

# OBIETTIVOSANITA

L'aggiornamento continuo dell'Operatore Sanitario

## **Medicina e assistenza sanitaria multi-etnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse**

### **Modulo 2: Diritto alla salute**

Dr **Simone Rasetti**, giornalista ed esperto in comunicazione

Dr.ssa **Eleonora Zanella**, infermiera operante nell'ambito dell'assistenza infermieristica diretta alla persona e consulente in ambito di formazione, in possesso di laurea magistrale in infermieristica e master professionale.

*Responsabile scientifico:* Dr **Andrea Vettori**, Esperto in Clinical Governance

Sanitanova è accreditato dalla Commissione Nazionale ECM (accreditamento n. 12 del 10/06/2010) a fornire programmi di formazione continua per tutte le professioni.

Sanitanova si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività ECM.

Inizio evento: 5/4/2012; ID evento: 12-29312

Keywords: leggi assistenza sanitaria stranieri, regioni, diritti sanitari

### **Obiettivi del modulo didattico**

Al termine del modulo didattico, il lettore dovrebbe essere in grado di:

- comprendere il quadro normativo che regola il tema "salute e immigrati"
- stimolare il rispetto dei diritti e dei doveri degli stranieri residenti in Italia

Dopo aver analizzato nel modulo precedente i numeri e le dinamiche del fenomeno immigrazione in Italia e le sue ricadute nel mondo della sanità, in questa seconda parte cominceremo a entrare nel cuore del tema

del corso e cercheremo di capire il quadro normativo che delimita l'agire dei sanitari. Vedremo cioè cosa prevedono le leggi nazionali e quelle regionali, chiudendo con uno sguardo attento alle ripercussioni economiche e cioè quanto incidono gli stranieri residenti (regolari e irregolari) sul SSN e sui sistemi di cure regionali.

## Il quadro generale

La "Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino", approvata dall'Assemblea Nazionale del popolo francese il 26 agosto 1789, fondava la parità dei diritti e l'estensione della loro validità, oltre i limiti di ogni identità particolare e appartenenza locale, sulla uguaglianza naturale che contraddistingue tutti gli uomini fin dal momento della nascita. In questo senso i diritti fondamentali e inalienabili di ogni uomo si configurano simultaneamente come universali e naturali, o meglio universali perché naturali. Tra questi diritti universali e naturali bisogna considerare il diritto alla salute sancito e riconosciuto pubblicamente, unitamente al concetto di uguaglianza e di equità delle cure, solo nella storia recente.

Nel 1948 la "Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo" che all'articolo 25 sancisce l'inviolabilità del diritto alla salute, e successivamente la "Dichiarazione della Sanità Mondiale", stilata nel 1998 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, afferma che uno dei diritti fondamentali di ogni individuo è il godere di un buono stato di salute, indispensabile per migliorare la propria qualità di vita, consentire la riduzione della povertà, promuovere la coesione sociale e l'eliminazione della discriminazione.

La stessa definizione di "salute" negli anni ha subito modifiche: partendo da un concetto fisico, biologico, fino ad arrivare a essere intesa come uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia"; essa viene considerata un **diritto** e come tale si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone. Questo principio assegna agli Stati, specie quelli che sono soggetti a flussi migratori in entrata e che quindi sono chiamati a continue e costanti ridefinizioni di piani e progetti che orientino alla salute dei propri utenti, ma anche dei nuovi cittadini giunti, compiti che vanno ben al di là della semplice gestione di un sistema sanitario. Essi dovrebbero farsi carico di individuare e cercare, tramite opportune alleanze, di modificare quei fattori che influiscono negativamente sulla **salute collettiva**, promuovendo al contempo quelli favorevoli. In tale contesto, la salute viene considerata più un mezzo che un fine e può essere definita come una risorsa di **vita** quotidiana che consente alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico.

La costituzione italiana all'articolo 32 recita: "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". Considerando che l'articolo 2 afferma il rispetto dei "diritti inviolabili dell'uomo" nonché "l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale", appare evidente come la Costituzione stabilisca il principio del diritto alla tutela alla salute per tutti gli individui che si trovino all'interno dei confini della Repubblica. Ma la Costituzione ha valenza programmatica, quindi è solo a partire dalla riforma del sistema sanitario del 1978 che gli stranieri sono stati progressivamente inclusi nei percorsi dei diritti e dei doveri per quanto attiene la tutela sanitaria.

Nella "Carta Europea dei diritti del malato" si parla, tra l'altro, di diritto a misure preventive, diritto all'accesso e diritto all'informazione, tre aspetti che spesso - quando oltre che malati si è anche stranieri - vengono affrontati con difficoltà. In Italia a venticinque anni dall'inizio del grande flusso migratorio, sono

Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse –  
Modulo 2

ancora molte le questioni aperte, in particolare proprio il diritto alla salute fatica ad affermarsi nei confronti dei cittadini immigrati non solo con riferimento alla possibilità di accesso ai servizi sanitari, nonché di disagio psico-sociale di cui spesso l'immigrato soffre.

## Le difficoltà legislative

Due grandi autori, esperti di immigrazione, sono le fonti principali da cui attingere informazioni in merito ai contenuti attualmente in analisi: Geraci e Marceca. Per lungo tempo nel nostro Paese l'aspetto legislativo in merito alla salute delle persone immigrate è stato disciplinato da un numero impressionante di norme; alcune questioni rilevanti sono state affrontate attraverso l'emanazione di decreti legge ripetutamente reiterati, di cui parte poi decaduti. Ne è risultata una pletora, una frammentazione e una provvisorietà normativa, che evidentemente non ne ha favorito una diffusa conoscenza e corretta applicazione da parte degli aventi diritti e doveri in merito.

Questi comunque i principi delle norme:

- estensione della obbligatorietà di iscrizione al SSN e previsione di copertura sanitaria per tutti gli stranieri presenti sul territorio nazionale;
- validità dell'iscrizione anche in corso di rinnovo permesso di soggiorno;
- eliminazione del requisito della residenza per l'iscrivibilità al SSN (anche non residenti, ma solo temporaneamente domiciliati od "ospitati" in regime di asilo politico o simile);
- parità di diritti e doveri rispetto all'utilizzo / adesione ai servizi sanitari tanto quanto i soggetti autoctoni.

Sono state emanate direttive con lo scopo di:

- quantificare il fenomeno migratorio;
- definirne e stimarne le provenienze e classificarle in termini di problemi prioritari di salute verificabili;
- individuare e presidiare eventuali focolai di patologie a diffusione epidemica risoltesi nel nostro paese, ma importabili da altri luoghi (anche in soggetti clandestini), arginando così la diffusività;
- far aderire anche i soggetti immigrati a campagne di prevenzione e di tutela della salute pubblica in quanto aventi diritti, ma anche doveri nei confronti della società tutta del Paese ospitante.

Va sottolineato che, per quanto anche in ambito sanitario si stia assistendo, in un'ottica federalista, a un progressivo decentramento gestionale, per il futuro è previsto che lo specifico tema dell'immigrazione rimanga di competenza statale in virtù di quanto dichiarato fino ad ora. Per questo motivo tutto ciò che riguarda gli aspetti di prevenzione, sorveglianza e previsione delle condizioni patologiche che riguardano gli immigrati, ma anche gli autoctoni di conseguenza, deve essere accuratamente normato e strutturato a livello centrale (Ministero della Salute) nonché decentrato alle singole regioni (in funzione delle problematiche di rilevanza specifica locale o nazionale) e a loro volta alle Asl, ai distretti e ai comuni.

In ottemperanza a una effettiva e riconosciuta difficoltà di accesso ai servizi sanitari, riscontrata dai cittadini italiani e ancor più confermata dai cittadini stranieri e legata prevalentemente a una difficoltà di lingua o di burocrazia eccessiva, ci sono due aspetti molto particolari da considerare che influiscono e determinano l'adesione dei cittadini immigrati al sistema salute proposto e che vanno tenuti in considerazione nella previsione di un'assistenza sanitaria integrata ed efficace:

- la forte connotazione culturale della malattia, della cura, del rapporto con il proprio corpo e della manifestazione agli altri della propria malattia;
- la condizione d'illegalità di alcuni stranieri presenti sul nostro territorio ai quali assicurare uno dei diritti fondamentali come quello della salute.

In una prospettiva di percorso di progressiva e piena cittadinanza, l'articolo 2 sottolinea che allo straniero, a prescindere dalla sua condizione giuridica, "sono riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana", mentre a quanti soggiornano regolarmente sono riconosciuti gli stessi diritti civili attribuiti al cittadino italiano. Le disposizioni sanitarie contenute nel Testo unico sono presenti al Titolo V. L'articolo 34 in particolare contiene le norme per gli immigrati "regolarmente soggiornanti" sul nostro territorio, cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un permesso di soggiorno o da una carta di soggiorno in corso di validità. Con l'intento di sostenere i percorsi d'integrazione e di cittadinanza, queste nuove norme si sono proposte di favorire al massimo la possibilità di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale per tutti gli stranieri regolarmente soggiornanti e per i loro familiari. In sintesi, la legge prevede che pressoché tutti gli stranieri legalmente e stabilmente presenti siano obbligatoriamente iscritti al SSN. Tale indirizzo è affermato nel riconoscimento della piena uguaglianza di diritti e di doveri con i cittadini italiani, perseguita secondo modalità che garantiscano la parità di trattamento.

Alcuni degli aspetti più preponderanti nell'inquadramento del discorso salute per le persone immigrate sono riassumibili nei seguenti punti. Il primo è stato già affrontato nel primo modulo, i seguenti verranno affrontati nei contenuti dei moduli a venire, in sequenza con delle integrazioni nei moduli conclusivi relativamente all'esperienza di malattia vissuta dallo straniero immigrato e dal concetto di morte nelle altre culture con particolare attenzione all'antropologia della morte. Perché se la salute deve tendere ad essere ciò che l'OMS definisce come tale, allora anche l'esperienza del fine vita deve essere vissuta e accompagnata secondo ciò che la cultura del Paese ospitante prevede, ma senza prescindere da ciò che la tradizione e la cultura del Paese di provenienza indica come principio da rispettare.

Alcune azioni prioritarie riguardano i seguenti aspetti:

- 1) migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e nel parto (vedi **Modulo 1**);
- 2) raggiungere una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana;
- 3) ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione;
- 4) ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.

Il Testo Unico riprende, inoltre, alcune disposizioni prevedendo la necessità di assicurare anche

*“[...]ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all’ingresso e al soggiorno [...], le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio” e di estendere “i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva garantendo la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, la tutela della salute del minore [...] le vaccinazioni secondo la normativa e nell’ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni [...] gli interventi di profilassi internazionale [...] la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai”.*

Le norme prevedono:

- garanzia di cure ospedaliere e ambulatoriali per urgenze, malattie essenziali, medicina preventiva e riabilitativa;
- particolare tutela per donne e minori;
- attenzione alle malattie infettive e alla profilassi internazionale;
- divieto di segnalazione all'autorità prefettizia dell'irregolare che ha usufruito di una prestazione sanitaria.

Per completare l'analisi delle normative per la promozione della salute dei cittadini stranieri non possiamo trascurare il ruolo delle regioni: a esse spetta la traduzione degli input dati dalla normativa nazionale in adeguate politiche locali; spetta, ad esempio, contestualizzare le norme e parcellizzarle sia nella definizione puntuale dei destinatari e delle procedure e sia, se necessario, nell'individuare ulteriori percorsi di tutela dei cittadini. Questo vale in particolare per la sanità e, infatti, in un recente passato alcune normative (leggi regionali, delibere e altri atti) hanno potuto supplire un vuoto, o meglio una confusione della normativa nazionale proprio nell'ambito delle politiche sanitarie per gli immigrati, producendo per altro una grande variabilità applicativa della possibilità di accesso e fruibilità dei servizi sanitari da parte degli stranieri.

## Eterogeneità normativa

L'estrema eterogeneità nelle leggi locali sull'immigrazione indica la presenza di profonde disuguaglianze nell'accesso ai servizi e quindi di differenze nel profilo di salute della popolazione immigrata nei diversi territori. Il livello di attenzione delle politiche sanitarie verso gli immigrati è generalmente medio-alto in Italia, ma sono presenti forti disomogeneità regionali, con differenze di gradiente non riconducibili alla diversa presenza della popolazione migrante sui territori di cui la politica è espressione. Regioni come la Lombardia e il Friuli Venezia Giulia, infatti, con tassi d'incidenza della popolazione straniera più alti della media nazionale, hanno un sufficiente impatto delle politiche sanitarie locali sulla salute degli immigrati, mentre la Regione Puglia rappresenta l'eccellenza, nonostante la presenza di appena il 2,1% di stranieri sulla popolazione residente.

A livello nazionale, invece, il testo di riferimento generale rimane ancora come detto il Decreto Legislativo n. 286 del 1998, denominato Testo unico sull'immigrazione, e il relativo Regolamento d'attuazione (D.P.R. n. 394/1999), che in ambito sanitario hanno sancito la certezza del diritto e d'inclusione ordinaria nel sistema di tutela sanitaria dei cittadini stranieri, presenti regolarmente o non regolarmente sul territorio nazionale. È soprattutto a livello regionale, tuttavia, che sono definite le modalità con cui viene garantito agli immigrati l'accesso ordinario alle prestazioni preventive, curative e riabilitative.

Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse –  
Modulo 2

## La spesa sanitaria per gli immigrati

La salute degli immigrati, possiamo dire in premessa del capitolo, è strettamente connessa ai sistemi di accoglienza e ai processi d'inclusione sociale messi in atto nel Paese ospite, soprattutto se si considera il già citato "effetto migrante sano": le evidenze epidemiologiche mostrano, infatti, che la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle condizioni abitative, lavorative, dal tipo di rapporto con le istituzioni, da stili di vita rischiosi, dalle difficoltà relazionali e di socializzazione, dalla sottrazione volontaria a programmi di prevenzione in virtù di credo religioso oppositivo o di convinzioni errate in materia.

Le principali variabili che condizionano l'accesso ai servizi socio-sanitari sono:

- a) la sussistenza del diritto all'accesso;
- b) la consapevolezza di questo diritto;
- c) l'effettivo esercizio del diritto.

Le possibili barriere nell'accesso ai servizi socio-sanitari sono:

- a) le barriere giuridico-legali;
- b) le barriere economiche;
- c) le barriere burocratico-amministrative
- d) le barriere organizzative.

Le possibili barriere nella fruibilità dei servizi socio-sanitari sono:

- a) barriere linguistiche;
- b) barriere comunicative;
- c) barriere interpretative;
- d) barriere culturali (del Paese ospitante/delle tradizioni del Paese di provenienza).

## Prevenzione e vaccinazione

Per affrontare meglio la questione salute per l'immigrato, prendiamo in prestito le parole della ricerca stilata da "Agenas Online". L'analisi del ricorso al ricovero ospedaliero è fondamentale per la conoscenza della domanda di salute della popolazione, almeno relativamente ai problemi più importanti, quelli appunto che inducono la persona a rivolgersi all'ospedale. Gli immigrati sono una popolazione piuttosto giovane: circa la metà di essi ha un'età compresa tra i 25 e i 39 anni e circa un quinto sono minorenni. Per tale motivo i principali problemi di salute sono "acuti". Le problematiche croniche, quelle che richiedono prevalentemente l'utilizzo dei servizi del territorio, sono quelle a cui si presta meno attenzione perché erroneamente considerate meno immediate, ma sono quelle che in una scala di impatto con il sistema salute dell'intera popolazione, hanno una pesatura maggiore. Inoltre, non tra le patologie croniche, ma tra gli effetti "a carattere comunitario", cioè che possono avere impatto sull'intera comunità, si debbono far

Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse – Modulo 2

rientrare quei quadri clinici che si slatentizzano nel soggetto immigrato all'ingresso nel nostro Paese creando episodi critici per la salute dei soggetti stessi *in primis* e dell'intera popolazione a seguito.

Alcuni esempi sono:

- Riattivazione della tubercolosi polmonare: si è verificato, nell'ultimo quinquennio, un aumento dei casi di TBC polmonare, riscontrata prevalentemente in soggetti immigrati provenienti all'Africa, in particolare giunti dopo lunghi viaggi in condizioni igienico – sanitarie inadeguate. La diffusione del quadro patologico ha riguardato poi anche soggetti italiani, in virtù della facile modalità di trasmissione della patologia (aerea) durante il contatto con soggetti insani ignari; questi, anche in presenza di sintomatologia (tosse, febbre, dispnea, emoftoe nei casi gravi), spesso non usufruiscono dei servizi sanitari perché clandestini e ignari del diritto alla riservatezza di cui godono nell'accesso a un pronto soccorso o struttura protetta per eventuale diagnosi e cura.
- Riattivazione di focolai di Herpes zoster in soggetti anziani in aumento (spesso sottoforma di Fuoco di Sant'Antonio) in virtù di contatto con soggetti contagiosi ignari. Uno studio retrospettivo ha dimostrato qualche anno fa la connessione (ancora in fase di certificazione) tra il manifestarsi in maniera diffusa di zoster in soggetti anziani a contatto con assistenti famigliari (badanti) donne in età adulta che contraevano la varicella (da figli o da altre colleghe o concittadine). Spesso sono donne provenienti da Paesi dell'est Europa dove tale malattia non risulta epidemica e che la contraggono all'arrivo, nel periodo di epidemia, in Italia.
- Ripristino di casi di poliomielite e difterite in bambini in età scolare, spesso nati in Italia o immigrati in Italia nel periodo neonatale che non vengono sottoposti a vaccinazioni obbligatorie nel nostro Paese, o sempre per ragioni di clandestinità del nucleo familiare o per motivi di credo religioso.

L'aspetto della prevenzione è indispensabile alla garanzia di tutela delle persone immigrate *in primis* per sostenere il loro corredo immunologico nel confronto con agenti patogeni cui non è "abituato", in virtù di una auto-protezione e auto-tutela, ma anche in virtù di una tutela di tutta la comunità accogliente.

La riduzione della disponibilità - obbligo di vaccinare i bimbi, negli ultimi anni, sembra essere un fenomeno in aumento e non solo da parte delle famiglie immigrate o straniere, ma anche di cittadini italiani. Questo a fronte di più motivazioni: fra i tanti, quello per cui al terzo richiamo scritto alla famiglia invitata a far vaccinare il bambino e non adempiuto non segue più, per legge, l'incursione domiciliare con prelievamento da parte delle forze dell'ordine, ma la questione viene lasciata decadere... In questo caso la libertà lasciata, affidando al buon senso o al senso di responsabilità dei genitori la scelta doverosa di vaccinare i neonati, sta dimostrando importanti, preoccupanti e significative mancanze di rispetto nei confronti del concetto di salute nei confronti dei bimbi stessi, ma anche della società tutta e dimostra ignoranza o indifferenza divagata relativamente al valore indispensabile che ha in sé la salute pubblica, la salute per tutti sancita per l'appunto dall'OMS e non ancora conseguita.

I fattori che inducono a tale comportamento possono ricondursi, secondo la letteratura a:

- Cultura diffusa dell'autocura, basata non sull'informazione, ma sulla disinformazione e mal informazione (internet, libri non scientifici, articoli casuali, proposte farmaceutiche speculative, ecc.)

- Orientamento all'egoismo – *egocentrismo sanitario* – fenomeno nuovo ma in studio dal punto di vista antropologico: “scelgo ciò che è giusto per me e se è la non cura, la non vaccinazione, la non auto protezione non mi preoccupa che questo arrechi malattia ad altri o alla società tutta”.
- False concezioni su controindicazioni che costituiscono un importante ostacolo alle campagne per le vaccinazioni. Si tratta di conoscenze errate, saldamente radicate nella cultura collettiva anche in parte della classe medica. Le controindicazioni alle vaccinazioni, provate e riconosciute a livello medico-scientifico, sono in realtà rarissime.

A queste, pensando alle persone immigrate, si aggiungono

- il timore di accesso che possa fornire tracciabilità in caso di clandestinità;
- associazione simbolica dell'inoculazione con un rituale malefico (tradizioni e credenze di clan e tribù in genere africane);
- il tramandarsi di convinzioni errate per l'appunto in merito ai vaccini (che ingenerano essi stessi malattia, che modificano lo stato di salute generale del bimbo, ecc.).

Le indicazioni “programmatiche” per indirizzare alla gestione di tali problematiche , provenienti dal CNEL (Consiglio Nazionale per l'Economia e il Lavoro) per riorientare i servizi sanitari in maniera da superare le barriere di pregiudizio e di disinformazione sono:

- formazione del personale (informazione, formazione specifica, formazione relazionale e aggiornamento);
- lettura dei bisogni (rilevazione dei dati di routine e indagini specifiche);
- lettura della domanda (legata alla percezione dei bisogni, alla traduzione culturale, alla possibilità di esprimersi e all'incontro con i servizi);
- organizzazione dei servizi (orari, offerta attiva e mediazione);
- flessibilità dell'offerta (modulare l'offerta in base alle verifiche dei bisogni e delle attività e sperimentare nuovi percorsi);
- lavoro multidisciplinare (all'interno del mondo sanitario e integrazione con altre discipline);
- lavoro di rete (con altri attori intraziendali, istituzionali, volontariato, associazionismo di italiani e di immigrati, privato sociale).

## Conclusioni

Gli immigrati spesso mancano delle informazioni necessarie relative all'accesso e al funzionamento dei servizi ospedalieri e ambulatoriali disponibili o a questioni di carattere generale di salute individuale e pubblica nel contesto specifico delle diverse realtà locali. Sempre più ci si deve confrontare da una parte



con le necessità organizzative, dall'altra con i bisogni di salute che cambiano in funzione del variare della popolazione sul territorio, migrante e non. E quindi, misurasi con specifiche vulnerabilità.

Tuttavia, questa disparità nell'accesso alle cure e ai servizi può essere ridotta, a vantaggio di una diffusione di cultura di rispetto e protezione della salute pubblica generale, con la creazione di servizi sanitari competenti sul piano etno-culturale in grado di superare le barriere linguistiche e strutturali, ma anche e soprattutto quelle che derivano dal non conoscere, dal non essere informati in merito a ciò che è **diritto alla salute**, ma anche a ciò che è **dovere di salute**, al perché, al come e al quando dover partecipare alla prevenzione individuale e collettiva, sociale. L'attuale situazione è pertanto ricca di nuove sfide per le organizzazioni sanitarie, ma al tempo stesso rappresenta un'opportunità per migliorare la qualità generale dei servizi e la ri-educazione delle persone al prendersi cura di sé e al riconoscimento della salute come bene proprio, ma necessariamente anche come bene collettivo da preservare .

## GLOSSARIO

**Carta europea dei diritti del malato.** È il risultato di un lavoro congiunto tra il Tribunale per i Diritti del Malato e 15 organizzazioni civiche partner della rete europea di Cittadinanzattiva, *Active citizenship network*. Elaborata nel 2002, si è basata sia sulla esperienza del Tribunale per i diritti del malato e in particolare sulle precedenti Carte per i diritti del malato promulgate in Italia, a livello nazionale, regionale e locale, sia sulla Carta Europea dei diritti Fondamentali. La Carta Europea raggruppa i diritti inalienabili del paziente che ogni paese dell'Unione Europea dovrebbe tutelare e garantire. Diritti che si trovano a rischio, tra l'altro, a causa della crisi finanziaria dei sistemi nazionali di welfare. Sulla base della Carta Europea dei diritti del malato, Cittadinanzattiva ha realizzato un progetto che si è posto l'obiettivo di verificare il grado di attuazione dei 14 diritti sanciti nella Carta, nei 15 Paesi della "vecchia Europa", attraverso un processo di monitoraggio realizzato dalle singole organizzazioni civiche che lavorano in questi Paesi. Il rapporto finale sull'attuazione della Carta è stato presentato a Bruxelles il 29 marzo del 2007.

**Dichiarazione dei diritti dell'uomo.** Documento storico molto importante prodotto dagli Alleati sull'onda dell'indignazione per le atrocità commesse nella Seconda guerra mondiale, la Dichiarazione fa parte dei documenti di base delle Nazioni Unite insieme al suo stesso Statuto del 1945. Secondo gli Stati membri non democratici dell'Onu, in quanto Dichiarazione di principi dell'Assemblea generale, la Dichiarazione non è giuridicamente vincolante per gli Stati membri dell'organizzazione: tuttavia ai diritti e alle libertà in essa riconosciuti va attribuito un valore giuridico autonomo nell'ambito della comunità internazionale, dal momento che sono ormai considerati dalla gran parte delle nazioni civili alle stregua di principi inalienabili del diritto internazionale generale. È un codice etico d'importanza storica fondamentale: è stato infatti il primo documento a sancire universalmente (cioè in ogni epoca storica e in ogni parte del mondo) i diritti che spettano all'essere umano. Idealmente, la Dichiarazione è il punto di arrivo di un dibattito filosofico sull'etica e i diritti umani che nelle varie epoche ha visto impegnati filosofi di vario genere. All'articolo 1 si legge: "Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza".

**Dichiarazione della Sanità Mondiale.** Afferma che uno dei diritti fondamentali di ogni individuo è il godere di un buono stato di salute, indispensabile per una buona qualità di vita, proponendo come due obiettivi principali la promozione della salute delle persone lungo l'intero arco della vita e la riduzione dell'incidenza delle malattie e delle lesioni principali per portare alle eliminazioni delle sofferenze che esse causano. La Dichiarazione si conclude con l'elenco di ventuno obiettivi di salute da promuovere che sono: equità nella

salute fra i gruppi all'interno degli Stati, un sano inizio di vita, la salute nei giovani, invecchiare in modo sano, migliorare la salute mentale, ridurre le malattie trasmissibili, ridurre le malattie non trasmissibili, ridurre le lesioni causate dalla violenza e dagli incidenti, un ambiente fisico sano e sicuro, vivere in modo più sano, ridurre i danni causati dall'alcol, dalle droghe e dal tabacco, ambienti per la salute, responsabilità multisettoriale nei confronti della salute, integrazione nel settore sanitario, attivarsi per un'assistenza di qualità, il finanziamento dell'assistenza sanitaria e l'allocazione delle risorse, lo sviluppo delle risorse umane orientate alla salute, ricerche e conoscenze orientate alla salute, realizzare alleanze orientate alla salute e politiche e strategie orientate alla salute per tutti.

**SSN.** Nell'ordinamento italiano, il Servizio Sanitario Nazionale è il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali svolte dai servizi sanitari regionali, dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale e dallo Stato, volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il termine, chiaramente ispirato al National Health Service (NHS) britannico, è stato introdotto con la legge n. 833 del 1978 (la cosiddetta "Riforma Sanitaria"). Il Servizio sanitario nazionale è un sistema pubblico di carattere universalistico che garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, finanziato attraverso la fiscalità generale e le entrate dirette, percepite dalle aziende sanitarie locali, derivanti dai ticket sanitari (cioè delle quote con cui l'assistito contribuisce alle spese) e dalle prestazioni a pagamento. Attraverso di esso viene data attuazione all'art. 32 della Costituzione italiana che sancisce il diritto alla salute di tutti gli individui. Secondo una ricerca dell'Oms, risalente al 2000, l'Italia aveva il secondo sistema sanitario migliore del mondo in termini di efficienza di spesa e accesso alle cure pubbliche per i cittadini, dopo la Francia.

**Titolo V.** Con la legge costituzionale del 18 ottobre 2001 è stato completamente riformato il Capo V, parte seconda della Costituzione italiana, recante norme sulle Regioni, le Province e i Comuni. La riforma assume un carattere essenziale in quanto giunge a conclusione di un lungo cammino verso il decentramento amministrativo e legislativo avviato con la Legge Bassanini del 1998. Il nuovo testo istituzionale, infatti, opera una nuova e diversa ripartizione delle competenze normative tra Stato, Regioni ed Enti locali, in risposta ai principi di sussidiarietà e federalismo e del partenariato indicati a livello europeo nel Libro Bianco sulla Governance. Tale documento, infatti, ha proposto un totale cambiamento nel modo di esercitare i poteri, promovendo un modello meno verticistico e centralizzato, in favore di una maggiore apertura a diversi soggetti nel processo di elaborazione delle politiche, così da garantire una partecipazione più ampia delle istituzioni e dei cittadini, alla definizione e presentazione di tali politiche.

## Bibliografia

- Baglio G, Loiudice M, Geraci S. "Immigrazione e salute: aspetti normativi". In "Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità". Società Editrice Universo, Roma, 1995.
- Bai A, Carradori T, Dallari GV, Petio C, De Santis F. "Immigrazione e salute: dall'emergenza al diritto. Un'esperienza di integrazione fra pubblico e volontariato". Mecosan 1997.
- CENSIS, 45° Rapporto sulla situazione sociale del Paese – anno 2011.
- D'Andrea MS. "La tutela sanitaria dei cittadini extracomunitari in Italia". In "Autonomie Locali e Servizi Sociali", vol. 2/96, Iress Soc. Coop. a r.l., Bologna, 1996.

- Geraci S, Marceca M. “Donne e bambini immigrati”. In Geddes M, Berlinguer G Eds. “La salute in Italia. Rapporto”. Roma, Ediesse 1998.
- Miele R, Palanca V, Palumbo V, Pelliccia L, Tomaselli ML. “La nuova legislazione sugli stranieri. Gli stranieri”, Union Printing Edizioni, Viterbo, 1998.
- Ministero della Sanità – Servizio Studi e Documentazione. “Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999”, Roma, Sistema informativo sanitario, 2000.
- Montecchi R. “Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri”. In “Bioetica, Diritti Umani e Multiculturalità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale”. Edizioni S. Paolo. Milano, 2001
- Pullini, A. I codici STP in Lombardia. Rapporto 2009. Fondazione ISMU, Milano

## Questionario ECM

### 1) Cosa sancisce all’articolo 25 la “Dichiarazione dei Diritti dell’uomo”?

- a) l’inviolabilità del diritto alla salute
- b) l’obbligo di cure per gli immigrati
- c) i diritti e i doveri dei medici
- d) il segreto professionale per i medici

### 2) La legge prevede che tutti gli stranieri siano iscritti al Servizio sanitario nazionale?

- a) sì, in ogni caso
- b) sì, purché paghino le tasse
- c) sì, purché abbiano un lavoro stabile
- d) sì, purché legalmente e stabilmente presenti sul territorio nazionale

### 3) A Cosa hanno diritto gli stranieri non regolari?

- a) hanno gli stessi diritti dei cittadini italiani
- b) hanno gli stessi diritti degli immigrati regolarizzati
- c) alle cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti
- d) non hanno alcun diritto

**4) Quali sono gli ambiti in cui è importante orientare la prevenzione con particolare attenzione rivolta ai soggetti immigrati?**

- a) Malattie a trasmissione sessuale
- b) prevenzione mediante campagne vaccinali (nazionali e specifiche se necessarie)
- c) tutte le risposte sono vere
- d) gravidanza e parto

**5) Quali sono i motivi per cui i soggetti immigrati mostrano reticenza relativamente alla vaccinazione dei neonati?**

- a) Non mostrano reticenza, partecipano senza alcuna remora
- b) Non corretta conoscenza delle motivazioni per cui si ricorre alla vaccinazione, non conoscenza delle conseguenze della mancata vaccinazione, credenze di tipo religioso, paura se clandestini, convinzioni cliniche errate (disinformazione)
- c) Timore di reazioni allergiche
- d) sconsigliate dai medici curanti o pediatri

**6) Quali sono i principali problemi di salute degli immigrati?**

- a) acuti
- b) cronici
- c) gli stessi degli italiani
- d) non ci sono dati a riguardo

**7) Cosa consiglia il CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro) per riorientare i servizi?**

- a) formazione del personale adeguata nell'approccio col soggetto immigrato
- b) maggior numero di posti letto negli ospedali dedicati a loro
- c) aumento della spesa sanitaria con un fondo ad hoc
- d) non dà consigli

**8) Quali tra i seguenti quadri clinici si sono ripresentati in merito a una riduzione del consenso alla vaccinazione neonatale e infantile?**

- a) varicella
- b) difterite, tetano, poliomielite
- c) influenza
- d) meningite

**9) Da quando gli stranieri sono stati progressivamente inclusi nella tutela sanitaria in Italia?**

- a) a partire dell'emanazione della Costituzione
- b) con la fine della Seconda guerra mondiale
- c) con la riforma del 1978 istituzione del SSN
- d) con la riforma del 1990

**10) I fattori che inducono a non effettuare le vaccinazioni sono:**

- a) cultura diffusa dell'autocura
- b) *egocentrismo sanitario*
- c) false concezioni su controindicazioni
- d) tutte le risposte indicate

**11) La presenza di numerosi anziani italiani assistiti da personale proveniente dall'Est Europa ha portato:**

- a) all'aumento dei casi di riattivazione dell'Herpes Zoster, per il contatto con assistenti che contraggono la varicella in Italia
- b) all'aumento dei casi di tubercolosi
- c) all'aumento dei casi di riattivazione dell'Herpes Zoster, per il contatto con assistenti immigrati malati al momento dell'arrivo in Italia
- d) all'aumento dei casi di tubercolosi per le cattive condizioni igieniche sanitarie nel vaiggio

**12) La riattivazione della tubercolosi polmonare si è verificata:**

- a) in soggetti immigrati provenienti dall’Africa in condizioni igienico-sanitarie inadeguate
- b) in italiani attraverso la trasmissione aerea della malattia
- c) in immigrati clandestini, che spesso anche a fronte di sintomi, non si rivolgono alle strutture sanitarie a per paura di una denuncia di irregolarità
- d) tutte le risposte indicate