



Alberto Marchese

(docente a contratto di Diritto civile nell'Università degli Studi di Messina,
Dipartimento di Giurisprudenza "Salvatore Pugliatti")

Medicina di frontiera nel Mediterraneo multi-etnico, tra pluralismo etico, culturale e normativo

SOMMARIO: 1. Premessa: flussi migratori e problematiche sanitarie, una nuova sfida per la pacifica convivenza nel *Mare nostrum* - 2. Tutela della salute e normativa di riferimento: profili etico-giuridici - 3. Stranieri regolari e irregolari - 4. L'assistenza sanitaria per i "richiedenti asilo" - 5. Gli stranieri temporaneamente presenti (S.T.P.) - 6. Gli apolidi e i rifugiati per motivi politici - 7. Alcune notazioni conclusive.

1 - Premessa: flussi migratori e problematiche sanitarie, una nuova sfida per la pacifica convivenza nel *Mare nostrum*

L'esponenziale aumento, nel nostro Paese, dei flussi migratori - e, dunque, di una imminente e tutt'altro che potenziale emergenza sanitaria - al di là delle prevedibili e marcate esigenze legate all'accesso ai servizi, pone, dal punto di vista etico e giuridico, delicati problemi in ordine alla revisione e all'adattamento dei protocolli terapeutici in un contesto nel quale medico e paziente risultano appartenere ad ambiti culturali profondamente diversi, per non dire radicalmente distonici.

Si è di fronte, in buona sostanza, a "relazioni terapeutiche complesse" all'interno delle quali gli operatori del settore sanitario non nutrono, *a priori*, alcuna ragionevole certezza sul fatto che il potenziale paziente ne condivida, unitamente all'impostazione culturale d'origine, i riferimenti scientifici e gli stessi postulati di base in ordine ai concetti di malattia, salute, diagnosi e prognosi, senza trascurare, ovviamente, l'elevata valenza simbolica che a essi normalmente si correla.

Mancando il presupposto di un naturale "patto sociale" tra chi soffre e chi è deputato a somministrare la cura appropriata, diventa opportuno, per il medico¹ così come per gli altri attori dell'ambito sanitario,

* Contributo sottoposto a valutazione.

¹ La "distanza culturale" tra medico e paziente fa sì che l'interpretazione dello stato anamnestico da parte del primo nei confronti del secondo possa divergere dal significato attribuito dal paziente alla propria malattia. Sul punto, cfr. **I. QUARANTA, M. RICCA**, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2012, pp. 13-



sperimentare tecniche e modalità di approccio innovative e, a ben vedere, non convenzionali².

Si rende così necessaria, una più articolata riflessione - gnoseologica e pluridisciplinare - che interessi, sotto differenti profili, le segnalate criticità terapeutico-relazionali.

Vi è, sotto questo aspetto, una lunga serie di intuitivi livelli d'incomprensione, alcuni dei quali d'immediata percezione, come quello legato alle diversità linguistiche, e altri, più complessi, perché legati ad aspetti diversi e non usuali nel mondo sanitario³.

17. Per un repertorio casistico cfr., **F. CATAPANO, M. PETRAZZUOLO**, *Multiculturalismo in ambiente sanitario*, cit.; **A. FANTUZZI**, *Il rapporto medico-paziente immigrato. (In)comprensione e pratiche di mediazione linguistica e culturale*, in *Tendenze nuove*, 1, 2010, pp. 29-42.

² Sulla duttilità degli approcci terapeutici, cfr. **I. CAVICCHI**, *Pluralismo o Babele medica? Chi, come e che cosa scegliere per curarsi*, in **AA. VV.**, *Medicina e Multiculturalismo. Dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie*, Apèiron, Bologna, 2000, pp. 63-84; **F. MANTI**, *Bioetica e Tolleranza. Lealtà morali e decisione politica nella società pluralista*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2000, pp. 93-97; e ancora, per ulteriori spunti di riflessione, fra medicina non convenzionale e tutela della salute dei migranti cfr. **J.H. LEE, M.S. GOLDSTEIN, E.R. BROWN, R. BALLARD-BARBASH**, *How does acculturation affect the use of complementary and alternative medicine providers among Mexican-and Asian-Americans?*, in *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12, 2010, 3, pp. 302-309; **P. LILLO**, *Il diritto alla salute degli immigrati: libertà fondamentale o diritto sociale?*, in *Justitia*, 50, 1997, III, pp. 315-327; **R.A. LOPEZ**, *Use of alternative folk medicine by Mexican American women*, in *Journal of Immigrant Health*, 7, 2005, 1, pp. 23-31; **B.I. ORTIZ, K.M. SHIELDS, K.A. CLAUSON, P.G. CLAY**, *Complementary and alternative medicine use among Hispanics in the United States*, in *Annals of Pharmacotherapy*, 41, 2007, 6, pp. 994-1004.

³ Specifici settori di "confusione interpretativa", nella segnalata relazione medico-paziente, sono essenzialmente legati alla comunicazione. Un primo livello è quello che si potrebbe definire prelinguistico, legato cioè alle difficoltà di comunicazione in senso stretto e che caratterizza tutti gli esseri umani allorquando essi devono spiegare ad altri problematiche inerenti al proprio stato di salute e alla propria interiorità; un secondo livello, tecnicamente di matrice linguistica, legato alle differenti varianti semantiche proprie dei vari linguaggi e comunque collegato a evidenti diversità del riferimento concettuale nel lessico di provenienza; vi è, infine, un terzo livello, metalinguistico, connesso all'arbitraria assunzione di un determinato valore simbolico attribuito a determinate patologie. Altri profili problematici sono quelli che riguardano taluni aspetti di matrice relazionale e che sono riferiti a più significative differenze ideologiche e antropologiche. È questo il caso della differente cultura di base del migrante che talvolta lo porta a rifiutare apoditticamente qualsiasi approccio terapeutico di matrice occidentale così come a sviluppare una sorta di idiosincrasia per tutto ciò che non sia da lui direttamente conosciuto (o facilmente conoscibile) o risulti comunque divergente rispetto a un determinato credo filosofico o religioso, si pensi, ad esempio, al rifiuto per il paziente di origine mussulmana di sottoporsi a determinate cure mediche in periodo di *Ramadan*. Sul principio di autodeterminazione e sulle "divergenze euristiche" in ambito sanitario, cfr. **F. MANTOVANI**, *Caso Eluana Englaro e inquietudini giuridiche*, in *Iustitia*, 2009, n. 1,



In tale ambito, l'incontro con "l'altro" innesca veri e propri "cortocircuiti relazionali" dipendenti, oltre che da diversità nosologiche e culturali specifiche (ad esempio, malattie rare o poco conosciute e differenti impostazioni etico-religiose⁴), da una profonda discontinuità dei modelli organizzativi propri della medicina occidentale.

Il fenomeno evidenziato è così sinteticamente riassumibile: da un lato, vi è l'utilizzo, talvolta inconscio e comunque smodato, di protocolli comportamentali d'indagine diagnostica che non tengono conto della specifica espressione della malattia in un contesto relazionale e culturale diverso; vi è poi, una sorta di *metus intellectualis* rispetto a patologie poco studiate e, pertanto, carenti di collaudate tecniche d'intervento terapeutico; ancora, si registra la volontà di supplire a tali *deficit* per il tramite di automatismi sanitari, talvolta assolutamente stereotipati.

Tutto ciò porta l'interprete a ricercare all'interno del rapporto terapeutico medico-paziente, la *chiave di volta* per la risoluzione di siffatte questioni. In una prospettiva antropologica, prima ancora che giuridica, tanto le aspettative degli utenti quanto quelle degli operatori sanitari

pp. 7-11; e ancora, **AA. VV.**, *Il diritto alla fine della vita*, a cura di A. D'aloia, Univ. di Parma, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2012; **M. PALMARO**, *Eutanasia: diritto o delitto? Il conflitto tra i principi di autonomia e di indisponibilità della vita umana*, Giappichelli Torino, 2012; **A. FUCCILLO**, *Giustizia e Religione. L'agire religioso nella giurisprudenza civile*, Giappichelli, Torino, 2009; **AA. VV.**, *Alle frontiere della vita. Eutanasia ed etica della morte*, II, a cura di M. Gensabela Furnari, Rubettino, Soveria Mannelli, 2003; **G. DALLA TORRE**, *Bioetica e diritto*, Giappichelli, Torino 1993, **R. ELEFANTE**, *Medical futility. Profili etico-deontologici e giuridici*, Dante & Descartes, Napoli, 2008.

⁴ Per un'analisi del rapporto intercorrente tra la formazione culturale (del singolo individuo) e la matrice etico-religiosa (del gruppo di appartenenza) si rinvia alle sempre attuali considerazioni di **F. FINOCCHIARO**, sub *Art. 19*, in *Commentario della Costituzione* a cura di G. Branca, consultabile in **ID.**, *Confessioni religiose e libertà religiosa nella Costituzione. Art 7-8-19-20*, Zanichelli Editore, Bologna-Roma, 1976; sul punto si veda anche **G. ANELLO**, *Tradizioni di giustizia e Stato di diritto, I, Religioni, giurisdizione e pluralismo*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2011, pp. 61-139; con riferimento, invece, alla circostanza che le convinzioni etico-religiose prevalgono, di norma, su quelle propriamente culturali si veda **P. CONSORTI**, *Conflitti, mediazione e diritto interculturale*, Pisa University Press, Pisa, 2013, pp. 207-215; **C. PICIOCCHI**, *La libertà terapeutica come diritto culturale. Uno studio sul pluralismo nel diritto costituzionale comparato*, Cedam, Padova, 2006, pp. 231-233; **M. d'ARIENZO**, *Le sfide della multiculturalità e la dimensione religiosa*, in *Diritto e pluralismo culturale. I mille volti della convivenza*, a cura di F. Abbondante, S. Prisco, Editoriale scientifica Italiana, Napoli, 2015, pp. 45- 67. Per ulteriori notazioni e approfondimenti si veda **N. COLAIANNI**, *Per un diritto di libertà di religione*, in questa *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, Rivista telematica (www.statoecheise.it), febbraio 2007; e ancora, **P. BELLINI**, *Nuova problematica della libertà religiosa individuale nella società pluralistica*, nel volume collettaneo *Individuo, gruppi, confessioni religiose nello stato democratico*, Giuffrè, Milano, 1973.



meritano di essere valorizzate dal tema d'indagine.

In un primo momento, non è raro percepire lo straniero come se fosse esso stesso un potenziale "agente patogeno", frutto di una vita disagiata, in un contesto ambientale malsano, curato da sempre in maniera inadeguata o comunque non conforme ai canoni della moderna medicina⁵; in secondo luogo, il medico occidentale sarà inconsciamente portato a dare seguito a indagini sempre più sofisticate, volte alla ricerca di una "sicura" malattia esotica occulta e poco conosciuta, incentivando l'approccio terapeutico a una medicina ipertecnologica e strumentale⁶.

Alla paradossale ambiguità di un operatore medico che desidera prestare soccorso ma non vuole perdere tempo, si contrappone l'atteggiamento del migrante che genera conflitti relazionali⁷: l'immigrato non ha infatti ancora spezzato tutti i legami col suo passato, ma non ha parimenti metabolizzato la cultura del paese ospitante.

Da tale complessa interazione di fattori nasce una sorta di perenne "equilibrio dinamico del migrante", che tende a spostare il proprio baricentro verso l'adesione a una cultura occidentale, non del tutto

⁵ È questo il mito del migrante quale "buon selvaggio" di rousseauiana memoria, povero e malato, che attende di essere finalmente curato alla luce dei più moderni canoni della scienza medica. Il che dà vita a una preoccupante contraddizione: quella di una medicina sofisticata ma distante, tecnicamente precisa, nelle acquisizioni scientifiche e nelle aspettative che genera, ma drammaticamente debole nelle risposte concrete alle aspettative dei bisogni umani.

⁶ Sul punto si veda **P. MARIOTTI, U. GENOVESE**, *Responsabilità sanitaria e medicina difensiva*, Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna, 2013.

⁷ Sul rapporto fra sanità e convinzioni religiose, si veda, anche in chiave comparatistica: **H.R. DOYLE**, *Reinventare la morte: dal coma dépassé ai criteri dell'Harvard Ad Hoc Committee*, in *Passaggi. Storia ed evoluzione del concetto di morte cerebrale*, a cura di I. Marino, H.R. Doyle, G. Boniolo, Il pensiero Scientifico ed., Roma, 2012; **I. LÉVY**, *La religion à l'hôpital*, Presses de la Renaissance, Paris, 2004, specialmente pp. 185-224; **M. RICCA**, *Pantheon. Agenda della laicità interculturale*, Torri del Vento, Palermo 2012, pp. 387-421; **N.A. KIRKWOOD**, *A Hospital Handbook on Multiculturalism and Religion*, Morehouse Publishing, Harrisburg, 1993, specialmente pp. 5-97; **G. ANELLO**, *Multiculturalità, "diritti" e differenziazioni giuridiche: il caso dei trattamenti sanitari*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., n. 16 del 2013, pp. 1-15; **J. LUJAN, H.B. CAMPBELL**, *The Role of Religion on the Health Practices of Mexican Americans*, in *Journal of Religion and Health*, 45, 2006, 2, pp. 183-195; **P.L. SCHILLER, J.S. LEVINEIS**, *There a religious factor in health care utilization?: a review*, in *Social Science & Medicine*, 27, 1988, pp. 1369-1379; **M. VENTURA**, *Laicità e fattore religioso in bioetica*, in *Bioetica e Diritti dell'uomo*, a cura di L. Chieffi, Paravia Scriptorium, Torino, 2000, pp. 37-50; e ancora, **C.E. COCHRAN**, *Religious Traditions and Health Care Policy: Potential for Democratic Discourse?*, in *Journal of Church and State*, 39, 1997, 1, pp. 15-35; **D.M. CRAIG**, *Health Care as a Social Good. Religious Values and American Democracy*, Georgetown University Press, Washington, 2014; **F. IACOBELLIS**, *La bioetica islamica tra medioevo e modernità*, in *Comunità islamiche in Italia. Identità e forme giuridiche*, a cura di C. Cardia, G. Dalla Torre, Giappichelli, Torino, 2015, pp. 507-528.



condivisa o condivisibile.

In questo contesto, la società di accoglienza, nel nostro caso quella italiana, riesce a imporre notevoli pressioni selettive di carattere economico e sociale che portano a identificare il migrante, alternativamente o cumulativamente, con un povero sventurato, un perdigiorno o un delinquente del terzo mondo.

Questa complessa dialettica consente di definire un nuovo spazio ermeneutico, mettendo in discussione le usuali categorie conoscitive; la consapevolezza della diversità (che non è inferiorità) culturale apre la via al superamento dell'iniziale scetticismo e tende al superamento lento, faticoso e sempre relativo, dei propri criteri di giudizio.

Il fenomeno è di facile percezione, oltre che all'interno di contesti di cura privati e pubblici, anche con riferimento alle scelte di politica sanitaria relative al fenomeno migratorio: è questo il caso dei controlli sanitari alle frontiere, dei test obbligatori per stranieri, e dell'estensibilità della sanità pubblica agli immigrati⁸ in assenza, tuttavia, di un adeguato *maquillage* giuridico-normativo che ne consenta, in concreto, la fruibilità. Il riferimento è all'inadeguatezza dei corrispondenti *itinerari* amministrativi, invero molto complessi, al problema della stabilizzazione della residenza, alla temporaneità dei permessi di soggiorno, alla quasi assoluta discrezionalità che caratterizza l'applicazione di talune norme di settore.

Il "contatto sociale" medico-paziente si dimostra, in questo contesto,

⁸ Com'è noto, il diritto alla salute per i cittadini stranieri è previsto espressamente negli artt. 2, 34, 35 e 36 del d.lgs. n. 286 del 1998 (*Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*) e nel conseguente decreto di attuazione (D.P.R. n. 394 del 1999). Le disposizioni citate, oltre che riconoscere agli stranieri il diritto alle cure essenziali e ai programmi di medicina preventiva a tutela della salute individuale e collettiva, marcano una peculiare differenziazione tra lo straniero regolarmente soggiornante nel territorio dello Stato e obbligatoriamente iscritto al SSN, e gli stranieri presenti nel territorio nazionale in modo irregolare (sul punto vedi meglio *infra* par. 3 e par. 4) Per una dettagliata disamina dei profili normativi, cfr. **F. BIONDI DAL MONTE**, *Immigrazione e welfare: condizioni di accesso e principio di non discriminazione*, in *Le Regioni*, 6, 2008, pp. 1099-1123; **A. CIERVO**, *I diritti sociali degli stranieri: un difficile equilibrio tra principio di non discriminazione e pari dignità sociale*, in *Le nuove frontiere del diritto all'immigrazione. Integrazione, Diritti, Sicurezza*. Atti del Convegno di Roma, 2-3 febbraio 2011, a cura di F. Angelini, M. Benvenuti, A. Schillaci, Jovene, Napoli, 2011, pp. 370-375; **G. BASCHERINI**, *Immigrazione e diritti fondamentali. L'esperienza italiana tra storia costituzionale e prospettive europee*, Jovene, Napoli, 2007; **L. PIERI, F. SANTOMAURO**, *Il quadro normativo di riferimento per l'assistenza sanitaria agli immigrati*, in *Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione*, a cura di S. Nuti, G. Maciocco, S. Barsanti, il Mulino, Bologna, 2012, pp. 35-46; **F. SCUTO**, *Il diritto alla salute, all'istruzione e all'abitazione degli stranieri «irregolari»: livelli di tutela*, in *Rassegna Parlamentare*, 2, 2008, pp. 381-423



particolarmente irto di ostacoli⁹.

E per converso sembra nascere una medicina diversa da quella tradizionale - diremmo, propriamente "multiculturale" prima ancora che semplicemente transculturale - una medicina sempre più sensibile e attenta ai problemi relazionali, una medicina dove poco o nulla viene dato per (conosciuto e) scontato, dove ciò che non viene esplicitato non viene immediatamente colmato da un autoctono *imprinting* culturale; dove la malattia del migrante è un'occasione di scoperta e di conoscenza; dove cioè la sfera della medicina incontra quella del sociale in uno spirito collaborativo foriero di risvolti inediti e inaspettati. Un campo, questo, dove è possibile sperimentare e valorizzare le competenze degli immigrati, unitamente al loro patrimonio (umano e) culturale.

I brevi cenni fatti finora, consentono una percezione più corretta delle numerose implicazioni e problematiche sottese al problema della cura del paziente immigrato: dalla formulazione di una diagnosi corretta, all'ottenimento del consenso informato¹⁰ fino al raggiungimento di un accettabile livello di prestazione terapeutica e del relativo decorso.

Come detto, le pur evidenti difficoltà segnalate, non devono tuttavia scoraggiare l'operatore sanitario dalla possibilità di adottare un *approccio multiculturalmente compatibile* ed efficace: il medico, *in primis*, è destinato a offrire la massima disponibilità nel variare il proprio apporto clinico-scientifico, rinunciando a quel naturale arroccamento nella cittadella fortificata delle proprie certezze scientifiche, evitando aprioristiche negazioni delle malattie denunciate e collegando il proprio operato a quello di altri soggetti capaci di colmare il *gap* situazionale esistente.

L'opportunità di utilizzare figure che possano facilitare la relazione terapeutica consente di guardare con relativo ottimismo alla così detta

⁹ Difficoltà relazionali che affondano le loro radici, sicuramente, in differenze linguistiche e culturali, ma anche di nosologia e competenza medico-scientifica; ad acuire tali difficoltà vi è, poi, la conformazione di un sistema sanitario pensato su base organicistica, abituato a relazionarsi con pazienti provenienti da un medesimo ambito geografico e culturale; nonché l'evidenziata tendenza a far convergere il profilo diagnostico verso l'esperata ricerca della conferma strumentale. È, infatti, necessario, nella pratica diagnostica e terapeutica, porsi in condizione di cartesiana e metodologica dubitatività, creando, al di là della radicale certezza dei dati acquisiti dalla medicina europea, una più concreta adesione ai singoli problemi dei soggetti coinvolti.

¹⁰ Su questo delicatissimo profilo, cfr. **G. CASCIARO, P. SANTESE**, *Il consenso informato*, Giuffrè, Milano, 2012. Per una visione di sintesi **D. DURISOTTO**, *Il valore del consenso al trattamento sanitario nell'ordinamento giuridico. Un difficile bilanciamento di principi*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., maggio 2009, pp. 1-66; **G. FERRARO**, *Informazione e consenso in sanità*, in *La responsabilità in ambito sanitario*, a cura di **S. ALEO, R. DE MATTEIS, G. VECCHIO**, Cedam, Padova, 2014, pp. 373-427.



“mediazione interculturale”¹¹, da intendersi non come semplice traduzione linguistica (funzione d’interpretariato tradizionale), ma come vera e propria traduzione culturale, ove il mediatore è chiamato a conoscere, comprendere ed esplicitare al medico curante non solo le sensazioni del paziente ma altresì le sue aspettative in termini di cura attesa e guarigione sperata.

Proprio in questo peculiare ambito d’indagine, il profilo del mediatore culturale parrebbe poter esprimere al meglio la sua funzione e dare ragione della sua poliedrica complessità.

2 - Tutela della salute e normativa di riferimento: profili etico-giuridici

Sotto il profilo strettamente giuridico, la tutela della salute di ogni essere umano risponde a un’intima esigenza di solidarietà umana e, al tempo stesso, a una logica di prevenzione della salute pubblica. Siffatta impostazione è presente nella nostra Costituzione il cui art. 32¹² dispone:

¹¹ È questo, infatti, un versante sul quale conviene mantenere viva l’attenzione valorizzando, *magis ut valeat*, gli sforzi di quelle Istituzioni che, in maniera assolutamente lungimirante, tentano di promuovere una nuova “cultura” dell’approccio con “l’altro” che non è più, semplicemente, “il diverso” bensì un individuo in carne e ossa da comprendere e con il quale interagire in maniera complessa. In questa logica si muove, da ultimo, lo sforzo programmatico di taluni nuovi corsi di laurea, idonei a formare competenze e professionalità nell’ambito della mediazione interculturale. Si pensi ai corsi universitari finalizzati alla formazione di figure altamente specializzate nel campo dell’intercultura e della coesione sociale europea. Questi percorsi universitari si prefiggono di fornire agli studenti le competenze e le capacità, non solo linguistiche, ma altresì socio-assistenziali, pedagogiche, economiche e giuridiche, necessarie a interagire con le culture e le popolazioni dei Paesi del Bacino del Mediterraneo o permeati delle civiltà che in esso hanno avuto origine (come i Paesi ispano-americani), nella prospettiva di uno sviluppo delle relazioni sociali interculturali e multiethniche e della eliminazione di situazioni di disagio, riferite a singoli come pure a gruppi e comunità anche di immigrati. I laureati possono trovare sbocchi occupazionali nelle strutture di servizio alla persona, frutto di iniziative della società civile (volontariato, enti no profit, organizzazioni non governative) o emanazione di istituzioni pubbliche nei settori scolastici, assistenziali, giudiziari, sanitari, nelle reti di scambi commerciali e turistici, negli ambiti della formazione e della ricerca. Per ulteriori approfondimenti sul tema, cfr. **S. BERLINGÒ**, *Per una equa mondializzazione delle periferie nelle società plurali: un ‘nuovo’ Corso di laurea sull’interculturalità*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., n. 27 del 2016, pp. 1-22.

¹² Per una ricostruzione dogmatica del diritto in esame, alla luce del quadro costituzionale vigente, cfr., **D. MORANA**, *La salute nella Costituzione Italiana. Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002; **M. LUCIANI**, *Diritto alla salute (dir. Cost.)*, in *Enciclopedia giuridica Treccani*, Istituto della Enciclopedia italiana, Roma, 1989, vol. XI, pp. 1-14; **A. SIMONCINI, E. LONGO**, *sub Art. 32*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di R. Bifulco, A. Celotto, M. Olivetti, Utet, Torino, 2006, vol. I, pp. 655-674; **C. TRIPODINA**, *sub Art. 32*, in *Commentario breve alla Costituzione*, a cura di S. Bartole, R. Bin, 2^a ed., Cedam, Padova,



«La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Inoltre, l'art. 2 Cost. sancisce il rispetto dei "diritti inviolabili dell'uomo" nonché "l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"; sicché la Costituzione stabilisce il principio del diritto alla tutela della salute¹³, diritto riconosciuto a tutti gli individui, siano essi cittadini italiani o altri soggetti comunque presenti nel nostro territorio.

È tuttavia nelle pieghe della legislazione speciale che deve ricercarsi il più opportuno bilanciamento tra esigenze di prevenzione e tutela e valorizzazione dei diritti umani.

Punto di partenza obbligato, sotto questo aspetto, è l'analisi delle differenti tipologie di permessi che legittimano il cittadino straniero alla fruizione dei servizi di pubblica utilità erogati dallo Stato italiano.

Viene in rilievo, innanzitutto, il così detto *permesso di soggiorno*, unico documento che consente la permanenza dello straniero non comunitario sul territorio nazionale e che viene rilasciato per i motivi indicati nel prodromico visto di ingresso.

I requisiti richiesti per l'ingresso regolare e il conseguente rilascio del

2008, pp. 321-332; **V. ZAGREBELSKY**, *Un'introduzione al diritto fondamentale alla salute*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, a cura di C. Bottari, L.S. Rossi, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013, pp. 11-14. Valutando la prospettiva indicata dall'art. 117 Cost., secondo comma, lettera *m*, riguardo ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali, si veda **R. BALDUZZI**, *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, a cura di F. Roversi Monaco, C. Bottari, Maggioli, Rimini, 2012, pp. 79-95; **R. NANIA**, *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, in *L'erogazione delle prestazioni sanitarie tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, a cura di M. Sesta, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014, pp. 29-43. Con riferimento, invece, all'ordinamento europeo cfr. **F.A. CANCELLA**, *Servizi del welfare e diritti sociali nella prospettiva dell'integrazione europea*, Giuffrè, Milano, 2012; **L. DIMASI**, *Il welfare sanitario in Italia e in Europa: quali prospettive?* in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, cit., pp. 31-42; **D. NATALI**, *Le fondamentali normative del welfare state: lo stato dell'arte e nuove prospettive di ricerca. Un commento*, in *Stato e Mercato*, 97, 2013, pp. 81-93.

¹³ Tra le tante pronunce della Corte costituzionale in tema di diritto alla salute cfr., Corte cost., 18 febbraio 1975, n. 27; 12 luglio 1979, n. 88; 12 ottobre 1988, n. 992; 11 luglio 1991, n. 356; 16 aprile 2012, n. 107; e ancora, 24 maggio 1977, n. 103; 25 ottobre 1982, n. 175. Per la massima espansione del diritto alla salute, che si riverbera nei rapporti inter-privati si vedano le pronunce 10 dicembre 1987, n. 559; 30 giugno 1986, n. 184; 14 giugno 1990, n. 307; 23 aprile 1991, n. 202; 23 aprile 1993, n. 184 (tutte consultabili in www.giurcost.it).



permesso sono fissati dalla normativa nazionale. In assenza di detta documentazione l'immigrato presente sul suolo italiano versa in condizione d'irregolarità, egli potrà essere in concreto un clandestino, ossia un individuo che ha fatto ingresso nello Stato eludendo i controlli di frontiera ovvero un soggetto che non ha richiesto il permesso di soggiorno dopo l'ingresso regolare ovvero che non lo abbia rinnovato dopo la scadenza.

La normativa in tema d'immigrazione e di condizione giuridica dello straniero è stata caratterizzata, negli anni, da una forte instabilità politico-normativa.

I vari interventi legislativi, dalla legge Martelli, alla legge Turco-Napolitano (testo unico del 1998), fino alla più recente legge Bossi-Fini (legge n. 189 del 2002), hanno, con modalità e tecniche differenti, orientato e temperato esigenze di accoglienza e di controllo dei flussi migratori, non disconoscendo, in parallelo, l'adesione a logiche di natura propriamente contenitivo-repressiva.

La legge Bossi-Fini ha introdotto, da ultimo, la disciplina del così detto *contratto di soggiorno* legando, dunque, indissolubilmente la presenza di un regolare rapporto di lavoro al soggiorno sul territorio nazionale.

Il datore di lavoro che ha interesse ad assumere un cittadino straniero deve infatti presentare una richiesta di nulla osta all'ingresso di tale soggetto nel rispetto delle quote fissate dai decreti ministeriali; detta autorizzazione sarà successivamente inviata allo straniero nel proprio Paese di origine così da permettere il rilascio del visto all'ingresso da parte del nostro Consolato.

Il cittadino straniero, che abbia ricevuto il visto per motivi di lavoro, potrà quindi entrare e richiedere, entro otto giorni dall'arrivo, il permesso di soggiorno alla competente questura territoriale. L'eccessiva burocratizzazione della procedura segnalata ha, nei fatti, contribuito a rendere necessaria l'adozione di provvedimenti correttivi di natura emergenziale.

Con cadenza periodica il nostro Governo ha emanato, negli ultimi anni, norme di regolarizzazione in deroga alle vigenti disposizioni con ciò contribuendo ad aumentare la "confusione informazionale" anche in ambito internazionale.

È, poi, prevista, la possibilità di un ingresso in Italia anche per motivi diversi da quelli lavorativi grazie ad appositi visti per ragioni di studio, affari e turismo e ancora per motivi religiosi, di ricongiungimento familiare o di sottoposizione a terapie mediche e procedure diagnostiche.

Con riferimento a quest'ultimo aspetto, il visto per cure mediche viene richiesto, nello specifico, dal cittadino straniero che abbia necessità di sottoporsi a un determinato trattamento terapeutico in Italia; in tal caso sarà necessario esibire un'apposita dichiarazione di disponibilità da parte della



struttura sanitaria italiana (c.d. ospitante) con la quale la stessa si rende disponibile a svolgere la prestazione, versare alla struttura stessa il trenta per cento del costo presunto della prestazione eroganda e mostrare una dichiarazione di ospitalità nel nostro paese; ottenuto il visto, lo straniero sarà abilitato a richiedere in Italia il permesso di soggiorno per cure mediche, permesso di natura speciale e transitoria che non dà diritto né all'iscrizione presso il S.S.N. né alla futura conversione in un permesso per ragioni di lavoro.

Viceversa, se il cittadino immigrato contrae una malattia nel nostro Paese è, invece, prevista la possibilità di una proroga del suo permesso di soggiorno per motivi di salute; la proroga *de qua* sarà, tuttavia, concessa allo straniero nei soli casi in cui abbia contratto una malattia (o comunque patito un infortunio o una malattia professionale) che non gli consentano di lasciare il nostro Stato al giorno in cui si verifica la scadenza del permesso di soggiorno originariamente concesso¹⁴.

3 - Stranieri regolari e irregolari

Al di fuori dei casi segnalati, lo straniero che risieda sul territorio dello Stato italiano in assenza di una delle prescritte documentazioni è uno straniero irregolare.

Secondo quanto previsto dall'art. 34 della Testo Unico del 1998, soltanto gli stranieri regolarmente soggiornanti hanno l'obbligo di iscriversi al S.S.N. in condizione paritetica rispetto ai cittadini italiani; tale obbligo è esteso di diritto agli immigrati detenuti, regolari e irregolari, sia in regime carcerario pieno che di semilibertà o comunque sottoposti ad altre forme di pena anche non detentiva.

Come chiarito dalla citata circolare ministeriale n. 5 del 2000, tra i permessi per motivi familiari vengono a essere compresi, oltre che i titolari

¹⁴ La regola in esame, contenuta nella circolare del Ministero della Salute n. 5 del 2000, risulta in gran parte inapplicata a seguito di divergenze interpretative delle singole questure territoriali, alcune delle quali spesso negano il rilascio del permesso di soggiorno nella situazione descritta. Diverso è poi il caso di alcuni permessi di soggiorno di carattere speciale rilasciati anche in assenza di un ingresso regolare: è questo il caso dei minori stranieri non accompagnati, dei richiedenti asilo, delle donne in gravidanza e dei congiunti di cittadini italiani. Infine, meritano di essere menzionate altre particolari tipologie di permesso di soggiorno rilasciate in esenzione del visto d'ingresso: è il caso del permesso concesso ai genitori dei minori che abbiano gravi problemi psicofisici (art. 31 del Testo Unico del 1998); il permesso per la così detta "protezione sociale" (art. 18 del Testo Unico del 1998) e il permesso per motivi umanitari rilasciato dalla questura per gravi motivi personali che non consentono l'espulsione del cittadino non comunitario.



di permesso di soggiorno, anche coloro i quali abbiano ottenuto il permesso di soggiorno per fare fronte alle esigenze di cura e assistenza di un minore.

Parimenti, tra i permessi di soggiorno per motivi *lato sensu* umanitari rientrano, non solo i titolari di permesso di soggiorno per motivi umanitari in senso stretto (a seguito di parere favorevole della Commissione per il riconoscimento dello *status* di rifugiato), ma anche i titolari di permesso per motivi di salvaguardia sociale, i minori e le donne in stato di gravidanza fino a sei mesi dalla nascita del figlio.

L'iscrizione presso il S.S.N. va effettuata nel presidio sanitario competente in base al luogo di residenza o di dimora effettiva e unicamente sulla base dell'esibizione del permesso stesso e di apposita autocertificazione del codice fiscale¹⁵.

Sullo straniero sprovvisto di permesso di soggiorno - ma soggiornante transitoriamente, ad esempio, per motivi di vacanza - grava, invece, l'obbligo del pagamento effettivo delle prestazioni mediche ovvero della stipula di un'apposita polizza assicurativa italiana.

Coloro i quali provengono da Paesi stranieri legati al nostro da particolari accordi, l'erogazione delle prestazioni sanitarie viene a essere disciplinata dalle norme pattizie.

Il permesso di soggiorno per cure mediche¹⁶ non consente l'iscrizione al S.S.N.; esso è, infatti, un titolo di soggiorno che viene rilasciato sulla base dell'apposito visto ottenibile presso le Rappresentanze diplomatiche italiane nei paesi di origine e ha valenza limitata per il singolo trattamento terapeutico.

Gli stranieri propriamente irregolari - cioè privi del tutto del permesso di soggiorno e dei requisiti per poterlo ottenere - hanno diritto, in

¹⁵ In molti casi, infatti, agli stranieri vengono richiesti, dalle aziende sanitarie competenti, documenti aggiuntivi non richiesti quali buste paga e contratti di lavoro. Prassi, quest'ultima, da censurare in quanto surrettiziamente distorta verso l'assolvimento di una funzione di accertamento e controllo non prevista in capo ai presidi sanitari. In base al regolamento di attuazione della legge Bossi-Fini, inoltre, l'iscrizione effettuata non perde efficacia in pendenza del rinnovo del permesso di soggiorno. L'iscrizione, in condizioni di successiva regolarizzazione, dovrà, pertanto, essere mantenuta e i sevizi di anagrafe sanitaria non necessiteranno di alcuna variazione in tal senso. Ulteriori difficoltà sono sorte con riferimento alla validità della richiesta di primo rilascio del permesso di soggiorno e per l'ottenimento della tessera sanitaria. In ogni caso, il servizio di assistenza sanitaria avvantaggia anche i familiari a carico e regolarmente soggiornanti e viene comunque assicurata fin dalla nascita ai minori figli di stranieri iscritti al S.S.N.

¹⁶ A tale proposito, si segnala che i permessi di soggiorno rilasciati in base alla raccomandazione del Tribunale per i minorenni, i permessi per gravidanza e i permessi per motivi di salute, ottenuti come proroga di pregressi titoli di soggiorno, recano spesso la stessa dicitura "cure mediche", ma vanno tenuti ben distinti dalla tipologia di cui sopra, in quanto, non subordinati all'iscrizione al S.S.N.



base alla legge Turco-Napolitano, alle cure ambulatoriali e ospedaliere indifferibili¹⁷, perché urgenti ed essenziali, sebbene prolungate, per malattia o infortunio; la medesima normativa garantisce altresì, a tali soggetti, la piena tutela in stato di gravidanza, per la successiva maternità, oltre che la salute del minore, ivi incluse le vaccinazioni obbligatorie e gli interventi di profilassi, diagnosi e cura per le malattie infettive.

4 - L'assistenza sanitaria per i "richiedenti asilo"

La così detta legge Bossi-Fini, ha introdotto nel nostro ordinamento l'istituto del trattenimento dei richiedenti asilo. Con specifico riferimento ai problemi collegati al settore medico e sanitario, i soggetti richiedenti asilo presenti nei centri di identificazione vengono di fatto equiparati agli stranieri irregolari; hanno, pertanto, diritto alle sole cure urgenti e indifferibili, essenziali e continuative, come previsto dall'art. 35, terzo comma, del Testo Unico del 1998 e non possono agevolarsi dell'iscrizione al S.S.N., salvo richiederla successivamente allorché abbiano ottenuto il permesso di soggiorno.

Tali soggetti incontrano notevoli difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari atteso il connaturale nomadismo e l'assenza di una stabile sistemazione abitativa.

Pur potendo, infatti, i richiedenti asilo non inoltrano la richiesta di iscrizione al S.S.N. nel luogo ove hanno ottenuto il permesso di soggiorno e, pertanto, non possono usufruire dell'assistenza sanitaria in diverso Comune, data la territorialità dell'iscrizione stessa; per tale ragione, sono il più delle volte necessitati a fare ricorso alle sole forme di assistenza previste per gli irregolari.

Ben potrebbe, invero, il richiedente asilo inoltrare istanza di rinnovo del permesso di soggiorno alla competente questura territoriale, indicando il nuovo domicilio, ma una tale procedura rischierebbe di dilatare *sine die* i tempi necessari per la convocazione innanzi alla "Commissione per il riconoscimento dello *status* di rifugiato"; unica alternativa - praticabile esclusivamente nel caso in cui il soggetto abbia già ottenuto il rilascio della

¹⁷ Per cure indifferibili e urgenti s'intendono quelle cure che non possono essere procrastinate senza pericolo per la vita o danno grave per la salute del paziente; per cure essenziali s'intendono le prestazioni sanitarie, a carattere diagnostico e terapeutico, relative a patologie che nel tempo potrebbero determinare un danno per la salute. Agli stranieri irregolari sono comunque garantiti i sostegni sanitari per la cura e la riabilitazione dalle tossicodipendenze, dalle malattie psichiatriche e, in generale, tutti gli interventi di natura riabilitativa.



tessera sanitaria dall'unità sanitaria competente - è quella di richiedere un'iscrizione temporanea nel luogo del nuovo domicilio, previa ostensione delle effettive ragioni di trasferimento.

Tuttavia, le modifiche introdotte dal nuovo regolamento sulla procedura di richiesta d'asilo¹⁸ escludono i richiedenti trattenuti presso i centri di identificazione dal rilascio del permesso di soggiorno e, dunque, dalla possibilità di iscriversi al S.S.N.; tali soggetti sono stati pertanto relegati in una sorta di "limbo normativo" atteso che, sebbene presenti regolarmente sul nostro territorio, non possono, in concreto, godere dei diritti conseguenziali.

5 - Gli stranieri temporaneamente presenti (S.T.P.)

A prescindere dalla condizione soggettiva in cui versi lo straniero - regolare in attesa di permesso di soggiorno, soggiornante occasionale, irregolare, etc. - l'erogazione delle singole prestazioni sanitarie è comunque subordinata al rilascio, da parte dell'unità sanitaria competente per territorio, di un codice identificativo univoco con la sigla S.T.P.¹⁹, validamente riconosciuto sul nostro territorio nazionale. Il codice S.T.P. non è un documento identificativo ma assolve lo scopo di agevolare l'accesso dello straniero ai servizi sanitari²⁰, costituendo il punto di riferimento per il rendiconto (e il

¹⁸ Precedentemente all'entrata in vigore del regolamento citato, era prevista l'iscrizione al S.S.N. in favore di tutti coloro che richiedevano il riconoscimento dello *status* di rifugiato. Tali soggetti, a seguito della presentazione della domanda di asilo alla questura competente per territorio, ricevevano un permesso di soggiorno con validità trimestrale e soggetto a rinnovo fino alla data prevista per l'audizione in seno alla "Commissione centrale per il riconoscimento dello *status* di rifugiato".

¹⁹ Il così detto "tesserino S.T.P." può essere rilasciato nell'ambito delle strutture deputate al servizio di "medicina del territorio" o presso alcuni presidi ospedalieri accreditati che operano, eventualmente, in collaborazione con associazioni di volontariato aventi esperienza specifica nel settore della immigrazione. Sono queste le strutture qualificate di "primo livello", deputate a garantire l'accesso diretto al servizio sanitario, senza cioè prenotazione e impegnativa. Le prestazioni erogate possono essere fruite presso gli stessi ambulatori ospedalieri, ma anche in consultori familiari, laboratori e poliambulatori specialistici. Esiste, dunque, una vasta serie di strutture abilitate al rilascio del codice S.T.P., e ciò comporta un'attenta e adeguata valutazione delle presenze di cittadini stranieri sul territorio. Per ulteriori notazioni, cfr. **A.M. LUZI, G.M. PASQUALINO, L. PUGLIESE, M. SCHWARZ, B. SULIGOI**, *L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative* (in www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_199).

²⁰ Sul ruolo della corretta identificazione dello straniero al fine di garantire un concreto accesso alle cure mediche, cfr. **M. BOUCHARD**, *Identità culturale, uguaglianza e diversità*, in *Questione Giustizia*, 3, 2001, pp. 469-486; e ancora, **F. MANTI**, *Le relazioni terapeutiche nella società pluralista. Aspetti bioetici e biopolitici per una medicina transculturale*, in *Medicina*



successivo rimborso) delle prestazioni erogate, nonché per la prescrizione, su ricettario unico regionale, delle visite medico-specialistiche e dei farmaci funzionali alla terapia prescritta; tale codice ha una validità semestrale ed è sempre rinnovabile fino all'eventuale ottenimento del permesso di soggiorno.

Aspetto particolarmente delicato della normativa in materia di erogazione delle prestazioni sanitarie agli stranieri è rappresentato dalla possibilità di una co-gestione dei servizi *de quibus* da parte di associazioni di volontariato aventi esperienza specifica nel settore medico e dell'immigrazione, deputate a collaborare con le strutture pubbliche all'interno degli ambulatori S.T.P. Il nodo problematico di maggiore rilievo è rappresentato dalla difficoltà di riuscire a garantire livelli di assistenza e cura adeguati.

Sembra, pertanto, opportuna la stipula di (rigidi) protocolli d'intesa tra struttura pubblica e associazione privata con finalità sociale al fine di garantire un più effettivo e penetrante controllo nell'erogazione dei servizi offerti.

I servizi S.T.P. devono infatti essere considerati, anche con riferimento agli standard qualitativi, come pienamente ricompresi nell'attività svolta dal S.S.N., dovendo sottostare a una logica di tutela del diritto alla salute del migrante e non semplicemente a un approccio in termini di assistenzialismo sociale.

Con riferimento al costo delle singole prestazioni, queste sono legate - in relazione alla normativa nazionale e regionale - allo stato patrimoniale del migrante. Lo straniero, infatti, se privo di risorse economiche, sarà tenuto a sottoscrivere una dichiarazione di incapacienza patrimoniale; in tal caso, sulla base della normativa nazionale le prestazioni sono gratuite salvo l'obbligo di corrispondere, a parità di condizione con i cittadini italiani, il *ticket*²¹.

Sul versante della tutela della privacy, va sottolineato che, al fine di garantire l'effettiva fruizione dei servizi sanitari, per il rilascio del tesserino S.T.P. non è necessario esibire alcun documento d'identità, ma è sufficiente, una dichiarazione spontanea che attesti le proprie generalità. Inoltre, l'accesso agli ambulatori dedicati ai soggetti stranieri (irregolari) non

e Multiculturalismo, cit., pp. 144-145; C. PINELLI, *Società multiculturale e Stato costituzionale*, in *il Multiculturalismo*, a cura di V. Boldini, Cedam, Padova, 2012, pp. 91-112.

²¹ La normativa regionale ha specificato tale aspetto, sostenendo la necessità di esonerare i migranti irregolari dal pagamento del *ticket* in quanto, tali soggetti, non sarebbero comunque in grado di documentare alcun reddito. Il problema dell'esenzione dal pagamento del *ticket* viene, tuttavia, risolto in modo estremamente difforme nei diversi comparti sanitari e rende necessaria una più chiara normazione in tal senso.



contempla alcun tipo di segnalazione all'autorità giudiziaria (o di polizia), eccezion fatta per quelle patologie che prevedono l'obbligatorio rilascio del referto.

Sovente, infatti, i migranti non si sottopongono alla prestazione medico-sanitaria per il timore di venire denunciati. Gli stessi dati sensibili registrati presso l'ambulatorio che effettua la prestazione medica vanno trattati con estrema riservatezza in sintonia con quanto disposto in generale dalla normativa sul trattamento dei dati personali; taluni dati potranno essere comunicati esclusivamente su richiesta della Procura della Repubblica; se, inoltre, l'immigrato chiede di rimanere anonimo lo stesso tesserino potrà essere rilasciato senza indicazione delle corrispondenti generalità.

Sotto il profilo patrimoniale, il rimborso delle prestazioni effettuate allo straniero graverà inizialmente sul presidio territoriale competente che dovrà richiederne lo storno: -1) al Ministero dell'Interno, per quanto concerne le spese attinenti alle prestazioni urgenti ed essenziali, a quelle per malattia e infortunio, sia in regime di ricovero che di *day hospital*; -2) alla Regione, per tutte le restanti ipotesi ivi incluse le spese per gravidanza e per maternità, quelle afferenti alla salute del minore, alle vaccinazioni e agli interventi di profilassi delle malattie infettive.

Ulteriore profilo degno di nota è quello che concerne l'erogazione delle cure a carattere continuativo; in tal caso, lo straniero sottoposto a cure nel nostro paese, tali da non poter essere interrotte senza pregiudizio per la sua salute e in assenza della possibilità di un analogo trattamento nel suo paese di origine, può agevolarsi di un titolo di soggiorno che garantisca in maniera efficace detta continuità terapeutica, sulla base dell'art. 35 del Testo Unico del 1998.

Per di più, in caso di notifica di un provvedimento di espulsione a carico di uno straniero affetto da grave patologia, quest'ultimo ha diritto di presentare ricorso al giudice di pace, il quale potrà annullare il provvedimento impugnato e garantire così la prosecuzione della terapia²².

Per tutti i cittadini comunitari non esistono, com'è noto, visti d'ingresso o nulla osta di sorta, vigendo gli opposti principi del libero transito e della libertà di stabilimento²³; nei confronti di tali soggetti

²² *A contrario*, il paziente può anche rifiutare le cure e, in tal caso, anticipare i tempi di una sua eventuale espulsione. Per un raffronto giurisprudenziale, si veda Cass. civ., sez. III, 18 settembre 2008, n. 23846, in *CED Cass.*, dove si affronta espressamente il problema dell'autodeterminazione terapeutica, interpretata in chiave di diritto personalissimo, di rango costituzionale, che il singolo individuo deve poter esercitare in ogni fase della sua vita.

²³ I cittadini comunitari risultano quindi regolarmente soggiornanti sul territorio, non



potranno, tuttavia, essere adottati provvedimenti di espulsione (*ad personam*) dettati da motivi di ordine, sicurezza o sanità pubblica.

Per quanto concerne le modalità di accesso ai servizi sanitari, i cittadini comunitari, nell'ipotesi di soggiorno-vacanza o comunque di breve durata, utilizzeranno, quale titolo legittimante all'erogazione della prestazione medica, la tessera sanitaria europea di assicurazione e malattia.

6 – Gli apolidi e i rifugiati per motivi politici

L'apolide stabilmente residente nel territorio italiano è soggetto alla normativa interna per quanto concerne l'esercizio dei diritti civili e per l'obbligo del servizio civile o militare; diversamente, lo straniero cui viene riconosciuto lo *status* di rifugiato sarà equiparato all'apolide con l'esclusione degli obblighi inerenti il servizio civile o militare.

Sulla base della normativa vigente, lo *status* di rifugiato viene a essere riconosciuto al cittadino straniero che inoltri apposita "istanza motivata e, in quanto possibile, documentata all'ufficio di polizia di frontiera" (art. 1, quinto comma, legge n. 39 del 1990); nulla ostando all'accoglimento di tale richiesta - e in attesa della conclusione del procedimento per il riconoscimento dello "*status* di rifugiato" - il questore del luogo in cui lo straniero dimora, rilascia un permesso di soggiorno temporaneo; ugualmente il riconoscimento del predetto *status* e del conseguente permesso temporaneo spetta al cittadino.

Gli apolidi, ovvero i soggetti comunque privi di cittadinanza, possono richiedere, pertanto, l'iscrizione presso il S.S.N. nel luogo ove essi stabilmente dimorano; sulla base delle tutele *ex lege*, inoltre, tali soggetti, se privi di risorse economiche, godono di un trattamento agevolato che consiste nella possibilità di richiedere l'iscrizione al S.S.N. senza il pagamento dei contributi di malattia e di fruire gratuitamente delle

potendo essere più soggetti a provvedimenti di allontanamento e possono liberamente soggiornare in Italia per periodi inferiori a 3 mesi senza alcuna formalità. Per dimostrare, invece, la presenza stabile nel nostro Paese, sono tenuti a richiedere l'iscrizione anagrafica. Infatti, ai sensi del D.lgs. n. 30 del 2007, la carta di soggiorno, prima necessaria per soggiornare per periodi superiori a tre mesi, viene sostituita dall'iscrizione anagrafica. Per richiedere l'iscrizione anagrafica è necessario essere in possesso di uno dei seguenti requisiti: - a) contratto di lavoro subordinato o esercizio di lavoro autonomo nello Stato; - b) risorse economiche sufficienti e un'assicurazione sanitaria o altro titolo idoneo che copra tutti i rischi nel territorio nazionale; -c) iscrizione a un corso di studi presso un istituto pubblico o privato riconosciuto e un'assicurazione sanitaria o altro titolo idoneo che copra tutti i rischi nel territorio nazionale; -d) essere familiare comunitario di un cittadino comunitario già regolarmente presente sul territorio.



prestazioni ospedaliere urgenti per il caso di malattia, infortunio e maternità.

In sintonia con la Convenzione di Ginevra, e sulla base del regolamento attuativo della citata legge n. 39 del 1990, “coloro che hanno conseguito lo status di rifugiato fruiscono [...] dello stesso trattamento assistenziale riservato ai cittadini italiani”.

7 - Alcune notazioni conclusive

Queste brevi note, riassuntive del quadro legislativo in materia di trattamento sanitario dei soggetti stranieri, hanno lo scopo di mantenere alta l’asticella dell’attenzione sul tema della tutela dei migranti; un versante ove necessariamente si intrecciano prospettive divergenti di ordine politico, sociale, antropologico e, ovviamente, normativo.

Bisogna attingere a un nuovo livello di consapevolezza per rendersi pienamente conto che ogni atto medico si presta, *ex ante* ed *ex post*, a una lettura complessa e pluridimensionale; la così detta “medicina preventiva” invoca l’adesione a una metodologia di approccio integrata che tenda a favorire e gestire, nel tempo, il rapporto tra medico e immigrato in una prospettiva non già unidimensionale ma necessariamente partecipativa²⁴ che tenga conto dei problemi del singolo migrante e di quelli della sua famiglia e della sua comunità di appartenenza.

Una risposta adeguata, in termini di efficienza ed efficacia sanitarie, deve considerare, infatti, le molteplici difficoltà di carattere socio-culturale che una popolazione particolarmente delicata e vulnerabile, qual è quella dei migranti clandestini, porta con sé. Le strutture territoriali competenti dovranno risultare, pertanto, facilmente accessibili e dimostrare una notevole flessibilità negli orari di apertura e di gestione del servizio.

Sarà, poi, necessaria l’attivazione di specifici osservatori epidemiologici che valutino, in una prospettiva di breve, medio e lungo periodo, il fenomeno migratorio nel suo complesso, promuovendo indagini a carattere conoscitivo e studi di settore sulle principali patologie che affliggono gli stranieri. Siffatte strutture dovrebbero porsi al centro di una più articolata e vasta rete nazionale che coordini i servizi di assistenza

²⁴ Sull’importanza di un continuo raffronto tra la prospettiva medico-scientifica e quella antropologico-culturale in vista della realizzazione di una medicina propriamente “transculturale”, cfr. il parere del **COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA**, *Problemi bioetici in una società multietnica*, 16 gennaio 1998 (in www.governo.it/bioetica/pareri); e ancora, **I. RUGGIU**, *Il giudice antropologo. Costituzione e tecniche di composizione dei conflitti multiculturali*, Franco Angeli, Milano, 2012.



sociale e sanitaria sul territorio; le strutture ospedaliere di secondo livello, invece, avranno il compito di garantire, là dove necessario, la continuità assistenziale, favorendo l'accesso e la fruizione dei diversi servizi da parte degli immigrati.

Ruolo fondamentale, in tale peculiare ambito d'azione, sarà svolto, in termini di filtro e di orientamento socio-sanitario, proprio da tali presidi sanitari e a favore dei pazienti stranieri; ciò dovrebbe consentire una maggiore conoscenza, da parte degli immigrati, del funzionamento del nostro S.S.N. con l'auspicabile risultato di evitare un eccessivo utilizzo dei presidi di primo soccorso, a tutto vantaggio della qualità assistenziale e con minori costi sociali.

Attività prodromica sarà quella di evidenziare, nella maniera più chiara possibile, il contenuto della disciplina normativa (nazionale e regionale) in tema di assistenza sanitaria agli stranieri, favorendo, da parte degli immigrati e degli operatori del settore, una maggiore partecipazione e una più diffusa consapevolezza dei propri diritti e delle connesse prerogative.

A corredo di un sistema così congegnato, andrebbe previsto, sempre all'interno delle strutture anzidette, un sistema di approccio integrato nei confronti del paziente migrante: dovrà essere valorizzata la sua diversità culturale in termini di diversità linguistica, etica, religiosa e sanitaria; ogni struttura dovrebbe dotarsi di personale specializzato per fornire le più corrette informazioni sia in ambito normativo che medico-sanitario; le strutture deputate dovrebbero altresì predisporre - a livello integrativo e complementare - corsi di attività/formazione, di diverso livello, sia in tema di medicina transculturale che di assistenza ai migranti.

Ciò significa, in altri termini, creare le condizioni perché il diritto alla salute sia fruibile dal maggior numero di soggetti possibili, a cominciare dalle persone che più dimostrano di averne bisogno. In definitiva non è (soltanto) un problema di erogazione della prestazione medica ma di "organizzazione complessiva" che valorizzi il principio di solidarietà sociale nell'ottica di una sempre più attenta disponibilità relazionale in un contesto socio-culturale più aperto e accogliente.

La strada da seguire sembra essere, pertanto, quella di una costante valorizzazione del principio di certezza del diritto con riferimento al tema della salute e della protezione dei migranti; in adesione a tale intento si renderà necessaria un'intensa attività di programmazione nella gestione dell'accesso alle strutture sanitarie e una più incisiva attività di controllo in relazione alle prestazioni mediche di primo e secondo livello.

L'efficacia concreta di un siffatto percorso di politiche d'integrazione poggia le sue basi su una ferma volontà di rinnovamento culturale orientata a fare sentire lo straniero immigrato "nuovo cittadino", pienamente



consapevole del suo diverso - ma non per questo deteriore - *habitat* sociale.