

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
Atti del XIII Congresso Nazionale
14-17 maggio 2014

Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere

a cura di

Mario Affronti, Giovanni Baglio, Salvatore Geraci,
Maurizio Marceca, Maria Laura Russo

Salute degli immigrati: le trappole istituzionali

Patrizia Carletti

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute – Agenzia Regionale Sanitaria Marche

Tra i principali diritti riconosciuti alla persona malata come fondamentali sono richiamati: i diritti alla vita, alla riservatezza della vita privata, a non subire discriminazioni, ad essere adeguatamente informati, ad esprimere il proprio consenso informato (ONU 1948, 1977, 1985, 1989, OIL 1975).

In Italia “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti” e grazie a questi principi fondamentali, nonostante l’immigrazione sia da sempre gestita in un’ottica securitaria ed emergenziale, per la salute, dal 1995 l’Italia ha indicato “politiche sanitarie inclusive” in un’ottica di tutela sanitaria senza esclusioni (Legge 6 marzo 1998, n. 40, D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286, D.P.R. 31 agosto 1999, Circolare Ministro Sanità n. 5 del 24 marzo 2000). Anche le istituzioni europee hanno fornito indicazioni specifiche invitando gli Stati Membri ad attuare politiche per la salute e ad assicurare le cure ai gruppi vulnerabili e tutti agli immigrati, ancorché sprovvisti di titolo di soggiorno (Parlamento e Consiglio d’Europa).

Il diritto all’assistenza sanitaria e alle cure, tuttavia, è fortemente condizionato dalle norme e dalla *fittizia* differenziazione giuridica degli immigrati da parte del Ministero dell’interno.

Le “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione” stabilendo l’autonomia legislativa delle Regioni in sanità ha avuto come conseguenza il fatto

che i Sistemi Sanitari Regionali oggi siano molto difforni, fornendo una intensità di cura molto varia, fino a determinare deroghe dai Livelli Essenziali di Assistenza e dal principio di equità, specie per i gruppi più vulnerabili, quali gli immigrati, tanto più che il ruolo di garanzia dell’equità del Ministero della salute ed il “sistema di garanzia” quale la Certificazione annuale degli adempimenti LEA in generale sono deboli e nello specifico non sono contemplati adempimenti specifici ed un monitoraggio per la salute della popolazione immigrata.

In sintesi ad oggi il quadro è tale che una discriminatoria differenziazione di *status giuridico* della popolazione immigrata crea gruppi con diritti sociali differenziati (prima trappola).

Nell’assistenza sanitaria persistono:

- discriminazioni istituzionali *nazionali* (es. l’esclusione dall’iscrizione SSN del genitore entrato in Italia per ricongiungimento familiare dopo il 6 novembre 2008) (seconda trappola),

- discriminazioni istituzionali *locali* a causa del fatto che la sanità è materia “concorrente” (Regioni... es. in Emilia Romagna abolizione del codice di esenzione X01 previsto per Decreto Ministeriale per gli STP indigenti) (terza trappola),

- discriminazioni dovute a “*prassi*” ed interpretazioni soggettive di singole direzioni aziendali o singoli operatori amministrativi (quarta trappola).

È evidente che la principale barriera

per l'attuazione del diritto alla salute degli immigrati è un fatto *culturale* perché ancora oggi la materia dell'immigrazione afferisce al Ministero dell'interno, è un argomento "strumentale" utilizzato dai partiti politici in modo ideologico e propagandistico per raccogliere consenso, con una sistematica e persistente incapacità di lettura del fenomeno e di proposizioni utili a governare le problematiche connesse all'immigrazione e con il favore di media subalterni e di basso profilo che, con linguaggio propagandistico, contribuiscono ad alimentare una cultura razzista e pregiudiziale. Oggi poi, più che mai, l'equilibrio finanziario appare come il fattore condizionante più problematico per quanto riguarda i diritti sociali cosiddetti di prestazione, il che sta conducendo la società ad una deriva conflittuale molto grave. A questo proposito si deve segnalare ancora una volta il persistente pre-giudizio che l'immigrazione rappresenti un "rischio" per la sostenibilità del nostro sistema economico e di welfare: più del 50% dei cittadini in Canada e in Europa ritiene ad esempio che i migranti beneficino dei servizi di welfare/sanitari più di quanto contribuiscono (OCSE, 2013), mentre ad es. in Italia gli immigrati che sono circa il 7,5% della popolazione producono 1,7 miliardi di euro netti a fronte del rapporto costi/benefici per le casse statali, comprese le spese di giustizia e sanitarie e la spesa pubblica per gli immigrati è circa il 3,4% del totale (Lunaria, 2013).

La discriminazione, diretta o indiretta, individuale o istituzionale, quando si manifesta nei diversi ambiti della vita delle persone ha un impatto negativo sulla salute con aumento del costo sociale per cui la situazione continua a richiedere un forte impegno "politico" e di lobbying perse-

guendo la finalità di promuovere la salute degli immigrati a tutti i livelli.

Occorre continuare il lavoro istituzionale a livello del Tavolo interregionale "Immigrati e servizi Sanitari" del coordinamento della Commissione Salute, attivare reti "antidiscriminazione", potenziare le reti professionali (es. SIMM), fare formazione e sensibilizzazione agli operatori sanitari e ai decisori, divulgare le informazione agli immigrati (empowerment, health literacy), impiegare correttamente nei servizi sanitari, come previsto nelle normative, in modo sistematico e capillare il dispositivo della mediazione interculturale, un potente strumento per favorire i diritti e per il mutamento interculturale della società di accoglienza.

Bibliografia

- Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, ONU 1948.
- Patto internazionale sui diritti economici, sociali, culturali, ONU 1977.
- Convenzione sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazioni contro le donne n. 132 ONU 1985.
- Convenzione sui diritti dell'infanzia, ONU 1989.
- Convenzione OIL n. 143, 1975.
- Convenzione europea di assistenza sociale e medica - 1953, L. 385/1958.
- Carta sociale europea - 1961, L. 30/1999.
- Regolamento UE 1231 - 2010.
- Council of European Union: Equity and health in all polizie, 20 may 2010.
- Parlamento europeo: relazione sulle disegualianze sanitarie nell'UE, A7-0032/2011.
- Parlamento europeo: relazione sulla strategia per l'inclusione dei Rom, A7-0043/2011.
- Ocse - Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, *International Migration Outlook*, 2013.
- I diritti non sono un costo*, dossier di "Lunaria", 2014.