁶ nel 2016 in Italia sono sbarcate soprattutto persone provenienti dall'Africa, in particolare da Nigeria (21%), Eritrea (11%), Guinea (7%), Costa d'Avorio (7%), Gambia (7%), Senegal (6%), Mali (6%), Sudan (5%), Somalia (4%) oltre a Bangladesh (4%). Nei primi sei mesi del 2017, le nazionalità dichiarate al momento dello sbarco risultano essere all'incirca le medesime in termini percentuali, con alcune variazioni (per esempio è in forte aumento il numero di migranti dal Bangladesh). In Europa, nel 2016 i paesi di provenienza più rappresentati sono stati Siria (23%), Afghanistan (12%) e Nigeria (10%). Tuttavia, il numero di migranti provenienti da Siria e Afghanistan è nettamente diminuito nel corso dell'anno, dal momento che in precedenza essi generalmente entravano in Europa tramite la Grecia, dove invece ora è assai più difficile arrivare.

Può essere interessante anche considerare l'appartenenza religiosa, per lo meno tenendo conto delle stime riferite ai residenti e ai richiedenti il permesso di soggiorno; essa risulta essere così distribuita: cristiani 53,8%, musulmani 32,2%, afferenti a tradizioni religiose orientali 6,7%, altri 1,7 (e il 4,4% comprende coloro che si definiscono atei/agnostici).

Infine alcuni dati di carattere economico. I contribuenti stranieri, a prescindere dalla loro provenienza e dalle modalità con le quali sono giunti nel

⁶ Consultabili presso www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/statistica/cruscotto-statistico-giornaliero.

nostro paese, sono circa 3,5 milioni, l'8,7% del totale dei contribuenti. Essi hanno dichiarato nel 2015 (anno d'imposta 2014) redditi per 46,6 miliardi, versando 6,8 miliardi di imposta Irpef (il 4,5% su un totale di 151,2 miliardi). Da notare anche che i contributi pensionistici versati sempre nel 2014 ammontano a 10,9 miliardi (il 5% del totale).⁷ Nonostante una diffusa percezione negativa da parte dell'opinione pubblica, da questi e altri dati riguardanti le entrate pubbliche prodotte dalla presenza straniera, quali l'Imposta sui consumi, l'Imposta sui carburanti, le Tasse sui permessi di soggiorno e cittadinanza, oltre ai già citati Irpef e contributi previdenziali, emerge come il peso sulla spesa pubblica dell'immigrazione regolare non sia particolarmente elevato, con un saldo attivo finale che si attesta tra 1,8 e 2,2 miliardi, a seconda che si utilizzi il metodo del calcolo marginale o quello del costo standard;⁸ minore è infatti l'incidenza sulla spesa pubblica pensionistica e sanitaria da parte degli stranieri rispetto alla componente italiana, e ciò si spiega sia per la composizione demografica (è una popolazione mediamente più giovane e in età lavorativa), sia, a parità di condizioni d'età, per un minor consumo di farmaci e un più basso accesso a prestazioni mediche specialistiche.

Ovviamente vi sono poi i costi, enormi, dettati soprattutto negli ultimi anni dall'emergenza degli sbarchi e concernenti le spese per il salvataggio e per l'allestimento delle diverse strutture di accoglienza. Al riguardo, nel *Documento di Economia e Finanza 2017* del Ministero dell'Economia e delle Finanze⁹, viene spiegato con estrema chiarezza, che "il deciso incremento dei flussi e delle presenze a fine 2016 si riflette nei dati oggi disponibili, che aggiornano al rialzo le stime presentate nel Documento Programmatico di Bilancio. In base ai dati attuali, le operazioni di soccorso, assistenza sanitaria, alloggio e istruzione per i minori non accompagnati sono, al netto dei contributi dell'UE, pari a 3,6 miliardi (0,22 per cento del PIL) nel 2016 e previste pari a 4,2 miliardi (0,25 per cento del PIL) nel 2017, in uno scenario stazionario. Se l'afflusso di persone dovesse continuare a crescere la spesa potrebbe salire nel 2017 fino a 4,6 miliardi (0,27 per cento del PIL)".¹⁰ Naturalmente di questa cifra solo una parte, presumibilmente meno della metà del 13%, sarebbe riservata a spese di assistenza sanitaria, a fronte di quanto destinato al soccorso in mare (18,8%) e all'accoglienza (68,2%).¹¹

1.2. L'accesso ai servizi sanitari e lo stato di salute

Dall'indagine ISTAT su "Condizione e integrazione dei cittadini stranieri", condotta negli anni 2011 e 2012, si stima che il 10,5% della popolazione

⁷ R. GAROFOLI, *L'impatto fiscale dell'immigrazione in Italia*, in *Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione 2016*, a cura della Fondazione Leone Moressa, Il Mulino, Bologna 2016, pp. 209 ss.

⁸ Cfr. A. STUPPINI, *L'impatto economico e fiscale dell'immigrazione*, in *Dossier Statistico Immigrazione 2016* (IDOS), a cura della Fondazione Leone Moressa, Il Mulino, Bologna 2016, pp. 315-323; *Rapporto sull'accoglienza di migranti e rifugiati in Italia. Aspetti, procedure, problemi*, gruppo di studio coordinato da A. GOLINI, Ministero dell'Interno, 15.10.2015, pp. 49-55.

⁹ Deliberato dal Consiglio dei Ministri l'11 Aprile 2017: www.dt.tesoro.it/modules/documenti_it/analisi_progammazione/documenti_programmatici/def_2017/Sez.1_-_Programma_di_Stabilita_2017.pdf; si veda la sezione III.2: "Emergenza migranti, sicurezza e salvaguardia del territorio - Costi eccezionali per il soccorso e l'accoglienza dei migranti", pp. 40-47.

¹⁰ Ivi, p. 47.

¹¹ Ivi, p. 45, tavola III. 2., da cui risulta che il 13% riguarderebbe la voce "Sanità e istruzione".

straniera residente, di età compresa tra 18 e 64 anni, effettui visite mediche in assenza di disturbi e sintomi (mediamente in un mese). La prevalenza è lievemente inferiore rispetto alla popolazione italiana, che è del 15%. Il rapporto si inverte se si considerano i ricoveri in urgenza: le persone provenienti da Paesi definiti a “Forte Pressione Migratoria” (PFPM)¹² vi fanno ricorso in modo significativamente più consistente rispetto alla popolazione italiana.

Nel 2013, si sono registrati circa 543 mila ricoveri di cittadini stranieri, pari al 5,7% dell’ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese. Le forti differenze dell’ospedalizzazione tra le varie Regioni riflettono la diversa distribuzione dei cittadini stranieri nel territorio. Il ricorso degli immigrati ai servizi di ospedalizzazione, se si escludono i ricoveri legati a gravidanza e parto e ai traumatismi, è inferiore rispetto agli italiani.

Il ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza ha ancora dimensioni molto rilevanti: il 34% delle donne che ricorrono all’interruzione volontaria di gravidanza in Italia sono straniere. Il tasso di abortività delle donne straniere è del 19 per 1000, cioè tre volte maggiore rispetto alle donne italiane (e quattro volte per le più giovani), il che rende necessaria una corretta informativa sulle modalità per evitare una gravidanza indesiderata, coerenti con la propria visione religiosa e morale.

I dati sulla salute della popolazione immigrata irregolare sono frammentari a causa della natura del fenomeno, elusivo e dinamico, e meriterebbero sicuramente maggiore attenzione ed approfondimenti dal nostro apparato amministrativo-contabile governativo, in modo da poter fotografare la quantità di risorse pubbliche assorbite, e chiederne il rimborso alle rispettive ambasciate presenti in Italia, o alle autorità internazionali, cui attualmente non è possibile rivolgersi proprio per l’assoluta assenza di dati precisi contabili misuratori del fenomeno. Sono invece più affidabili quelli riguardanti la popolazione immigrata regolare¹³.

Guardando alla gran parte delle storie personali di migrazione, passate e presenti, si può affermare in generale che, superata la prima fase di stress fisico provocato dalle pesanti condizioni di viaggio, lo stato di salute degli immigrati al loro arrivo sia sostanzialmente buono, per lo meno se lo si considera in base all’assenza di patologie organiche o infettive. A tale proposito si è parlato di “effetto migrante sano”¹⁴, che può trovare una

¹² Si definiscono “A Forte Pressione Migratoria” i Paesi dell’Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all’Unione Europea) e Malta, i Paesi dell’Africa, dell’Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell’America centro-meridionale e dell’Oceania (con esclusione di Australia e Nuova Zelanda). Si consideri poi che la gran parte dei ricoveri ospedalieri (93,1%) degli immigrati in Italia provengono dai cosiddetti PFPM.

¹³ T. SPADEA, T. DALLA ZUANNA, L. MONDO, R. RUSCIANI, *Le nuove migrazioni dai paesi poveri*, in G. COSTA, M. STROSCIA, N. ZENGARINI, M. DEMARIA, *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Inferenze, Milano 2017, pp. 270-274, in http://www.epiprev.it/materiali/2017/Torino_40_anni/40anni_singole.pdf.

Più in generale, ricchi di dati e informazioni sono gli atti dei vari congressi della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), che dal 1990 monitora l’impegno, anche clinico e di studio, di tanti gruppi, enti e associazioni, impegnati nel campo dell’immigrazione, regolare e non (www.simmweb.it). Si veda anche il documento *Immigrazione e salute: linee per interventi mirati sui migranti in arrivo con i recenti flussi migratori*, della Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità, soprattutto al paragrafo 2 (Il profilo di salute degli immigrati) e 2.1. (I dati epidemiologici).

¹⁴ O. RAZUM et al., *The ‘Healthy Migrant Effect’ – Not Merely a Fallacy of Inaccurate Denominator Figures*, in “International Journal of Epidemiology”, 2000, 29, pp. 191-192.

plausibile spiegazione nel fatto che chi arriva è passato attraverso una sorta di processo di selezione. Nel tempo questo effetto positivo tende a ridimensionarsi e alla lunga può persino svanire del tutto, dando vita a quello che è stato definito “effetto migrante esausto”¹⁵: una alimentazione carente o inadeguata, il ricovero in alloggi malsani e di fortuna, il cambio radicale di stili di vita, con l’assunzione di comportamenti a rischio, l’essere soggetto a discriminazioni, razziali e non, le difficoltà di comprensione linguistica e culturale contribuiscono a un drastico peggioramento delle condizioni complessive di salute. A ciò si aggiunge, di frequente, la riluttanza ad avvicinare i servizi sanitari; tale riluttanza può a sua volta derivare dalla difficoltà, a causa anche del background culturale d’origine o di un livello d’istruzione molto basso, di orientarsi nell’insieme di norme e strutture che regolano le prestazioni dei servizi sanitari oppure, nel caso della componente senza permesso di soggiorno, dal timore legato allo status giuridico irregolare.

1.3 Focus sulle malattie infettive

Solitamente si ritiene che le malattie maggiormente frequenti tra gli immigrati siano quelle infettive. In realtà si tratta di una rappresentazione senz’altro sovradimensionata, che non di rado dà adito a paure e a stigmatizzazioni ingiustificate. È vero che in Italia, negli ultimi anni, il numero di casi di tubercolosi in persone nate all’estero è aumentato (da circa il 37% al 58% del totale dei casi notificati, considerando l’arco temporale dal 2003 al 2012), ma ciò è avvenuto parallelamente all’incremento della numerosità degli immigrati. Se si analizza l’incidenza di casi di tubercolosi notificati relativi a persone nate all’estero rispetto alla popolazione residente straniera, si osserva un forte decremento: l’incidenza tra gli stranieri è quasi dimezzata, a fronte di una sostanziale stabilità dell’incidenza nel complesso della popolazione. In altri termini, il numero dei casi di tubercolosi nei migranti aumenta molto meno del loro incremento numerico.

Molti immigrati provengono da Paesi in cui la prevalenza dell’infezione con HIV (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita, AIDS) è particolarmente elevata. L’incidenza dell’infezione tra la popolazione straniera residente in Italia risulta quasi quattro volte superiore rispetto alla popolazione italiana (seppur con una diminuzione del numero assoluto dei casi): anche in questo caso l’incidenza è in progressivo calo. Per quanto riguarda le epatiti virali, i dati indicano un eccesso di rischio tra gli stranieri soprattutto per l’epatite B, mentre non sembrano esserci differenze significative tra italiani e stranieri residenti per quanto riguarda le epatiti A e C.

Scabbia e infezioni cutanee sono tipiche di fasce sociali svantaggiate, di individui senza fissa dimora, di persone con grave disabilità psichiatriche e di comunità chiuse. La scarsa igiene personale e il sovraffollamento abitativo sono i primi fattori di rischio per il contagio. È del tutto improprio quindi parlare di fattori etnici o geografici predisponenti¹⁶. La scabbia, inoltre, anche se molto contagiosa, è una patologia che se correttamente diagnosticata si risolve in breve tempo con terapia mirata, e ciò va sottolineato se non altro per

¹⁵ P. BOLLINI, H. SIEM, *No Real Progress Towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000*, in “Society Science & Medicine”, 1995, 41, pp. 819-828.

¹⁶ Si veda il già citato documento della Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità, al paragrafo 4 su “Allarmismi e falsi miti”.

ridimensionare molti messaggi volti a ingenerare nell'opinione pubblica paure del tutto spropositate rispetto all'effettiva realtà di rischio. D'altra parte, se una maggiore informazione può evitare pregiudizi, è opportuno altresì rassicurare la popolazione che anche i migranti sono chiamati a corrispondere al dovere di solidarietà verso la salute collettiva, sottoponendosi a diagnosi e monitoraggi, da condurre sempre nel rispetto della loro persona, necessari a prevenire o controllare eventuali focolai di malattie infettive.

Si stima infine che la copertura vaccinale anti-influenzale tra gli immigrati a rischio di complicanze (anziani e individui affetti da determinate patologie croniche) nella stagione 2012-2013 sia stata del 16,9%, contro il 40,2% dei cittadini italiani. Da ricordare infine che l'art. 35 del Testo Unico (D. Lgs. n. 286/1998) stabilisce che siano assicurate le vaccinazioni anche ai cittadini stranieri non in regola con le norme concernenti l'ingresso e il soggiorno nel nostro paese.

1.4. Il disagio mentale: le “ferite invisibili”

Nel guardare al rapporto tra salute e immigrazione va sottolineata, a questo punto, l'importanza cruciale, ai fini di un qualsivoglia progetto di integrazione, di un aspetto fino ad oggi gravemente sottovalutato: quello della preoccupante diffusione del disagio mentale e di fenomeni psicopatologici, che possono esprimersi a vari livelli di gravità e complessità, fra la popolazione dei migranti. Secondo l'epidemiologo James Kirkbride, dell'University College di Londra, si tratterebbe di una tragedia scandalosamente ignorata: una tale sottovalutazione del fenomeno non avrebbe luogo, invece, se vi fosse un'epidemia riguardante la salute fisica¹⁷. Nonostante le molte evidenze scientifiche in materia e l'ampia letteratura sul tema, nel nostro paese, come peraltro in buona parte del resto d'Europa, gli interventi in proposito sono ancora frammentari e spesso di tipo solo emergenziale. Al contempo si deve anche riconoscere che non mancano gli esempi di “buone pratiche”, da prendere a modello per una futura gestione strutturale del fenomeno. Non poche sono, infatti, le organizzazioni, più o meno istituzionalizzate, che negli ultimi anni si sono impegnate, in sinergia con le strutture sanitarie locali, a fornire supporto e assistenza agli immigrati anche sul piano della salute mentale, riconoscendone le molteplici “ferite invisibili”¹⁸. Questi sforzi congiunti, benché meritori, sono però rivolti a un numero ristretto di beneficiari, rispetto all'ampiezza del fenomeno, e anche in questo caso sono presenti solo in alcune aree del territorio nazionale. Va segnalato inoltre che il Ministero della Salute, con il varo di “Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello *status* di rifugiato e dello *status* di protezione sussidiaria che

¹⁷ Citato in A. ABBOTT, *The Troubled Minds of Migrants. The Refugees and Migrants Surging into Europe are Suffering Very High Levels of Psychiatric Disorders. Researchers are Struggling to Help*, in “Nature”, vol. 538, 13 ottobre 2016.

¹⁸ Fra queste: la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM); il Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR), costituito dalla rete degli enti locali che accedono ai finanziamenti del Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo; l'Associazione Centro Astalli che cogestisce il progetto *SAMIFO*, servizio *Salute Migranti Forzati*; l'Associazione Umanitaria Medici contro la Tortura; i centri della Caritas; l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP); il Consiglio Italiano per i Rifugiati Onlus (CIR) che gestisce il progetto *VI.TO. Kairos – Accoglienza e Cura delle Vittime di Tortura*.

hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”¹⁹, ha inteso rimodulare i servizi del SSN, per rispondere più adeguatamente ai complessi bisogni di salute, fisica e psicologia, delle componenti più vulnerabili e fragili della popolazione migrante.

Entrando più nel merito del problema, di recente Medici Senza Frontiere ha pubblicato un Report, dal titolo *Traumi Ignorati*²⁰, che nasce da uno studio sui bisogni di salute mentale dei richiedenti asilo residenti nei Centri di Accoglienza Straordinaria e sulle loro possibilità di accesso ai servizi territoriali. Più in particolare, la base di partenza per individuare l’entità delle problematiche e i potenziali fattori che le influenzano è stata fornita da un’indagine, sempre a cura di MSF, condotta fra i richiedenti asilo ospiti nei CAS (*Centri di accoglienza straordinaria*) della Provincia di Ragusa tramite interviste, seguite da attività di supporto psicologico²¹.

Pur nella consapevolezza che il numero dei pazienti intervistati e successivamente presi in carico è relativamente esiguo, il Report fornisce dati in linea con le evidenze epidemiologiche presenti nella letteratura in materia, evidenziando come almeno il 60% dei soggetti coinvolti presenti sintomi di disagio mentale - disturbi post-traumatici da stress, disturbi della personalità e di carattere cognitivo, stati di ansia, episodi depressivi, ecc. - associati a violenze subite in passato e/o alle condizioni di vita nei Centri di accoglienza (isolamento, inattività, attesa e incertezza del futuro). Come in altre indagini su questi aspetti, anche nel Report si distinguono tre distinte fasi migratorie ognuna delle quali è segnata da esperienze dolorose, spesso traumatiche - detenzioni arbitrarie, torture, ripetute violenze sessuali - che incidono fortemente sullo stato di salute, fisica e psichica: 1) la situazione che precede la partenza dal paese di origine, 2) l’esperienza della migrazione e del viaggio, 3) l’arrivo e le condizioni di vita successive al periodo migratorio, che, a loro volta, possono far riemergere traumi passati. Sotto questo profilo la fase post-migratoria acquista un’importanza crescente, perché improvvisamente queste

¹⁹ Ministero della Salute, Decreto 3 aprile 2017 (GU, Serie Generale n. 95 del 24.04.2017). Per una illustrazione delle diverse iniziative promosse sul territorio italiano sul tema della salute mentale si veda il rapporto *Immigrazione e salute mentale nell’Italia del 2016*, a cura di Caritas Italiana e Fondazione Migrantes (testo elaborato dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, con contributi di M. Mazzetti, M. Aragona, M. C. Monti), in http://viedifuga.org/wp-content/uploads/2016/11/05_Immigr_e_sal_mentale_It_2016.pdf.

Si veda, inoltre, M. ARAGONA, S. GERACI, M. MAZZETTI (a cura di), *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e violenza: strategie di cura*, Pendragon, Bologna 2014.

²⁰ Cfr. http://archivio.medicisenzafrontiere.it/pdf/Rapp_Traumi_Ignorati_140716B.pdf.

L’analisi complessiva è stata condotta nelle Province di Milano, Roma e Trapani, scelte per il rilevante numero di centri di accoglienza presenti. Il Report è stato presentato in varie sedi istituzionali e avuto risonanza anche sulla stampa nazionale.

²¹ In questa fase dello studio (da ottobre 2014 a dicembre 2015) “la più ampia gamma possibile di partecipanti è stata inclusa per garantire che le voci di persone di diverse etnie e aree geografiche fossero rappresentate. Lo strumento di rilevazione è stato strutturato in maniera tale da raccogliere informazioni sulle caratteristiche dei migranti presenti all’interno dei CAS, sia nella fase iniziale di screening globale sia nella fase successiva di selezione e presa in carico degli individui bisognosi di supporto psicologico. In entrambe le fasi sono state raccolte informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche degli individui, sulla durata del viaggio, sulla data di arrivo in Italia, sui potenziali eventi traumatici subiti”. Il 37,7% degli intervistati ha dichiarato di aver subito eventi traumatici prima del percorso migratorio (membro della famiglia ucciso/rapito/detenuto, rischio di vita, violenza fisica, coinvolgimento in combattimenti ...) o durante il viaggio (situazioni di combattimento, membri della famiglia rapiti/incarcerati, violenza sessuale, tortura, detenzione, rapimento, lavoro forzato, morte di figli, familiari, amici, compagni annegati, asfissati o per lesioni da gasolio ...).

persone si rendono conto di avere perso tutto, di non avere più alcun controllo sugli aspetti rilevanti della propria vita e nessuno status sociale²². Se questo disagio non viene prontamente intercettato nella prima accoglienza, e manca un piano per identificare i fattori di rischio specifici su cui calibrare approcci adeguati di supporto psicologico, lo stato di salute di questa popolazione di migranti più fragili può peggiorare, rendendo sempre più difficile la progettazione di percorsi di riabilitazione volti ad agevolarne l'inserimento sociale.

Chi ha vissuto queste esperienze devastanti delle ripetute violenze e della tortura risulta molto più esposto a sviluppare un cambiamento della personalità e a manifestare sintomi da Disturbo Post-traumatico da Stress, uno stato psichico caratterizzato da "intrusioni diurne e notturne (ricordi e incubi angoscianti del trauma subito) con associate reazioni emotive e fisiche, disturbi del sonno, della memoria, dell'attenzione e della concentrazione"²³, di fronte ai quali il soggetto interessato si trova in condizione di assoluta impotenza.

Il dolore di queste ferite può rivelarsi così distruttivo e incontenibile da mettere a rischio la stessa possibilità di cura e riabilitazione perché la violenza perpetrata dall'uomo su un altro essere umano può annientare tutte le difese, intaccare gravemente la personalità e provocare una totale perdita di fiducia in se stessi e nel genere umano nel suo complesso. Se a tutto questo si aggiungono le difficoltà, che persone così provate incontrano nell'adattamento alle condizioni di vita dei centri di accoglienza e, più in generale del paese ospitante, si può capire quanto siano complessi i bisogni di aiuto, accettazione e protezione di questi migranti forzati. Le vittime di eventi disumani e degradanti dovrebbero pertanto essere subito prese in carico da team multidisciplinari (medici, psichiatri, psicologi, operatori socio-sanitari, mediatori culturali, ecc.), con una preparazione specifica, capaci di prospettare e mettere in atto percorsi finalizzati alla ricostruzione delle identità lese dalla tortura, nonché del senso della propria esistenza, della fiducia negli altri e nei rapporti umani. E questo andrebbe fatto con la consapevolezza che agli operatori coinvolti in simili attività si richiede di instaurare con le vittime di trattamenti degradanti e torture una relazione "estremamente complessa, esigente e emotivamente intensa", la quale può a sua volta esporre a traumi "vicari"; ne discende la necessità che gli operatori che accettano di impegnarsi in questo tipo di percorso terapeutico, inseriti all'interno di team multidisciplinari e seguendo un modello di intervento comunitario, non solo siano dotati di una solida preparazione professionale e disposti a seguire un'attività formativa continuativa, ma siano anche in grado di riconoscere in se stessi i sintomi di stress derivanti dalle proprie inevitabili reazioni emotive al

²² *The troubled minds of migrants*, cit.

²³ Così si legge a p. 29 del volume collettaneo *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e nei rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento*, SPRAR-Ministero dell'Interno, Anci, Cittalia 2010, che costituisce il testo di riferimento più esaustivo per questa parte del documento: vd. http://www.sprar.it/wp-content/uploads/2016/06/Le_dimensioni_del_disagio_mentale_-_Cittalia_2010.pdf. Alla luce di queste analisi, che riguardano le violenze perpetrate nei paesi d'origine o di transito del migrante, è necessario raccomandare un impegno ancora più forte nel contrastare le azioni di violenza che si compiono anche in Italia. Si veda al riguardo il *reportage* di L. TONDO and A. KELLIE, *Raped, Beaten, Exploited: the 21st-Century Slavery Propping up Sicilian Farming*, in "The Guardian", 12 March 2017, <https://www.theguardian.com/global-development/2017/mar/12/slavery-sicily-farming-raped-beaten-exploited-romanian-women>.

prolungato ascolto di racconti drammatici e terribili, di storie di estrema sofferenza causate dalle violenze intenzionali subite e da perdite multiple.

2. Il diritto alla salute: profili giuridici

2.1. Inquadramento generale

La concezione contemporanea di salute è caratterizzata da ampiezza e complessità, caratteri di cui è necessario tener conto nel trattarne in riferimento al fenomeno migratorio. Dal punto di vista del suo contenuto, anzitutto, è molto nota la definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 1948, secondo la quale essa è «uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale», e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità. Una formulazione così ampia di salute impedisce, però, di farne il contenuto di un diritto fondamentale, il quale non potrebbe essere direttamente garantito in termini così ampi nemmeno ai soli cittadini.

Un secondo profilo di complessità della salute, infatti, riguarda il perimetro e la profondità con cui l'ordinamento la garantisce. In questo senso, si può parlare di diritto alla salute sia in termini positivi, ossia come diritto individuale e sociale di ricevere una prestazione medica o sanitaria specifica, che può essere a sua volta essenziale o accessoria, sia in termini negativi come tutela individuale coordinata col principio di libertà personale (da tortura o da trattamenti inumani e degradanti, da cure non volute, da sperimentazioni cliniche). Nella Costituzione italiana la salute è tutelata nell'ambito dei rapporti etico-sociali, dove è posta in una fruttuosa relazione col principio di solidarietà, nel senso che essa viene riconosciuta come diritto fondamentale dell'individuo, oltre che come interesse della collettività. La solidarietà viene quindi declinata in entrambe le direzioni: come solidarietà verso le persone bisognose di cure, ma anche come solidarietà di ciascuno verso le esigenze della salute pubblica. Infatti, al secondo comma dell'art. 32 Cost. è riconosciuta la possibilità della previsione legale di trattamenti sanitari obbligatori, come ad esempio le vaccinazioni, rivolti anche alla tutela della salute collettiva e sempre che tali obblighi siano rispettosi delle persone umane coinvolte.

A seconda del contenuto, più o meno ampio, assunto dal diritto alla salute, quindi, l'ordinamento ne riconosce la tutela in termini più o meno intensi. E tale intensità è condizionata da esigenze di contenimento dei costi e di bilanciamento con altri interessi rilevanti che possono talvolta collegarsi anche alla specifica condizione giuridica (lo status) in cui versa la persona straniera.

In termini di diritto di libertà da trattamenti degradanti o da trattamenti sanitari non voluti, ad esempio, lo status di cittadino o di straniero non assume alcun rilievo, essendo tali atti proibiti verso ogni persona a prescindere dal suo status. Nel momento in cui, invece, la persona straniera richieda al servizio sanitario un determinato trattamento, anche al fine di promuovere quello che può essere soggettivamente percepito come uno stato di salute, l'ordinamento interviene in forma selettiva (a) permettendo ma non ponendo a carico del SSN trattamenti che non si considerano essenziali; (b) ponendo a carico del SSN trattamenti che si considerano viceversa essenziali.

Oltre a tali interventi (sub a e sub b), lo Stato può anche vietare trattamenti che si considerano pregiudizievoli per la salute. Nel 2006, ad esempio, l'Italia ha inserito nel Codice Penale l'art. 583 bis che punisce dai 4 ai 12 anni di

reclusione chiunque, in assenza di esigenze terapeutiche, provochi una mutilazione degli organi genitali femminili²⁴, benché tale fattispecie, in quanto lesione personale, anche in precedenza fosse ovviamente sanzionabile. Nonostante si tratti di una fattispecie penale applicabile a chiunque, a prescindere dallo status di cittadinanza o meno, tale reato è stato introdotto a seguito del rischio di diffusione della pratica dell'infibulazione introdotta in Italia da popolazioni africane, arabe e del sud-est asiatico. In questo senso, la tutela della dignità e dell'integrità psico-fisica della donna, e di ogni persona umana, costituisce un principio irrinunciabile, che non può essere misconosciuto o anche solo ridimensionato, con il pretesto del riconoscimento di differenze culturali. Va inoltre denunciata la perdurante assenza nel nostro ordinamento del reato di tortura, la cui introduzione permetterebbe di combattere con maggiore intensità le pratiche più odiose commesse nei confronti degli stranieri (e non solo).

In riferimento alle prestazioni mediche coperte dal SSN (sub b), i diversi Paesi, anche europei, presentano discipline differenziate. L'Italia, sulla base del riconoscimento costituzionale della salute come «diritto fondamentale dell'individuo» (art. 32), si distingue per riconoscere un ampio ventaglio di trattamenti gratuiti anche alle persone presenti illegalmente sul territorio. Anche lo straniero irregolare, così, ha diritto in Italia a tutte le prestazioni urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative; nel contempo, egli ha l'obbligo di partecipare ai doveri di solidarietà per la tutela della salute collettiva.

2.2. L'accesso ai servizi sanitari

La Costituzione italiana, e in particolare gli articoli 2 (in tema di diritti inviolabili), 3 (sul principio di eguaglianza) e 32 (che prevede il diritto fondamentale alla salute di ogni individuo), costituiscono il principale punto di riferimento in tema di salute degli immigrati.

La giurisprudenza costituzionale italiana ha disposto che per tutti gli stranieri, qualunque sia il loro status (cioè la rispettiva posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso ed il soggiorno nello Stato), si debba tutelare il nucleo irriducibile del diritto alla salute. La sentenza n. 252 del 2001 della Corte Costituzionale ha precisato che, se «il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è "costituzionalmente condizionato" dalle esigenze di bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti», in ogni caso deve sussistere «la garanzia di un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana»²⁵.

Tale approccio di forte garanzia della salute degli stranieri, anche irregolari, è specificato dall'art. 35 del Testo Unico (D. Lgs. n. 286/1998) dell'immigrazione che assicura loro sia le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, sia i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Lo stesso testo garantisce, in particolare: a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane; b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo

²⁴ Si fa riferimento a clitoridectomia, escissione, infibulazione e qualsiasi altra pratica che cagioni effetti dello stesso tipo.

²⁵ Si tratta di una sentenza cd. interpretativa di rigetto.

del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della 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 eventualmente la bonifica dei relativi focolai.

In ogni momento della presenza in Italia, e anche nel lasso di tempo intercorrente tra l’ingresso sul territorio nazionale e la presentazione della richiesta d’asilo, si applicano quindi allo straniero condizioni di accesso alle cure essenziali e continuative non differenziate rispetto a quelle assicurate al cittadino.

Dal momento della presentazione della richiesta d’asilo, il migrante ha il diritto/dovere di iscriversi al SSN. Tale iscrizione non è tuttavia automatica, essendo necessario che lo straniero presenti la relativa domanda all’azienda sanitaria del luogo di domicilio munito di permesso di soggiorno e codice fiscale²⁶. Recentemente il Ministero della salute ha emanato una nota che comunica alle Regioni una procedura concordata con l’Agenzia delle Entrate per accelerare la possibilità di iscrizione al Servizio Sanitario Regionale (SSR) attraverso un codice fiscale provvisorio.

Con l’iscrizione al SSN, lo straniero gode di una totale parità di trattamento, in diritti e doveri, rispetto ai cittadini italiani nell’assistenza sanitaria, inclusi la scelta del medico di base o del pediatra, l’accesso ai consultori familiari e ai dipartimenti di salute mentale, le prestazioni d’urgenza, l’accesso ai servizi di medicina legale, l’esenzione del ticket²⁷.

In riferimento ad una più ampia tendenza del diritto internazionale a riconoscere in termini paritari il diritto alle prestazioni fornite dal SSN, merita di essere ricordata una sentenza della Corte costituzionale (n. 306 del 2008), che ha riconosciuto l’indennità di accompagnamento a una cittadina albanese, regolarmente soggiornante in Italia da oltre sei anni, coniugata con due figlie e totalmente inabile al lavoro (in quanto in stato vegetativo a seguito di incidente stradale) e tuttavia priva della carta di soggiorno, per carenza dei requisiti di reddito²⁸. In tale decisione, in particolare, si è sostenuto che “tra le norme del diritto internazionale generalmente riconosciute rientrano quelle che, nel garantire i diritti fondamentali della persona indipendentemente dall’appartenenza a determinate entità politiche, vietano discriminazioni nei confronti degli stranieri, legittimamente soggiornanti nel territorio dello Stato”.

²⁶ Le condizioni di accesso alle prestazioni sanitarie dei richiedenti asilo dipendono infatti dall’iscrizione al SSN, cui i titolari di permesso per richiesta d’asilo hanno l’obbligo di iscriversi (art. 21 del D. Lgs. n. 142/2015 e art. 34 del D. Lgs. n. 286/1998).

²⁷ Art. 8, co. 16, della l. n. 537/1993 e successive modifiche. L’esenzione dal pagamento del ticket è inoltre prevista per i soggetti affetti da malattie croniche (D.M. n. 329/1999) e per i pazienti affetti da malattie rare (D.M. n. 279/2001). Le disposizioni relative all’esenzione dal pagamento del ticket per gli invalidi sono previste dal decreto ministeriale del 1° febbraio 1991. Le procedure e le modalità per richiedere l’esenzione sono state aggiornate dal decreto del Ministero della Salute del 23 novembre 2012, *Definizione del periodo minimo di validità dell’attestato di esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie*.

²⁸ La sentenza si occupa della distinzione tra stranieri lungosoggiornanti e stranieri con permesso di soggiorno. Il principio è comunque applicabile ad ogni straniero. La “Corte ritiene che sia manifestamente irragionevole subordinare l’attribuzione di una prestazione assistenziale quale l’indennità di accompagnamento – i cui presupposti sono... la totale disabilità al lavoro, nonché l’incapacità alla deambulazione autonoma o al compimento da soli degli atti quotidiani della vita – al possesso di un titolo di legittimazione alla permanenza del soggiorno in Italia che richiede per il suo rilascio, tra l’altro, la titolarità di un reddito.”

Da quanto esposto, risulta evidente come il diritto italiano, grazie al radicamento nella Costituzione e ad una decisa spinta da parte della Corte costituzionale, riconosce ad ogni persona, a prescindere dallo stato di regolarità o meno sul territorio nazionale, un ambito di tutela della salute particolarmente ampio, collegato alla tutela della dignità umana.

L'estensione della garanzia su tutto il territorio nazionale, tuttavia, è stata, e in parte ancora è, ostacolata da condizioni disomogenee di natura procedurale e amministrativa; condizioni su cui il Comitato vuole attirare l'attenzione, al fine di assicurare un pieno e effettivo godimento del diritto alla salute per tutti.

2.3. Le criticità del servizio sanitario italiano e la differente applicazione dell'Accordo Stato – Regioni del 20.12.2012.

Nelle definizioni delle politiche sanitarie riguardanti la salute degli immigrati, si può senz'altro sostenere che l'Accordo sottoscritto dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome il 20.12.2012 rappresenti un punto d'arrivo assai significativo volto a garantire la tutela del diritto alla salute anche per la popolazione straniera²⁹. Nell'Accordo vengono infatti enunciati alcuni importanti principi che prevedono, per esempio, l'iscrizione obbligatoria al SSN di una serie di soggetti: in primo luogo i minori stranieri, anche se figli di genitori irregolarmente presenti in Italia e privi del permesso di soggiorno, e poi i cittadini non comunitari che abbiano presentato domanda di regolarizzazione o emersione dal lavoro nero e che siano in attesa di definizione della pratica. L'Accordo prevede inoltre di assicurare le cure essenziali ancorché continuative agli stranieri temporaneamente presenti (STP), includendo tutte le prestazioni che assicurino il principio della continuità delle cure urgenti e la possibile risoluzione dell'evento morboso emerso; e ancora, tra le molte fattispecie considerate, si stabiliscono tra l'altro le modalità di rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure e di definizione dei criteri di esenzione per gli stessi STP, nonché l'equiparazione dei livelli assistenziali e organizzativi del codice STP al codice ENI (europeo non iscritto).

Purtroppo le potenzialità del testo sottoscritto a fine 2012 sono state solo in parte sfruttate, a causa anche di una forte disomogeneità nella recezione e nell'applicazione a livello territoriale dei suoi contenuti; a ciò si aggiungano iniziative volte a depotenziarne la portata innovativa, per esempio il rifiuto in alcuni casi di approntare le misure atte ad estendere la scelta del pediatra anche ai figli degli immigrati irregolari, così come stabilito dall'Accordo stesso e più recentemente dall'art. 14 della legge 47/2017, che prevede l'iscrizione al SSN dei minori in stato di abbandono. A tutt'oggi, secondo i dati forniti dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), solo tredici regioni e la Provincia Autonoma di Trento hanno provveduto al formale recepimento di quanto stabilito nel dicembre 2012, a cui però non necessariamente fa seguito una completa attuazione; altre regioni, pur in assenza di ratifica, lo applicano in parte. Il risultato finale è che ci si trova così di fronte a un'applicazione molto

²⁹ Il testo dell'accordo si trova in

http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038879_255%20csr%20-%205%20quater.pdf.

Per una visione più generale delle criticità, ma anche delle potenzialità, del SSN si veda il recente parere del CNB su *In difesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)*, 26 gennaio 2017.

disomogenea, a macchia di leopardo, delle concrete indicazioni previste dall'Accordo, a cominciare da quella concernente l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale (SSR) dei minori con genitori privi di permesso di soggiorno³⁰.

Tali difformità applicative, frutto spesso anche di difformità interpretative tra regione e regione della medesima normativa, non costituiscono certo la garanzia migliore per favorire la concreta possibilità di cura; è facile immaginare che farraginosità, carenze organizzative, burocratizzazione costituiscano dei seri ostacoli nell'accesso alle prestazioni sanitarie, specie da parte delle categorie più vulnerabili (minori, donne, anziani) della popolazione straniera, già di per sé vulnerabile. Categorie professionali, associazioni di volontariato, istituzioni locali sono chiamate ad uno sforzo di impegno comune per evitare che rigidità burocratiche e organizzative impediscano di rendere concretamente operative le indicazioni dell'Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome; ad un altro livello, si richiede un rafforzamento del ruolo di coordinamento e di indirizzo delle politiche sanitarie rivolte agli stranieri da parte del Ministero della Salute.

3. Condizioni di particolare vulnerabilità

3.1 Le diverse tipologie dei centri di accoglienza³¹

Il sistema di accoglienza per richiedenti asilo in Italia è molto complesso e costituito da strutture che nel tempo si sono affiancate e sovrapposte a quelle già presenti, in ottemperanza a normative italiane ed applicazioni di direttive europee prodotte in risposta agli sbarchi³².

Dopo il primo soccorso in mare, che già prevede un'assistenza sanitaria d'emergenza, i migranti vengono alloggiati in *Centri di primo soccorso ed assistenza* (CPSA) – strutture governative localizzate in prossimità dei luoghi di sbarco, dove la permanenza dura solo il tempo occorrente al loro trasferimento presso altri centri (indicativamente 24/48 ore). In questa fase detta di primo soccorso, è prevista una prima assistenza sanitaria e l'eventuale possibilità di trasferimento presso strutture ospedaliere. Altre strutture governative adibite sono i *Centri di accoglienza* (CDA), istituiti già nel 1995 ed ancora in vita, che garantiscono una prima accoglienza allo straniero non regolare, rintracciato sul territorio Italiano, per il tempo necessario

³⁰ S. GERACI, F. ARRIVI, V. PETTINICCHIO, G. CIVITELLI, *Minori diseguali: la legge, e il diritto all'assistenza sanitaria, non è uguale per tutti*, Comunicazione, in Atti dell'XVI Congresso Nazionale SIMM: *Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute*, Torino, 11/14 maggio 2016, Pendragon, Bologna 2016, p. 114.

³¹ Per le informazioni contenute in questo paragrafo si rinvia al già citato *Dossier Statistico Immigrazione 2016* (IDOS), e alle due edizioni, 2015 e 2016, del Rapporto sulla Protezione Internazionale in Italia, a cura di Anci, Caritas, Cittalia, Fondazione Migrantes, Sprar – Ministero dell'Interno, con la collaborazione dell'Agenzia delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR): vd.

http://www.interno.gov.it/sites/default/files/t31ede-rapp_prot_int_2015_-_rapporto.pdf

<http://www.anci.it/Contenuti/Allegati/Rapporto%20protezione%20internazionale%202016.pdf>.

Molto utile è anche la consultazione dei testi, e dei relativi link, curati da Salvatore Geraci e riportati all'interno del portale dell'Istituto Superiore di Sanità:

<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/Accoglienzaitalia2016.asp>

³² La normativa a cui si fa riferimento è principalmente l'Intesa tra il Governo, le Regioni e gli Enti Locali del 10 luglio 2014, e il DL 142 del 18 agosto 2015, in attuazione di varie direttive europee.

all'identificazione e all'accertamento riguardo alla regolarità della sua permanenza in Italia.

Al loro arrivo, i migranti in cattive condizioni di salute e che richiedono interventi urgenti hanno in genere problemi legati al viaggio (ipotermia, ustioni, traumatismi, gastroenteriti, epilessia) o problematiche ostetriche³³. La credenza, spesso fomentata a livello mediatico, che i migranti in arrivo in Italia portino malattie infettive da noi sotto controllo o scomparse, è stata smentita da sistemi di monitoraggio implementati in risposta all'emergenza. Il sistema di sorveglianza sindromica messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità ha lo scopo di segnalare rapidamente potenziali epidemie nei centri di accoglienza. In Sicilia, durante il periodo 1 marzo-31 agosto 2015, le uniche segnalazioni sono state per casi di malattie dermatologiche, come la scabbia, e qualche caso di morbillo e varicella³⁴.

Dopo la fase di primo soccorso, i migranti che fanno richiesta di protezione internazionale vengono trasferiti in strutture di prima accoglienza, ovvero centri Hub governativi su base regionale o interregionale. Per avere un'idea dei numeri, i migranti che nel 2016 hanno presentato richiesta d'asilo sono stati 123.600 e 83.970 sono state le richieste totali del 2015. Compongono il sistema di prima accoglienza ancora operativo i *Centri di accoglienza per richiedenti asilo* (CARA), centri per l'identificazione e l'avvio delle procedure relative alla protezione internazionale, anche se dovrebbero essere sostituiti nelle funzioni dagli Hub. La fase di prima accoglienza dovrebbe durare al massimo un mese, il tempo di perfezionare la richiesta d'asilo ed essere ricollocati nei centri di seconda accoglienza. I migranti che invece non fanno richiesta di protezione internazionale o non ne hanno i requisiti sono trattenuti nei *Centri di permanenza per il rimpatrio* (CPR), di recentissima istituzione³⁵ in sostituzione dei *Centri di identificazione ed espulsione* (CIE), in entrambi i casi previsti per evitare la dispersione sul territorio e consentire l'esecuzione del relativo provvedimento da parte delle Forze dell'Ordine³⁶ (vedi paragrafo 3.2).

Nei centri governativi (CPSA, CDA, CARA, CIE o CPR) gli enti gestori che hanno in appalto l'offerta dei servizi sono tenuti ad offrire un supporto sanitario, consistente in

- *screening medico d'ingresso e compilazione di una scheda sanitaria* per ciascun ospite, anche finalizzato ad una valutazione immediata del profilo psico-sociale, per individuare i soggetti particolarmente vulnerabili³⁷;
- *primo soccorso sanitario*, che prevede un presidio medico per le cure ambulatoriali urgenti, con la presenza di personale medico e paramedico;
- *eventuali trasferimenti presso strutture ospedaliere*.

³³ A. FIRENZE, V. RESTIVO, V. BONANNO, N. ALEO, S. PACE, M.G.L. MARSALA, M. PALERMO, *Stato di salute degli immigrati approdati sulle coste italiane*, in "Epidemiologia e Prevenzione", 2014, 38 (6) Suppl. 2, pp. 78-82.

³⁴ Cfr. <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/ReportSpeim.asp>.

³⁵ Dal DL 13 del 17 febbraio 2017.

³⁶ Informazioni in merito alla tipologia dei centri governativi, i riferimenti normativi e i requisiti a cui devono rispondere si trovano nel sito del Ministero dell'Interno, <http://www.interno.gov.it/it/temi/immigrazione-e-asilo/sistema-accoglienza-sul-territorio/centri-limmigrazione>.

³⁷ Va da sé che lo *screening* è giustificato esclusivamente da ragioni mediche, come del resto è previsto chiaramente dalle procedure adottate al riguardo nel nostro Paese. Non sarebbe invece giustificato bioeticamente uno *screening* finalizzato a rendere possibile l'espulsione (nel caso per esempio di malattie infettive).

Nell'ambito della valutazione medica all'ingresso, del primo soccorso e delle visite successive di accoglienza, è bioeticamente importante che:

- la valutazione medica iniziale dei migranti (anamnesi ecc.) sia fatta da medici che abbiano possibilmente una conoscenza epidemiologica delle patologie del paese di provenienza e sia basata su evidenze scientifiche di linee guida di Società mediche, finalizzate alla identificazione non solo delle malattie infettive/trasmissibili, a tutela quindi della salute pubblica del paese ospitante, ma anche della malattie non infettive/non trasmissibili, a tutela della salute individuale dei migranti;

- la valutazione medica, da condurre scrupolosamente secondo il principio del rispetto della persona umana e alla presenza di interpreti/mediatori culturali, sia accompagnata dalla rassicurazione che la visita ha finalità solo mediche, per non causare ulteriori condizioni di ansietà, e da informazioni di base sulle condizioni di salute (diagnosi, terapie, prevenzione), con accertamento della comprensione attraverso strumenti di *health literacy*;

- i risultati della valutazione medica vanno usati solo a fini sanitari di tutela della salute pubblica e individuale e non possono essere usati come ragione di espulsione³⁸.

Dai centri di prima accoglienza, i migranti in attesa di sapere l'esito della loro richiesta d'asilo vengono trasferiti in tutto il territorio italiano in centri di seconda accoglienza, che dovrebbero essere sempre strutture fornite dagli enti locali che aderiscono al *Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati* (SPRAR). Tali enti, utilizzando il Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo, garantiscono a livello territoriale interventi di "accoglienza integrata" e prevedono, oltre a vitto e alloggio, anche misure di informazione, accompagnamento, assistenza e orientamento, attraverso la costruzione di percorsi individuali di inserimento socio-economico³⁹.

Questo sistema non è riuscito però a colmare il bisogno di accoglienza che ha fatto seguito all'aumento dei flussi dal 2014. Per questo motivo sono stati istituiti un gran numero di *Centri di Accoglienza Straordinaria* (CAS), con lo scopo di supplire temporaneamente al sovraffollamento dei centri governativi ed alla congestione del sistema SPRAR. I centri vengono attivati tramite convenzione con la prefettura del territorio e dati in appalto a enti gestori locali. Con il proseguimento dei flussi il sistema si è sbilanciato, riempiendo i CAS, che dovrebbero essere "straordinari" e che invece sono oramai circa 3100 su tutto il territorio nazionale, ed ospitano il 73% dei richiedenti asilo, contro il 7% nei centri governativi e il 20% negli SPRAR⁴⁰. Al 31 gennaio 2017, i richiedenti asilo presenti sul territorio italiano erano 174.573. Tra le regioni, al primo posto per numero di presenze c'è la Lombardia con il 13%, seguita da Lazio, Campania, Piemonte, Sicilia e Veneto con circa l'8% delle presenze ciascuna.

Dopo aver formulato richiesta di protezione internazionale e umanitaria, i migranti hanno il diritto e il dovere di iscriversi al SSN, come già spiegato nel

³⁸ Cfr. le Linee guida *I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza*, 2017, Bozza per consultazione pubblica, a cura dell'Istituto Superiore di Sanità, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

³⁹ Informazioni sugli SPRAR: www.sprar.it e http://www.sprar.eu/images/SPRAR_-_Manuale_operativo_2015.pdf.

⁴⁰ Questi dati risalgono a dicembre 2015.

paragrafo 2.2, e possono accedere alle prestazioni sanitarie come i cittadini italiani, e in particolare ai servizi di prevenzione, che tutelano anche la salute collettiva, poiché si agisce per colmare l'afflusso di una popolazione con coperture vaccinali più basse di quelle italiane.

Pur valutando positivamente i passi avanti compiuti, con punte di eccellenza specie nel sistema SPRAR, e nonostante a livello normativo si garantisca l'accesso alle cure in tutte le fasi dell'accoglienza, sono ancora presenti numerose criticità, alcune anche con un impatto rilevante sulla salute:

- la rete creata è ancora insufficiente a fronte degli sbarchi. Questo porta, soprattutto in periodi di maggior afflusso (febbraio-luglio), a situazioni di sovraffollamento e di promiscuità, anche tra soggetti vulnerabili;

- c'è una presenza eccessiva di CAS, centri con una vocazione emergenziale ed assistenziale e non strutturata e programmatica, e per questo molto più limitati nel tipo di offerta e sostegno che possono dare ai propri ospiti. Questa assenza di programmazione, associata al sovraffollamento, alimenta il senso di insicurezza, i timori e i sentimenti xenofobi dei residenti in prossimità dei centri, specie gli Hub;

- l'assenza di una specifica normativa nazionale di regolamentazione dei CAS e la loro decentralizzazione alimentano una forte eterogeneità nei servizi erogati e rendono problematico il controllo sugli stessi come pure il controllo sull'uso delle risorse pubbliche ad essi destinate;

- la dipendenza delle strutture accoglienti dal Ministero dell'Interno, da una parte, e delle strutture sanitarie dal Ministero della Salute, dall'altra, fa sì che si abbiano delle difficoltà di programmazione e di collaborazione. Si assiste inoltre ad un aumento del carico di lavoro per le strutture sanitarie, a fronte di una sostanziale carenza del personale addetto e della mancanza di una formazione specifica per assistere il paziente straniero con storia di migrazione recente;

- il trasferimento multiplo e rapido dei richiedenti asilo da una struttura all'altra non è accompagnato da un sistema che permetta di tracciare i dati sanitari del singolo individuo. Così è possibile che alcune procedure vengano effettuate più volte sulla stessa persona, con dispendio di risorse e un notevole disagio per il paziente. Alcune soluzioni si stanno sperimentando per rispondere a questa esigenza, come la fornitura di una scheda sanitaria elettronica individuale,⁴¹ ma sono ancora in fase iniziale;

- la criticità, già rilevata al paragrafo 2.2, in merito all'eterogeneità di applicazione delle norme sanitarie a livello regionale, si ripercuote anche a livello di gestione dei servizi per i richiedenti asilo;

- infine, va assicurato un controllo rigoroso delle procedure e delle modalità di affidamento e di realizzazione dei servizi erogati dai centri di accoglienza e dati in gestione ad enti esterni.

⁴¹ Cfr. http://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2017/03/14/ansa-sanita-prime-tessere-sanitarie-digitali-a-342-migranti_966b599f-e1bb-4975-9253-15f9d75b2f6f.html. Si vedano inoltre: *International Organization for Migration. ReHealth project. Implementation of the PHR* e le relative informazioni in <http://re-health.eea.iom.int/implementation-phr-project>; *CARE Common Approach for Refugees and Other Migrants' Health. Monitoring of Migrant's & Refugee's Health Status*, in <http://careformigrants.eu/monitor-of-migrants-refugees-health-status/>.

3.2 *Gli immigrati irregolari e in transito*

Quando si parla dei migranti in arrivo alla frontiera italiana, un'attenzione particolare viene data a coloro i quali non avrebbero diritto alla protezione internazionale, e dunque dovrebbero essere respinti fin da subito. Una delle indicazioni della Commissione europea per arginare l'emergenza profughi è stata quella di istituire gli *Hotspot*, strutture realizzate nei paesi di primo arrivo in Europa, in cui poter distinguere, tra i migranti in arrivo, quelli bisognosi di protezione internazionale e quelli cosiddetti economici. A tale procedura dovrebbe poi seguire un ricollocamento nei paesi Europei dei migranti con diritto di protezione. Il progetto, stabilito nel maggio 2015, non ha mai funzionato per l'indisponibilità reale degli altri Paesi europei ad accogliere i ricollocamenti, per i rimpatri non attuabili a causa dei costi altissimi e dell'assenza di accordi con i paesi di provenienza e infine per la capienza ridotta dei centri a fronte dei numeri in arrivo. Queste criticità del sistema si uniscono poi alle condizioni di permanenza, del tutto inadeguate e poco dignitose, che si protraggono ben più delle 48 ore previste e a volte superano addirittura i 30 giorni, come denunciato dalla *Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani* del Senato, nel suo *Rapporto sui Centri di Identificazione ed Espulsione in Italia*⁴²; la conclusione di tale Rapporto è molto netta: "Il bilancio dell'approccio hotspot, [...] non può che considerarsi deficitario ed evidenziare un sostanziale fallimento del piano europeo: a fronte del raggiungimento di un tasso di identificazioni di oltre il 94%, non sono corrisposti risultati positivi in termini di persone ricollocate e persone rimpatriate. Alla fine di dicembre 2016, sono stati ricollocati dall'Italia in altri Stati membri solo 2.350 persone sul totale di 40.000 previste dal piano europeo."

Anche se gran preoccupazione è destata dai nuovi arrivi senza titolo di ingresso, per cui la pressione mediatica spingerebbe a chiudere le frontiere, la quota di migranti irregolari sul suolo italiano è prevalentemente data dagli *overstayers*, coloro che, entrati regolarmente, hanno visto d'ingresso o permesso di soggiorno scaduto e restano lo stesso.

Non è possibile avere dati certi sulle presenze di immigrati irregolari. Le stime dicono che fossero 350.000 nel 2014 e 404.000 nel 2015.⁴³ Guardando all'ultimo decennio le presenze irregolari in Italia sono in calo, basti pensare che gli stranieri irregolari intercettati nel 2015 sono stati 34.104, mentre erano 119.923 del 2005, probabilmente per effetto della crisi economica e della ridotta capacità attrattiva dell'Italia come luogo dove trovare lavoro e migliori condizioni di vita.

Come già descritto nel paragrafo 2.2, anche gli irregolari sul suolo italiano hanno diritto alle prestazioni urgenti ed essenziali, alla tutela della maternità e dell'infanzia e agli interventi per la tutela della salute collettiva. Resta il dubbio di quanto siano questi servizi in grado di intercettare e di colmare le necessità di salute di queste persone: è difficile avere informazioni certe su quanti siano

⁴² Riportato in http://www.asylumineurope.org/sites/default/files/resources/cie_rapporto_aggiornato_2_gennaio_2017.pdf.

⁴³ Questi e molti altri dati, in continuo aggiornamento, sono reperibili nel sito della *Fondazione ISMU - Iniziative e studi sulla multiethnicità*; si veda in particolare la sezione *Monitoraggio dell'immigrazione* (responsabile scientifico Gian Carlo Bianciardo), <http://www.ismu.org/monitoraggio-dell'immigrazione/>.

in totale e sulla loro salute, e la distinzione tra regolare ed irregolare è labile e soggetta a cambiamenti di status. Ciò che è certo è che spesso l'irregolarità accompagna situazioni di grande fragilità sociosanitaria: oltre alla precaria condizione lavorativa (essere disoccupati o lavorare in nero), molti irregolari sono senza fissa dimora, vittime di tratta e vittime di tortura. I pochi dati a disposizione provengono da alcuni dei centri che forniscono cure a queste categorie di migranti. Il poliambulatorio dell'INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà), a Roma, ha raccolto dati sugli accessi che ci sono stati dal 2008, circa 60.000, e sui ricoveri in ospedale.⁴⁴ Ciò che si riscontra è una sostanziale sovrapposizione al profilo di salute degli altri migranti, con un "effetto migrante sano", e problematiche ospedaliere legate principalmente alla salute materno-infantile, e traumatismi per gli uomini. Importante è sottolineare anche che la maggiore prevalenza di malattie infettive in questa categoria è contenuta, e ci sono rischi minimi di trasmissione alla popolazione ospite. Su questo profilo si inserisce però la maggiore esposizione a violenze e detenzione, il ridotto accesso ai servizi, e la condizione di povertà, che li rendono una categoria estremamente vulnerabile.

Qualche parola a parte meritano gli immigrati "transitanti", cioè coloro che attraversano l'Italia in condizione di irregolarità per raggiungere altri paesi Europei dove formulare richiesta d'asilo, alloggiando in insediamenti temporanei o in edifici occupati. Questa categoria è portatrice di bisogni sanitari impellenti e, di fatto, non è raggiunta dal sistema sanitario. Il tentativo, da parte di reti di organizzazioni governative e non governative, è quello di raggiungerli con equipe mediche itineranti che portino un'offerta attiva di salute, assicurando un'offerta sanitaria di base con mediazione culturale. INMP fornisce dati anche su questa attività: le 12.000 persone visitate in 2 anni sono soprattutto uomini giovani, e le condizioni riscontrate più frequentemente sono malattie dermatologiche (scabbia, pediculosi), e infezioni delle alte vie respiratorie. I casi di tubercolosi attiva diagnosticati si sono limitati a 2.

Di fronte a questa situazione, si possono formulare alcune considerazioni:

- queste categorie sono estremamente vulnerabili, ed è bene che si faccia il possibile per raggiungerle in modo attivo e per garantire loro la salute e, indirettamente, tutelare la collettività;
- vista la difficoltà di avvicinare tali persone, risulta di fondamentale importanza evitare di trasmettere il timore che il personale di soccorso possa denunciarne lo stato di irregolarità;
- vanno evitati gli allarmismi, anche perché il loro stato di salute è relativamente buono; va invece assicurata una sorveglianza epidemiologica;
- è importante che i servizi siano il più possibile attuati in ottemperanza alla normativa, omogenei, accessibili e forniti da personale adeguatamente formato, anche nel relazionarsi ad altre culture.

Infine, una parola meritano gli strumenti in atto per contrastare l'immigrazione irregolare. I migranti che rifiutano le procedure di identificazione, quelli a cui viene rifiutata definitivamente la richiesta d'asilo e

⁴⁴ Si veda l'intervento di Antonio Fortino su "Cosa sappiamo della salute degli irregolari", presentato al convegno dell'INMP su *Epidemiologia della salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT* (6.5.2016), <http://www.inmp.it/index.php/ita/Eventi/Eventi-INMP/Eventi-Nazionali/Epidemiologia-della-salute-della-popolazione-immigrata-in-Italia-evidenze-dalle-indagini-multiscopo-ISTAT>.

quelli trovati in posizione irregolare sul suolo italiano dovrebbero essere temporaneamente collocati nei *Centri di identificazione e di espulsione* (CIE) ora sostituiti dai *Centri di permanenza per il rimpatrio* (CPR). I CIE sono stati molto criticati da organizzazioni umanitarie ed istituzioni internazionali, nonché dalla Commissione straordinaria del Senato. Le criticità riscontrate da quest'ultima sono moltissime: insufficienze strutturali, modalità di trattenimento inadeguate in termini di tutela della dignità e dei diritti dei trattenuti, tempi di permanenza massima eccessivi (attualmente 12 mesi), presenza nei centri di soggetti con situazioni molto differenti (da ex detenuti a persone che perdendo il lavoro hanno perduto il permesso di soggiorno), con molte tensioni conseguenti, detenzione di persone con status giuridico incerto e quindi di fatto non passibili di espulsione (come i Rom), mancanza di tutele per gruppi vulnerabili, in particolare le donne vittime di tratta. Dal punto di vista sanitario, in particolare, si evidenzia la difficoltà di relazione e la mancanza di fiducia del trattenuto nei confronti del medico, percepito come custode. Sono frequenti gli episodi di autolesionismo ed è elevato il numero di persone che assumono psicofarmaci, senza adeguata assistenza psichiatrica. A fronte di tutte le criticità riscontrate, va sottolineata l'inefficacia del sistema. Nel 2015 dei 5371 immigrati trattenuti, solo il 51% è stato rimpatriato.

E poi va tenuto presente che anche l'espulsione (o rimpatrio o conduzione alle frontiere che dir si voglia) degli immigrati clandestini, per quanto sia un provvedimento previsto dal diritto nazionale e internazionale come strumento indispensabile per garantire e ripristinare la legalità, non può essere considerato un atto "indolore" sul piano esistenziale. È evidente che la detenzione e il trasporto di un soggetto contro la sua volontà implica l'uso di mezzi di contenzione, che avvengono sotto la diretta responsabilità delle forze dell'ordine, ma senza uno specifico controllo giudiziario. Anche se non sapremo mai quanto questa ulteriore forma di afflittività, questa ulteriore ferita invisibile segnerà la loro vita, non possiamo ignorare che, se abbiamo risolto un nostro problema, abbiamo anche aggiunto violenza a violenza, sofferenza a sofferenza. Il fatto che lo Stato stia applicando le sue leggi non cancella il dramma: lo spinge solo oltre i confini. È importante che l'opinione pubblica si renda conto di tutte queste tragiche implicazioni e, quindi, di quanto siano complessi i problemi etici e giuridici che stanno dietro la facile oleografia del "rimandiamoli a casa".

3.3 I minori non accompagnati

In tutto il mondo le persone vulnerabili e socialmente svantaggiate hanno maggiori difficoltà ad accedere all'assistenza sanitaria, si ammalano di più e muoiono prima rispetto a chi ha una posizione sociale privilegiata. Queste diseguaglianze riguardano ovviamente anche l'infanzia e sono in crescita. Quando si parla di figli di genitori stranieri ci si riferisce spesso ad un ampio spettro di situazioni, tra loro molto differenti; infatti, le loro diversità sia sul piano socio-demografico che dello status giuridico si riflettono in modo rilevante su condizioni di salute fisica e psicologica. I figli di genitori stranieri possono essere: nati in Italia da genitori regolari, immigrati con gli stessi; nati in Italia o immigrati ma con una prolungata separazione dai genitori; figli di immigrati irregolari; figli di rifugiati; Rom/sinti nei campi nomadi; bambini in nuclei monoparentali (o orfani); minori non accompagnati.

I minori costituiscono una parte rilevante delle persone giunte in Italia negli ultimi anni attraverso soprattutto gli sbarchi sulle nostre coste; e tra essi, numerosissimi sono i minori stranieri non accompagnati (MSNA). Nel 2016 sono giunti in Italia 25.846 minori non accompagnati, più del doppio rispetto al 2015 (12.360). Percentualmente costituiscono il 14,2% di tutte le persone sbarcate in Italia (181.436 nel 2016) e il 91,6 di tutti i minori arrivati in Italia (28.223, di cui 2377 i minori accompagnati)⁴⁵.

La componente maschile è di gran lunga preponderante (il 93,3%), come pure predominante è il numero di minori vicini al raggiungimento della maggiore età, con il 56,6% di 17enni sul totale, seguiti dai 16enni (26%) e 15enni (9,8). I Paesi di maggiore afflusso sono Egitto, Gambia, Albania, Nigeria ed Eritrea: da essi provengono più della metà dei minori non accompagnati⁴⁶.

Uno dei motivi del perché essi arrivano sulle nostre terre da soli consiste nel fatto che le loro famiglie li fanno partire, nella speranza che possano avere delle opportunità di vita migliori e magari possano, una volta arrivati a destinazione e aver consolidato la propria posizione nel paese ospite, essere raggiunti da un altro familiare, per esempio un fratello. Tale progetto migratorio si scontra poi con le lunghe traversate del deserto, con attività di lavoro, per poter finanziare il viaggio, in condizioni di sfruttamento e di umiliazione, con periodi di detenzione, specialmente in Libia.

In molti casi i minori sono vittime di tratta e proprio per questo motivo è fondamentale che il loro status, all'arrivo in Italia, venga riconosciuto per poter attivare le adeguate misure di protezione e tutela. Non si può poi escludere che alcuni si qualificano ugualmente come minori, pur non essendolo, perché confidano in tal modo di poter ricevere una migliore assistenza; altri, di giovanissima età o persino neonati, possono purtroppo aver acquisito lo status di minore non accompagnato con la morte del genitore o di un parente durante la traversata del Mediterraneo. Nei casi dubbi è importante procedere con l'accertamento dell'età e in ogni caso approntare tutte le misure necessarie per evitare che i minori non accompagnati facciano perdere le proprie tracce, allontanandosi dalle strutture di accoglienza, per esempio con l'obiettivo di raggiungere parenti o amici che vivono altrove, ma con il rischio così di aggravare la propria condizione di precarietà se non addirittura di poter essere reclutati da gruppi malavitosi⁴⁷. Anche per tali motivi sarebbe quindi importante favorire l'affidamento familiare di minori stranieri non accompagnati rispetto al ricovero in strutture di accoglienza⁴⁸.

A tale riguardo, meritano di essere menzionate alcune disposizioni ovvero il "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati" e il Regolamento volto a stabilire le procedure da adottare per determinare l'età dei minori non accompagnati, che

⁴⁵ Elaborazione da parte di *Save the Children* su dati Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, in *Atlante minori stranieri non accompagnati in Italia*, Save the Children 2017, p. 29, <https://www.savethechildren.it/sites/default/files/AtlanteMinoriMigranti2017.pdf>.

⁴⁶ Si veda <http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Documents/Report-di-monitoraggio-MSNA-31-dicembre-2016.pdf>.

⁴⁷ Rapporto di Oxfam Italia, *Grandi speranze alla deriva*, 8.9.2016, https://www.oxfamitalia.org/wp-content/uploads/2016/09/MSNA-Sicilia_mediabrief_8-set-2016_FINAL_DEF.pdf.

⁴⁸ Così, come stabilito dall'art. 7 della recente legge 7 aprile 2017, n. 47 recante "*Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati*".

si presume siano anche vittime di tratta⁴⁹. Il Protocollo e il Regolamento prevedono che la determinazione dell'età avvenga secondo una procedura multidisciplinare, che tenga conto anche della provenienza culturale ed etnica del minore. È questo un primo passo di un percorso che dovrà prevedere anche visite mediche, volte a valutare le condizioni di salute del minore, le eventuali patologie contratte nel paese di origine o durante il viaggio, la presenza di possibili disagi psichici, dovuti a traumi e a violenze, nonché colloqui volti a stabilire quale potrà essere lo sviluppo del progetto migratorio del minore. Tale sviluppo potrà prevedere la richiesta di protezione internazionale o, qualora non vi siano i presupposti per la richiesta d'asilo, la possibilità del rimpatrio assistito o della regolarizzazione della sua permanenza in Italia.

Il Protocollo e il Regolamento, come si diceva, sono finalizzati a determinare l'età dei minori vittime di tratta, quando questa non sia accertabile attraverso documenti identificativi; essi fanno valere il rispetto del superiore interesse del minore, con l'obiettivo di assicurargli adeguata protezione; essi, poi, potrebbero valere per tutti i minori non accompagnati, al di là del fatto che il loro status sia quello di vittime di tratta o meno. Per questo motivo il CNB fa proprio l'auspicio formulato dall'Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI) e dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) che le disposizioni sopra richiamate in merito alla determinazione d'età siano applicate in via analogica a tutti i minori stranieri non accompagnati, anche quando non siano vittime di tratta o non rientrino nella condizione di poter richiedere asilo.

3.4 La condizione delle donne

Perché le donne intraprendono il lungo e spesso terribile viaggio dai paesi d'origine per arrivare, attraverso il mare in Italia?⁵⁰ La migrazione femminile dipende da molti fattori: si parte per motivi economici, per sfuggire a pericoli e minacce di varia natura, per ricongiungimento familiare, ma anche per poter disporre di differenti chances di vita e poter espandere, come donne, la propria capacità di scelta. Molte provengono dall'Africa subsahariana, Gambia, Somalia, Camerun, Repubblica democratica del Congo e, soprattutto, Nigeria. È frequente che partano in gruppo con familiari, amici, conoscenti, da cui poi, nel corso del viaggio, vengono separate per renderle più fragili e ricattabili.

Sono molteplici i punti di vista a partire dai quali si potrebbero analizzare la realtà e l'esperienza delle donne migranti. In questa sede ci limiteremo a prendere in considerazione solo due aspetti, per giunta tra loro molto differenti, ovvero da un lato il fenomeno terribile della tratta, del traffico di persone e dello sfruttamento, in condizioni di grave subalternità e violenza, a cui sono sottoposte molte donne, spesso minorenni, nei loro viaggi migratori (a), e dall'altro l'esperienza della gravidanza e della maternità delle immigrate oramai residenti in Italia (b).

⁴⁹ Più precisamente ci si riferisce al Protocollo approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (16/30/CR09/C7-C15, 3 marzo 2016) e al "Regolamento recante definizione dei meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta, in attuazione dell'art. 4, c. 2 del d. lgs. 4 marzo 2014" (D.P.C.M., 10/11/2016 n. 234).

⁵⁰ M. REGATTIN, *Il lungo viaggio delle donne migranti*, 3 giugno 2016, <http://www.socialnews.it/articoli-mensile/viaggio-donne-migranti/>.

a) La tratta di esseri umani (*trafficking in human beings*) e il traffico di migranti (*smuggling of migrants*) costituiscono due tipologie distinte di reato, che tuttavia presentano delle analogie. Secondo la terminologia adottata dall'ONU⁵¹, la tratta consiste nel reclutare, trattenere e trasferire persone con l'obiettivo di sfruttarne le prestazioni, che possono essere il lavoro forzato, l'esercizio di attività varie dettate dalla sudditanza, persino dalla schiavitù, la mendacità, ma anche la prostituzione; ovviamente le modalità attraverso le quali lo sfruttamento viene perseguito risiedono nella coercizione, nell'abuso di potere oppure anche nell'ottenimento di un consenso, che però è fittizio, perché frutto di un rapporto ingannevole e di dominanza. Il traffico invece favorisce l'ingresso irregolare in uno Stato, dietro pagamento di somme di denaro da parte di clienti consenzienti. Spesso accade, però, che i migranti, una volta accordatisi, dietro compenso, con i trafficanti per entrare illegalmente in un paese straniero, si ritrovino ad essere paragonabili in tutto e per tutto alle vittime di tratta; ciò avviene perché già durante il viaggio sono soggetti a gravi forme di violenza, inganno e coercizione, da parte dei trafficanti stessi e di altri soggetti, quali gruppi criminali e funzionari statali corrotti, implicati a vario titolo nell'organizzazione e nella gestione di flussi migratori irregolari.

Tra le vittime più indifese dei fenomeni della tratta e del traffico (quest'ultimo, a sua volta, spesso ridicibile - come si è detto - alla tratta medesima) vi sono senz'altro le donne, specie se di giovane o giovanissima età. Un recente report di *Save the Children* ricostruisce in modo circostanziato lo sfruttamento sessuale di oramai decine di migliaia di giovani nigeriane, attraverso una fitta rete criminale operante in Nigeria e poi durante il viaggio di trasferimento via terra e via mare e infine nei nostri territori e nelle nostre città.⁵² Il documento di *Save the Children* riporta notizie raccapriccianti sugli abusi e sulle violenze che le donne subiscono nel viaggio di trasferimento via terra e durante la traversata in mare, ad opera dei trafficanti stessi, ma anche di altre figure con cui esse vengono a contatto⁵³.

Una volta che le migranti sono sbarcate, pochissime di loro sono in grado di qualificarsi presso l'autorità di polizia e il personale di accoglienza come vittime di tratta, nel qual caso potrebbero essere seguite e protette in idonee strutture di accoglienza; i ricatti, gli abusi e le umiliazioni subite sono tali che le vittime continueranno a rimanere assoggettate alla rete criminale, la quale provvederà nel tempo ad avviarle alla prostituzione nei marciapiedi dei nostri paesi e delle nostre città. Il controllo sulle loro vite proseguirà in modo ferreo, per esempio con l'obbligo di assumere sostanze stupefacenti psicotrope oppure con il dover sottostare a continui spostamenti di città in città, per eludere il controllo della polizia ed evitare che si stabiliscano legami troppo forti con i clienti o con gli operatori sociali e le organizzazioni di volontariato.

Ma non sono solo le donne nigeriane a subire questo calvario durante l'attraversamento del deserto del Sahara, nei percorsi attraverso la Libia e poi

⁵¹ *The United Nations Convention against Transnational Organized Crime and the Protocols Thereto*, adopted by General Assembly resolution 55/25 of 15 November 2000, <https://www.unodc.org/unodc/treaties/CTOC/>; si veda anche l'art. 601 del nostro Codice Penale sulla "Tratta di persone".

⁵² *Save the Children, I minori vittime di tratta e sfruttamento: chi sono, da dove vengono e chi lucra su di loro*, a cura di V. COPPOLA – E. LO IACONO, luglio 2016, <https://www.savethechildren.it/sites/default/files/files/uploads/pubblicazioni/piccoli-schiavi-invisibili.pdf>.

⁵³ Ivi, p. 11.

nei luoghi dove vengono rinchiusi mentre aspettano di potersi imbarcare. Le storie raccolte in un recente rapporto di Amnesty International narrano tutte di torture e stupri di gruppo subito in Libia⁵⁴. Un ulteriore “inferno” è poi rappresentato dalla traversata del Mediterraneo su natanti sempre più fatiscenti, in cui le donne, fra l’altro, sono le prime vittime della c.d. “malattia dei gommoni”. Oramai, infatti, vengono utilizzati gommoni non più alimentati a gasolio, ma a benzina, e mentre gli uomini si stringono sui tubolari, le donne vengono fatte rannicchiare sul fondo coi bambini in braccio. Durante il tragitto la benzina fuoriesce e, combinandosi con l’acqua salata, diviene una “miscela devastante” che corrode la pelle “provocando piaghe profondissime. Ustioni chimiche terribili”⁵⁵.

Sulla gravità dei fenomeni poc’anzi descritti si è pronunciato autorevolmente anche il Consiglio di Europa con un documento redatto dal *Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings (GRETA)*⁵⁶. Tra le raccomandazioni ivi espresse vi è quella di provvedere sin dal momento del loro arrivo all’assistenza di coloro che si presume siano vittime di tratta, bloccando qualsiasi procedura di espulsione e anzi provvedendo ad assicurare la permanenza in Italia, in adeguate strutture; e quando sia possibile il rimpatrio della vittima, si auspica che questo sia volontario. Ma oltre a ciò, si invitano espressamente le autorità italiane a sviluppare la cooperazione internazionale per “combattere e smantellare le reti criminali coinvolte nella tratta e perseguirne i responsabili”⁵⁷. Si può inoltre aggiungere che accanto a una necessaria opera di repressione, è indispensabile promuovere nei paesi d’origine della tratta delle campagne di informazione e di sensibilizzazione sui rischi legati al viaggio e sulle brutali condizioni a cui si potrebbe essere sottoposti⁵⁸.

b) Considerando ora la situazione delle donne straniere residenti in Italia, specie quando stiano affrontando una gravidanza, un dato emerge con sufficiente chiarezza: a causa di condizioni socioeconomiche svantaggiate, esse hanno molto spesso difficoltà di accesso ai servizi sanitari in gravidanza; i loro bimbi sono quindi esposti ad un rischio maggiore di malattia. Un’ampia indagine, effettuata nel Lazio su circa 300.000 nati, ha evidenziato che il rischio di partorire un neonato molto prematuro è più frequente per le donne straniere e soprattutto per quelle provenienti dalle zone più povere come l’Africa occidentale e sub sahariana⁵⁹. Le donne straniere, pur essendo più giovani delle donne italiane al momento del parto e quindi teoricamente a

⁵⁴ <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2016/07/refugees-and-migrants-fleeing-sexual-violence-abuse-and-exploitation-in-libya/>.

⁵⁵ P. BARTOLO - L. TILOTTA, *Lacrime di sale*, Mondadori, Milano 2016, pp. 115 s.

⁵⁶ Council of Europe’s *Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings Report on Italy under Rule 7 of the Rules of Procedure for evaluating implementation of the Council of Europe Convention on Action against Trafficking in Human Beings* (30 January 2017), <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806edf35>.

⁵⁷ Ivi, p. 21 e più ampiamente pp. 18-21.

⁵⁸ Cfr. Save the Children, *I minori vittime di tratta e sfruttamento*, p. 40.

⁵⁹ Vedi L. CACCIANI, S. ASOLE, A. POLO, F. FRANCO, R. LUCCHINI, M. DE CURTIS, D. DI LALLO, G. GUASTICCHI, *Perinatal Outcomes Among Immigrant Mothers Over Two Periods in a Region of Central Italy*, in “BMC Public Health”, 2011, 11:294; M. DE CURTIS, R. LUCCHINI, *It’s Time for a New Healthcare Policy in Italy to Improve Prognosis of Newborns of Immigrant Parents*, in “British Medical Journal”, 4 April 2010, http://www.bmj.com/content/340/bmj.c468.short/reply#bmj_el_233878.

minore rischio, partoriscono più frequentemente neonati pretermine, con un basso peso alla nascita e con problematiche cliniche. Per esempio, risulta molto più frequente nei nati di donne immigrate, rispetto ai nati di donne italiane, la malattia emolitica feto-neonatale da alloimmunizzazione RhD. La causa è da ricondurre al fatto che, nel paese di origine, alle donne di gruppo Rh negativo che hanno partorito un figlio di gruppo Rh positivo spesso non è stata effettuata l'immunoprofilassi con immunoglobuline anti D e di conseguenza nelle gravidanze successive la malattia è più frequente. Si può ipotizzare che l'aumento del rischio, osservato in questa popolazione di neonati, dipenda da una serie di condizioni legate allo svantaggio sociale, economico e culturale delle madri durante la gravidanza (attività lavorativa meno garantita e più pesante, alimentazione incongrua, carenti condizioni igieniche ed abitative, cure ostetriche tardive o inadeguate).

Una parte significativa della patologia pre e postnatale in questa popolazione a rischio potrebbe essere prevenuta con un'organizzazione dell'assistenza materno-infantile più adeguata. Un ruolo importante può essere svolto dai consultori familiari anche come luogo di educazione per una maternità responsabile. È essenziale garantire a tutte le donne e ai loro figli la piena equità di accesso ai servizi durante la gravidanza e al parto, senza differenze di etnia e stato sociale, con pari dignità e garanzia di sicurezza. Sotto questo aspetto la legislazione italiana garantisce pienamente il diritto all'assistenza per gravidanza e parto. Si avverte però la necessità di migliorare l'informazione sui servizi forniti alle donne durante la gravidanza, anche al fine di superare quella diffidenza che può portare molte donne a non sottoporsi a controlli ostetrici durante la gravidanza e ad adottare stili di vita nocivi.

Vi è poi una condizione più generale di difficoltà e di disagio: diventare madri nella migrazione comporta una doppia vulnerabilità, giacché la cultura esterna del paese ospitante non è più coerente (o non lo è del tutto) con quella interna; il mondo esterno non corrisponde più alle aspettative e appare sconosciuto e misterioso; la madre e il gruppo delle donne di famiglia sono assenti. Da qui la solitudine e la nostalgia: le conferme di cui la neo-mamma ha bisogno non arrivano e spesso dagli operatori sanitari giungono messaggi inadeguati; il marito (se c'è) spesso è in difficoltà. Questa situazione determina in molte donne un forte senso di insicurezza, uno stato di confusione, quella che si è definita "solitudine elaborativa", che è all'origine di molte depressioni *post partum*. Diventare madri, per molte donne, è traumatico ma, quel che è più grave, questo trauma può essere trasmesso da una generazione all'altra. Che fare dunque per ridurre la vulnerabilità delle madri e prevenire quella dei bambini? Come si dirà più avanti, nell'ultimo paragrafo del Parere, sembra necessario approfondire la formazione antropologica (riti della nascita, rappresentazioni del concepimento, gravidanza, allattamento ecc.), acquisire maggiore consapevolezza della complessità della comunicazione interculturale, elaborare nuove modalità di accoglienza, rendere esplicito il perché delle nostre pratiche, rafforzare, ove possibile, il sapere *altro* anziché usare il nostro per smentirlo.

Infine, un discorso a sé andrebbe poi fatto sulla violenza domestica, fisica e psicologica di cui possono essere vittime le donne immigrate. Anche in questo caso le cifre mancano, non ci sono dati a cui sia possibile riferirsi per le diverse comunità presenti sul nostro territorio. Si tratta infatti di un fenomeno largamente sommerso, che è difficile portare alla luce per i molti ostacoli che si frappongono alla possibilità-capacità di denunciarlo: la difficoltà per molte

donne di riconoscere l'abuso, specie per quelle provenienti da paesi a forte dominio patriarcale, l'isolamento, le barriere linguistiche, la dipendenza economica dal coniuge, la paura di perdere il permesso di soggiorno nel caso delle donne arrivate in Italia per ricongiungimento familiare, o di essere allontanate dai figli e emarginate dalla comunità ecc. Se non è facile per le donne italiane rivolgersi ai centri antiviolenza lo è ancor meno per le donne straniere. Sotto questo profilo è di grande importanza l'opera di informazione in materia di diritti soggettivi e di sostegno che stanno svolgendo localmente molte delle associazioni, strutture e organizzazioni (es. il centro antiviolenza Le Onde di Palermo, Trame di terra a Imola, la Commissione regionale pari opportunità della Regione Piemonte), che con diverse strategie e iniziative particolari - compreso il passa parola - si battono per aiutare le donne migranti in difficoltà. In questo quadro andrebbero valorizzate le esperienze di auto-organizzazione delle donne immigrate presenti in alcune città e, soprattutto, l'opera di mediatrici culturali che, avendo vissuto una storia di violenza, di presa di coscienza e di riscatto, sono riuscite a diventare protagoniste della propria emancipazione.

4. Interculturalità ed etica clinica

4.1. Il rispetto delle differenze: riconoscimento e limiti

Negli ultimi decenni il tema delle politiche di integrazione più idonee ad affrontare le sfide poste dai grandi flussi migratori multietnici e multiculturali è stato oggetto di discussione in molteplici aree disciplinari, tanto che la letteratura in proposito è ormai amplissima; ciò non di meno val qui la pena accennare schematicamente ad alcuni aspetti di tale dibattito, rilevanti per il presente parere del CNB.

Un punto chiave, da cui buona parte della discussione ha preso l'avvio, è rappresentato infatti proprio dalla sottolineatura di come un individuo o un gruppo possa "subire un danno reale, una reale distorsione, se le persone, o la società, che lo circondano gli rimandano, come uno specchio, un'immagine di sé che lo limita o sminuisce o umilia"⁶⁰; in altri termini, il mancato riconoscimento, o il misconoscimento, della propria identità, singolare e particolare (appartenenza a una particolare comunità, etnia, tradizione, cultura, religione, ecc.), può essere considerato una delle più deleterie forme di oppressione messe in atto nei confronti di una minoranza. A questo proposito l'UNESCO, nel 2001, ha approvato la *Dichiarazione Universale sulla Diversità Culturale*, in cui si afferma che "la difesa della diversità culturale è un imperativo etico, inscindibile dal rispetto della dignità della persona umana" (art. 4); per cultura si intende "l'insieme dei tratti distintivi spirituali e materiali, intellettuali e affettivi che caratterizzano una società o un gruppo sociale", e inoltre essa "include oltre alle arti e alle lettere, modi di vita, di convivenza, sistemi di valori, tradizioni e credenze"⁶¹.

Se è vero dunque che la promozione del pluralismo culturale dovrebbe ormai rientrare fra i compiti più urgenti delle liberaldemocrazie occidentali, ci dobbiamo chiedere se il quadro dei nostri principi costituzionali possa ancora

⁶⁰ Ch. TAYLOR, *Multiculturalismo: la politica del riconoscimento*, trad. it., Anabasi, Milano 1993, p. 9.

⁶¹ http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CLT/diversity/pdf/declaration_cultural_diversity_it.pdf.

offrire una cornice adeguata per una politica di inclusione non assimilazionista, non “cieca alle differenze” e rispettosa, entro determinati limiti, dei “diritti culturali” delle diverse comunità presenti sul territorio. La risposta va cercata nell’idea di persona umana, assunta dai padri costituenti come valore cardine nell’ordinamento della nuova società, la quale presenta il duplice carattere dell’unicità e della relazionalità⁶²: nell’art. 2, la Repubblica “riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità”; e poi, in base all’art. 3, “è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale”, che “impediscono il pieno sviluppo della persona umana”. In tali articoli l’ethos dei diritti si coniuga con un ethos dei doveri, postulando in tal modo un vincolo di carattere solidaristico fra i cittadini. Alla luce di questi principi, letti in chiave evolutiva, si può inoltre affermare che è lo stesso principio di eguaglianza, ivi espresso, a richiedere trattamenti differenziati a favore dei più svantaggiati, volti ad attenuare gli effetti di passate oppressioni e/o di disparità di fatto e a realizzare, per quanto possibile, una eguaglianza effettiva⁶³.

La domanda diviene allora: fino a che punto è possibile riconoscere e garantire la tutela delle diversità culturali entro la nostra cornice costituzionale? e quali sono i limiti invalicabili? Il limite non può che essere costituito dalle libertà e dai diritti fondamentali dell’uomo, fra i quali, preminente per il punto di vista bioetico sulle applicazioni della biologia e della medicina, “il diritto alla propria integrità fisica e psichica”⁶⁴. Lo stesso documento dell’Unesco ammonisce che “Nessuno può invocare la diversità culturale per minacciare i diritti dell’uomo garantiti dal diritto internazionale, né per limitarne la portata” (art. 4); e ancora, “ognuno deve poter partecipare alla vita culturale di sua scelta, ed esercitarne le forme, nei limiti imposti dal rispetto dei diritti dell’uomo e delle libertà fondamentali” (art. 5). L’“ospitalità” nei confronti di altre culture (nel senso ampio sopraenunciato) non può dunque estendersi a pratiche lesive di questi diritti, quali, solo per fare un esempio già citato, le diverse pratiche delle c.d. “mutilazioni genitali femminili”. Né la diversità culturale può giustificare il rifiuto della tutela della salute dei figli o il rifiuto di partecipare alla tutela della salute collettiva, sempre peraltro da svolgere in forme rispettose delle persone coinvolte.

4.2. Etica dei diritti e “care ethics”

Passando al piano più propriamente etico, in una società aperta al pluralismo culturale rilevante è il riconoscimento dell’esistenza di “altri”, altri come noi e insieme necessariamente diversi da noi, da considerare, cioè, tanto nelle loro caratteristiche comuni e universalistiche dell’essere persona, quanto nella loro concreta differenza e unicità biografica, e che, a seconda delle circostanze, possono chiederci rispetto e sollecitudine, aiuto, cura o attenzione, ossia di essere riconosciuti e trattati in certi modi⁶⁵. In questa direzione si muovono le concezioni etiche che prendono l’avvio da questa più

⁶² S. COTTA, *Persona (filosofia del diritto)*, in *Enciclopedia del diritto*, XXXIII, Giuffrè, Milano 1984, pp. 159-169.

⁶³ Cfr. A. PIZZORUSSO, voce *Eguaglianza: Diritto*, in *Enciclopedia delle scienze sociali*, Treccani, 1992, vol. III, pp. 491- 497.

⁶⁴ Si veda a tale proposito la Convenzione di Oviedo sui diritti dell’uomo e la biomedicina (1997), art. 1 e la Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea (2000), artt. 1, 3.

⁶⁵ S. VECA, *La penultima parola e altri enigmi. Questioni di filosofia*, Laterza, Roma-Bari 2001.

complessa concettualizzazione dell'impegno morale, ripensato come opera di integrazione fra etica della giustizia e dei diritti e "etica della cura" (o del "prendersi cura"), in una prospettiva di regole flessibili e di risposte attente ai contesti culturali e relazionali, alle diversità delle situazioni e alla particolarità di ogni caso. Questa prospettiva trova riscontro nell'istanza odierna di ricomposizione dei vari aspetti dell'individualità del soggetto-oggetto delle cure mediche in un sapere e in una pratica che siano in grado di coniugare competenza tecnica e interesse umano per la persona del malato. Si dà qui una valorizzazione della dimensione relazionale, di scambio comunicativo, all'interno di una pratica i cui fini sono plurimi e mutevoli: ripristinare uno stato precedente di salute, lenire le sofferenze, sostenere e rispettare nella relazione terapeutica la capacità di autodeterminazione dei c.d. "pazienti", ma anche, talvolta, agevolare una trasformazione evolutiva, una crescita di consapevolezza e fiducia. In quest'ottica lo stesso principio del "consenso informato" può esser letto come un principio regolativo che, se calato nella realtà della prassi medica, può incontrare delle difficoltà nella sua applicazione, perché in alcuni casi l'autonomia presupposta del "paziente adulto e competente" può rivelarsi un'astrazione semplificatrice. L'autonomia, quale capacità di autodeterminazione, non è qualcosa che il soggetto possiede o non possiede in assoluto, e non è priva di gradi, ma è una capacità umana che il contesto sociale, culturale, relazionale può aiutare a sviluppare, può sostenere o invece deprimere⁶⁶.

4.3. La relazione di cura in una prospettiva interculturale

Le differenti culture d'origine degli immigrati, nelle quali finiscono per confluire una pluralità di riferimenti diversificati a pratiche mediche di vario tipo, a codici etici consolidati, ad appartenenze religiose, a tradizioni locali, rivestono una considerevole importanza nel guidare e condizionare le condotte individuali (e collettive), le richieste di cure, la disponibilità a sottoporsi a determinate terapie.

Nel rapporto con il paziente, il medico si avvale di un complesso di conoscenze che gli derivano da una formazione scientifica e professionale consolidatasi nel tempo e dalla concreta esperienza forgiata all'interno di determinati contesti culturali e sociali. Sappiamo che anche in condizioni di una sostanziale comunanza di orizzonti culturali tra medico e paziente, le scelte terapeutiche possono dar luogo a conflitti, proprio perché esse sono inevitabilmente condizionate da fattori molteplici, e non solo di tipo strettamente scientifico.

Ogni straniero porta con sé una pluralità di riferimenti a culture, tradizioni, religioni, grazie ai quali egli assume stili di vita a volte profondamente diversi rispetto a quelli adottati dalla popolazione che l'accoglie; anche le richieste di intervento terapeutico possono essere talvolta piuttosto atipiche, fondate su pratiche mediche non convenzionali, che non sono adeguatamente suffragate sul piano scientifico (e ovviamente va precisato che richieste terapeutiche anomale e non avvalorate sul piano scientifico possono provenire anche da cittadini italiani).

⁶⁶ B. WILLIAMS, *L'idea di eguaglianza*, in Id., *Problemi dell'io*, trad. it., il Saggiatore, Milano 1990, pp. 278-301.

Ci sono poi situazioni, sempre più frequenti negli ospedali italiani, che richiedono di essere valutate in una prospettiva interculturale, attenta alle differenze. Per esempio, i familiari dei defunti di sesso maschile e di religione musulmana si oppongono a che la salma venga lavata e vestita da personale femminile, considerandolo un atto lesivo della dignità del congiunto. Numerose pazienti di fede musulmana si oppongono ad essere visitate e curate da personale sanitario maschile, acconsentendo in alcuni casi solo se viene loro concessa la presenza di un familiare o di un'altra donna in funzione di testimone. Alcune donne, per esempio di fede musulmana o provenienti dalla Cina, rifiutano di partorire mediante parto cesareo e così via.

Tutto ciò rappresenta indubbiamente una sfida sia per il canone che per lo statuto delle professioni della cura, nonché per la nostra organizzazione sanitaria. Riguardo a quest'ultimo aspetto, va sottolineata la rilevanza che per la persona malata e per i suoi familiari può assumere un determinato intervento terapeutico, anche per i significati e la valenza simbolica che esso riveste (si pensi per esempio agli interventi che a vario titolo hanno attinenza con il nascere e con il morire); da questo punto di vista anche l'esigenza da parte dei pazienti e dei loro congiunti di poter esprimere una ritualità, legata a specifici significati del vivere e del morire, dovrebbe essere tenuta in considerazione, nei limiti del possibile, da un'organizzazione dei servizi rispettosa delle diversità culturali. Rientra in questa finalità rilevante, di riconoscimento delle specificità, la capacità di riuscire nei luoghi di cura ad assicurare il rispetto a) di differenti consuetudini alimentari, a cominciare dalla prescrizione vincolante per alcuni pazienti di non assumere determinati cibi e bevande sempre o in alcuni periodi dell'anno⁶⁷; b) di differenti rappresentazioni del tempo e dei giorni festivi, come noto variabili nelle diverse tradizioni religiose; c) di differenti modalità di avvertire e vivere il pudore, di cui tenere debitamente conto nelle stanze di ospedale e negli ambulatori.

Da aggiungere che anche a livello di epistemologia e di filosofia della medicina, si riconosce che la percezione della salute, della malattia, della corporeità e della morte, è in buona parte forgiata da esperienze passate, storie familiari, significati provenienti dalla cultura di appartenenza; da qui l'opportunità di considerare le differenze metodologiche fra modalità di approccio ai temi della salute e della malattia in termini di spiegazione scientifica da una parte e di comprensione-interpretazione del vissuto del paziente dall'altra⁶⁸. Fra l'altro, all'interno di una comunità di stranieri che parla la stessa lingua e proviene dallo stesso paese si possono incontrare soggetti con storie personali e background culturali molto differenziati, da chi ha un livello di istruzione piuttosto basso a chi si è laureato prima di migrare. Ne consegue che vanno evitati facili stereotipi e la tentazione di applicare delle valutazioni mediche in modo uniforme: quando si ha di fronte un paziente, infatti, non si ha di fronte una cultura, ma una persona che è portatrice a suo modo di una cultura o di più culture. Per questo motivo l'approccio *patient centered*, che ha in sé e per sé una sua giustificazione, nel caso della relazione con il paziente straniero rivela ancor più la sua fecondità.

⁶⁷ Tema questo già affrontato dal CNB con il parere su *Alimentazione differenziata ed interculturalità*, 17 marzo 2006.

⁶⁸ A. PAGNINI, *Introduzione. Prolegomeni a una medicina come scienza*, in Id. (a cura di), *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*, Carocci, Roma 2010, pp. 17-47.

4.4.L'etica medica e la deontologia professionale

Il valore fondamentale attorno a cui si è costruita l'etica medica è stato, fino in epoca recente, quello di fare il bene del paziente (beneficenza). Negli ultimi decenni, la domanda che caratterizza questo principio e che il medico è sempre costretto a porsi è: quale trattamento rispetta il malato nei suoi valori e nella libertà delle sue scelte? Se tale compito, per sua natura, è impegnativo, ancor più difficile appare essere quando il medico si interfaccia con modi di porsi, credenze, abitudini sociali che differenziano la condizione dell'immigrato da quella del cittadino integrato nella nostra comunità. Si è già detto della rilevanza che in bioetica e nella pratica medica ha assunto recentemente il principio di autonomia. Secondo questo principio, preso nella sua astrattezza, all'autonomia del medico si contrappone l'autonomia del paziente quale persona che si rivolge ad un professionista, non solo per chiedere un aiuto o un parere tecnicamente ineccepibile, ma per utilizzare il suo sapere, le sue competenze per giungere ad una scelta libera e consapevole. Tuttavia in diverse culture non si dà valore all'autonomia decisionale del paziente, in quanto l'assenso all'atto medico deve semmai risultare da una decisione della comunità che è in relazione con il paziente; per questa ragione vi sono pazienti che esplicitamente rifiutano di esprimere personalmente il proprio consenso o dissenso all'atto medico, proprio perché il concetto di autonomia non è percepito come rilevante. Non è così raro che soprattutto le pazienti di sesso femminile deleghino al marito o ad altro parente maschio le decisioni sulla propria salute. In alcuni contesti culturali, soprattutto africani, è poi l'intero gruppo familiare o la tribù di appartenenza che prende decisioni sul singolo.

Un approccio interculturale dovrà senz'altro tener conto di ciò e del valore che viene assegnato alla dimensione comunitaria; tuttavia, proprio perché un tale approccio non si limita, per così dire, a fotografare le diversità e a irrigidirle, può essere produttivo per una prospettiva culturale che privilegia il legame comunitario considerare anche il valore dell'autonomia personale (e viceversa, può risultare fruttuoso per chi accentua fortemente il valore dell'autonomia declinarla piuttosto nei termini di un'*autonomia relazionale*). Del resto è lo stesso *Codice di Deontologia Medica* (2014) a voler contemperare queste istanze diverse, ma non necessariamente contraddittorie: fermo restando che è prioritaria l'espressione, da parte del paziente, del suo consenso (o dissenso) all'atto medico, da attuarsi "in forma scritta e sottoscritta" (art. 35), e che a ciò è finalizzata "un'informazione comprensibile ed esaustiva" da parte del medico (art. 33), il Codice contempla la possibilità dell'"informazione e comunicazione a terzi", previo consenso del paziente (art. 34), nonché quella che il paziente possa "delegare ad altro soggetto l'informazione" (art. 33).

La rilevanza dei legami parentali e comunitari sembra qui trovare una sua possibile valorizzazione, anche se - non va dimenticato - all'origine della decisione di informare e persino delegare altri vi è l'espressione dell'autonomia del paziente. I medici e i professionisti della cura sono quindi chiamati a favorire il formarsi di un'autonoma consapevolezza decisionale da parte del paziente, coinvolgendo però, ove richiesto, anche la cerchia di parenti e amici, in un bilanciamento complesso, specie sul piano concreto

della pratica clinica, di principi e istanze⁶⁹. Soprattutto si dovrà evitare che la difesa del valore della comunità si trasformi in un alibi per perpetuare forme di dipendenza, anche molto accentuate, della donna dal maschio, e più in generale forme di dipendenza del singolo soggetto dal gruppo. Opportunamente la *Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani* (2005) dell'Unesco⁷⁰, alla cui redazione hanno contribuito in modo determinante anche i rappresentanti dei paesi in via di sviluppo, riconosce che “deve essere dato il giusto risalto all'importanza della diversità culturale e del pluralismo”, precisando però che ciò non può costituire il pretesto per “violare il rispetto della dignità umana, i diritti umani e le libertà fondamentali né i principi stabiliti in questa Dichiarazione, né per limitarne la portata” (art. 12); riguardo al consenso poi essa stabilisce che: “Ogni intervento medico preventivo, diagnostico o terapeutico deve essere realizzato con il previo libero e informato consenso della persona interessata, basato su un'adeguata informazione” (art. 6).

La problematicità non riguarda comunque solo il principio di autonomia, ma investe anche quello di giustizia: fino a che punto, per esempio, il rispetto della diversità culturale può richiedere una diversificazione delle cure, che però, con ogni probabilità, comporta un aumento della spesa sanitaria?

Alle nuove domande in merito al riconoscimento in campo medico e sanitario di diritti differenziati dobbiamo trovare delle risposte razionali e condivisibili. Una risposta in questa direzione potrà senz'altro provenire, oltre che da un progressivo aumento delle competenze interculturali di coloro che a vario titolo sono impegnati nella cura del malato (medici, infermieri, ostetriche, ...), anche dal coinvolgimento di mediatori interculturali (accanto a interpreti), specialmente in particolari setting terapeutici. Nell'organizzazione sanitaria si dovrebbe poi tener conto che spesso le mere esigenze di efficienza, con i conseguenti automatismi burocratici, possono avere come conseguenza l'allontanamento del servizio erogato dai reali bisogni delle persone, specie di quelle che sono portatori di affezioni diverse o particolari.

La reazione degli operatori sanitari di fronte alle tematiche poste dal fenomeno del multiculturalismo con buona probabilità non sono diverse da quelle presenti nella società nel suo complesso. Si va da una ostilità dichiarata ad una accoglienza incondizionata. Entrambi i comportamenti, sia quello ispirato a una prospettiva di assimilazione, che nega qualsiasi valore alle differenze, sia quello meramente relativistico che riconosce tutte le differenze, anche quelle problematiche o che addirittura minacciano l'integrità fisica e psichica, vanno evitati perché di fatto sono di ostacolo ad un buon risultato dell'assistenza⁷¹.

Ma come possiamo capirci? Il terreno di comprensione tra orizzonti culturali diversi può esser trovato nella comparazione dei simboli, con le

⁶⁹ Il Parere del CNB su *Sperimentazione farmacologica nei Paesi in via di sviluppo*, 27 novembre 2011, ha affrontato la medesima questione sostenendo che “è accettabile e comprensibile il coinvolgimento di altre figure nella procedura di rilevazione del consenso informato, ma esse non possono mai sostituire la libera espressione personale”.

⁷⁰ La versione italiana è pubblicata in *L'Unesco e la bioetica. I testi fondamentali*, Center for Ethics and Law in Biomedicine 2008, pp. 20-28, <https://celab.ceu.edu/sites/celab.ceu.edu/files/attachment/basicpage/29/italiantranslationfinal.pdf>.

⁷¹ Questa tesi viene già chiaramente sostenuta in un parere del CNB, che risale al 1998: *Problemi bioetici in una società multi-etnica*. Si veda anche il parere del 2003 su *Macellazioni rituali e sofferenza animale*.

sottese concezioni di valore che questi posseggono. La medicina dovrebbe acquisire, nell'incontro con più culture, anche l'arte di un sapere narrativo, per meglio comprendere i bisogni del paziente e il significato della sua presa in carico⁷². Non si tratta di rinunciare alle competenze rese possibili dall'*Evidence Based Medicine*, ma semmai di integrarle con altre competenze. È questa un'istanza fortemente sentita, soprattutto per quanto riguarda la prassi clinica, da quanti vorrebbero introdurre le *Medical Humanities* nei corsi di formazione accademica dei futuri medici e professionisti della salute; sotto questo profilo, la medicina viene considerata anche come "arte", come un saper trattare l'asimmetria del rapporto medico-paziente, attivando percorsi comunicativi grazie alla 'narrazione' della malattia e della sofferenza. Il medico cerca in questo modo di promuovere una relazione anche culturale, per decodificare codici espressivi, modi di sentire la malattia, modi di riferire il dolore, a volte distanti dalla nostra mentalità⁷³. Ugualmente importante sarebbe promuovere una formazione in medicina⁷⁴ che consideri l'influenza esercitata sulla salute individuale e collettiva dai determinanti (socio-economici, demografici, ambientali, ...) e le interconnessioni esistenti tra globalizzazione e salute, con riguardo al rispetto dell'equità e dei diritti umani.

Il richiamo a non sottovalutare l'importanza, anche sotto il profilo terapeutico, dell'attenzione cognitiva ed empatica per l'aspetto biografico della malattia - nella lingua inglese *illness* è la malattia vissuta, mentre *disease* è la malattia in senso organico - è peraltro un elemento distintivo di quel filone dell'antropologia medica, di orientamento fenomenologico, che concepisce il "corpo" come fondamento della soggettività e dell'esperienza del mondo. In quest'ottica la narrazione della malattia, come parte del colloquio terapeutico, e la conseguente possibilità di collegare immaginativamente esperienze ed eventi in un racconto, dalle molte varianti, denso di significato soggettivo, diviene un momento essenziale della "cura"⁷⁵. Tali caratteri del rapporto fra il professionista e il malato straniero ricordano pertanto quanto ogni relazione professionista-paziente, e la stessa medicina in quanto tale, debbano essere, come ricordato, *patient-centered*.

Si prospetta così un impegno per il medico e per i diversi professionisti sanitari ovvero riattualizzare e implementare l'etica medica guardando al paziente straniero, come del resto a quello italiano, nella sua interezza, fatta di relazioni, credenze, costumi, usi e rituali religiosi propri, e cercando di

⁷² G. BERT, *Medicina narrativa*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2006.

⁷³ M. MARCECA, M.L. RUSSO, *Il paziente straniero*, in "Salute e Territorio", 2012, n. 191, pp. 124-128.

⁷⁴ Secondo la proposta del RIISG (Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale), che comprende istituzioni accademiche, società scientifiche, organizzazioni non governative, associazioni, gruppi e singoli individui impegnati nella formazione in salute globale, sia a livello universitario che di società civile. Va anche tenuto presente che il crescente numero di immigrati nel nostro Paese ha fatto riemergere il problema della cura e del controllo delle malattie trasmissibili o ad eziologia parassitaria, malattie che sono di importanza clinica e rilevanza sociale per il controllo sanitario pubblico. Allo scopo di rispondere alle esigenze culturali di approfondimento e aggiornamento in tema di aspetti clinici, epidemiologici e controllo di queste patologie, che sono in generale per lo più legate alla povertà dei Paesi in via di sviluppo di provenienza, si rende necessario uno specifico orientamento formativo del personale sanitario. Di questo si occupa la branca disciplinare della "Medicina tropicale", i cui contenuti sono oggi meglio ricompresi nella più vasta denominazione "Geografia medica", che integra la clinica con lo studio del rapporto uomo-ambiente-malattie.

⁷⁵ B.J. GOOD, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, trad. it., Edizioni di Comunità, Torino 1999.

comprendere il suo vissuto di sofferenza. È un impegno ineludibile, che chiama in causa anche gli Ordini professionali e le loro diverse deontologie. I codici deontologici vigenti delle più comuni professioni della cura (del medico, dell'ostetrica/o, dell'infermiere) si pronunciano convintamente in merito al dovere di tutelare la salute di ogni individuo, senza discriminazione alcuna e indipendentemente dall'appartenenza culturale o etnica; inoltre il dovere di assistere ogni essere umano trova ulteriore specificazione quando questi si trovi in condizioni di fragilità, di vulnerabilità e di bisogno⁷⁶. E tuttavia, mancano nei codici dei riferimenti espliciti alle tematiche dell'interculturalità e al dovere da parte del professionista di comprendere le differenti identità culturali di appartenenza dei pazienti. Si tratta di una carenza che è opportuno colmare, per sottolineare come l'attenzione da parte del professionista alla specificità, anche culturale, del malato renda l'intervento di cura più rispettoso, completo ed efficace.

Raccomandazioni

- Il CNB richiama la responsabilità della comunità internazionale sul fenomeno dell'immigrazione e sulle cause che ne sono all'origine; invita inoltre a condividere in una prospettiva di effettiva solidarietà internazionale l'impegno, profuso negli ultimi anni in modo esemplare dall'Italia, per salvare innumerevoli vite umane e garantire il rispetto del diritto alla salute come diritto umano fondamentale e universale.

- Riguardo alla concreta attuazione dell'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome del 20.12.2012, il CNB raccomanda di rafforzare il ruolo di coordinamento e di indirizzo del Ministero della Salute: ciò per evitare per quanto possibile disomogeneità sia interpretative, che applicative delle norme destinate a tutelare la salute di tutti gli stranieri, di quelli con regolare permesso di soggiorno, come pure dei richiedenti protezione internazionale, di quelli in transito o temporaneamente presenti.

- Raccomanda inoltre di rendere effettivo quanto disposto dall'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome del 20.12.2012 e previsto anche dalla legge 7.4.2017, n. 47, in merito all'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale di tutti i minori, indipendentemente dal loro status amministrativo, e specialmente di quelli in condizioni di vulnerabilità ovvero i minori stranieri non accompagnati (MSNA), i minori stranieri temporaneamente presenti (STP) e i minori cittadini comunitari ma privi di copertura sanitaria nel loro Stato d'origine (ENI – Europei non iscritti), prevedendo l'esenzione dal ticket (codice unico nazionale) per rendere realmente fruibili le prestazioni sanitarie.

- Raccomanda di sviluppare celermente adeguate modalità di contabilizzazione e rendicontazione delle spese effettivamente sostenute dal SSN per la salute della popolazione immigrata irregolare, in modo da poter misurare la quantità di risorse pubbliche impiegate. Tali modalità sono necessarie non solo a fini interni, per favorire una conoscenza precisa del fenomeno, ma anche per ragioni inerenti ai rapporti con gli altri stati; esse infatti sono uno strumento indispensabile per la richiesta di rimborso agli stati di provenienza, sebbene questi possano essere paesi insolventi. Inoltre, la

⁷⁶ Del *Codice di Deontologia Medica* (2014), si vedano in particolare l'art. 3 e poi gli artt. 5, 8, 32. Per il *Codice Deontologico dell'Infermiere* (2009) si consideri l'art. 4; e poi ancora gli artt. 2, 3, 6, 32, 33, 34. Riguardo al *Codice Deontologico dell'Ostetrica/o* (2010, 2014), si rinvia soprattutto agli artt. 2.1. e 2.2., oltre agli artt. 2.13., 3.1.

conoscenza dell'ammontare complessivo della spesa non rimborsata allo Stato italiano evidenzerebbe anche l'impegno profuso dall'Italia per la salute delle persone che migrano in Europa, spesa che di fatto avvantaggia anche gli altri paesi dell'Unione europea, specialmente quelli verso i quali i migranti in transito sul territorio italiano sono destinati. Tali costi perciò non dovrebbero rimanere interamente a carico del SSN italiano, ma dovrebbero essere anche considerati nell'ambito della solidarietà europea.

- Il CNB propone l'istituzione di un dividendo sulle risorse degli stati maggiormente industrializzati, da versare su un fondo istituzionale per garantire condizioni di vita dignitose a chi si trova a vivere nei paesi più poveri.

- Il CNB denuncia la gravità delle condizioni alle quali spesso sono sottoposti i migranti e in particolar modo le donne nei loro lunghi viaggi di fuga dalle proprie case e dai propri paesi; tali condizioni degradanti, che incidono fortemente sul loro stato di salute, fisica e psichica, possono includere le esperienze drammatiche delle detenzioni arbitrarie, delle torture, delle violenze sessuali, della prostituzione sotto ricatto, esperienze che possono aver luogo anche nel territorio italiano (per esempio ad opera degli scafisti nelle acque territoriali italiane). Anche in considerazione di ciò, il CNB chiede che venga introdotto nel nostro ordinamento il reato di tortura e che esso sia sanzionato adeguatamente.

- La presenza costante e consistente di donne che hanno subito ripetutamente violenza nel corso del viaggio di arrivo in Italia, spesso per periodi lunghi – si parla di mesi e talvolta di anni – e che arrivano incinte a seguito di rapporti imposti, suggerisce di allestire forme di accoglienza specifiche. È necessario infatti trovare modalità e personale preparato che le aiutino in primo luogo a rivelare la violenza subita, per permettere così di curare i danni fisici e psichici, e affrontare il parto del figlio concepito in queste circostanze in modo adatto a una simile drammatica situazione. La cura del loro stato deve consentire, infatti, che possano riprendere la propria vita nel modo più normale possibile, senza che i traumi subiti diventino per loro un ostacolo insormontabile ad ogni forma di inserimento e di progetto futuro.

- In relazione alla gravità e alla diffusione dei fenomeni del disagio mentale e dei disturbi psicopatologici che colpiscono i migranti, a causa delle grandi sofferenze derivanti dalle particolari condizioni del trasferimento, e che possono continuare anche durante il soggiorno nel nostro territorio, il CNB raccomanda che, oltre alle misure urgenti, sia promossa una ricerca psichiatrica approfondita, con particolare riguardo al disturbo da stress post-traumatico, come sollecitato dagli stessi esperti del settore.

- Il CNB raccomanda di rafforzare l'impegno a favore dell'educazione sanitaria, anche potenziando le funzioni di alcuni servizi, come i consultori familiari e i servizi di salute mentale; propone di adottare le misure più idonee per migliorare l'informazione sanitaria, per esempio con l'uso di una modulistica di facile comprensione, con anche traduzioni e grafica per chi non è scolarizzato; invita ad assicurare le coperture vaccinali nelle fasce di età interessate; invita inoltre a prevedere apposite e diffuse iniziative di sensibilizzazione e di intervento sul territorio, volte anche alla prevenzione sanitaria.

- Raccomanda un progressivo aumento delle competenze interculturali degli operatori del SSN, perché essi siano in grado nella loro consueta esperienza professionale di relazionarsi in modo appropriato ai pazienti immigrati, attraverso un accrescimento delle conoscenze sulle problematiche

socio-sanitarie dei Paesi di provenienza e grazie anche al coinvolgimento di mediatori interculturali, in particolari setting terapeutici; a tal fine va promossa la collaborazione con quanti, anche nell'ambito del privato sociale e del volontariato, hanno maturato nel tempo una specifica esperienza sul campo; vanno anche valorizzate le competenze linguistiche e la professionalità di medici e di altri operatori socio-sanitari migranti, nell'ambito di strutture a maggiore impatto migratorio.

- Raccomanda inoltre di prevedere, all'interno dei percorsi formativi universitari rivolti ai futuri medici e professionisti della salute, un'adeguata valorizzazione delle *Medical Humanities* e di studi e ricerche riguardanti la considerazione della relazione terapeutica in una prospettiva interculturale; invita inoltre i relativi Ordini professionali ad aggiornare i propri codici deontologici, con espliciti riferimenti al dovere da parte del professionista di tenere conto delle differenti identità culturali di appartenenza dei pazienti.

- Raccomanda di implementare l'informazione sui dati epidemiologici relativi alla salute degli immigrati, nonché sull'apporto economico e la capacità contributiva che essi assicurano: ciò al fine di aumentare la consapevolezza critica del problema ed evitare pregiudizi, paure ingiustificate e stereotipi sulle "patologie dell'immigrazione", che possono favorire l'emarginazione e ostacolare l'integrazione sociale.