

L'accesso alle cure nella 'fortezza Europa' *Healthcare access in 'Europe fortress'*

Chiara Bodini

*Centro di Salute Internazionale (CSI), Università di Bologna
Società Italiana Medicina delle Migrazioni (SIMM)*

Parole chiave: diritto alla salute, migrazione, Europa, legislazione, advocacy

RIASSUNTO

Obiettivi: questo articolo ha lo scopo di illustrare, per principi generali e con alcuni esempi specifici, la situazione in Europa per quanto riguarda l'accesso alle cure della popolazione straniera (regolarmente presente, non in regola con la normativa, proveniente da altri Paesi europei, richiedente protezione internazionale).

Metodi: l'articolo è tratto da contributi preparati per una pubblicazione internazionale da persone aderenti al Movimento dei Popoli per la Salute (People's Health Movement, PHM). La pubblicazione in oggetto è il rapporto alternativo sulla salute nel mondo (Global Health Watch, GHW) redatto a cura del PHM e di altre organizzazioni e reti della società civile ogni tre anni (prossima edizione prevista per la fine del 2017).

Risultati: il quadro europeo per quanto riguarda l'accesso alle cure della popolazione straniera è fortemente disomogeneo. Ne risulta una tutela del diritto alla salute insufficiente e iniqua, particolarmente nei confronti dei settori di popolazione più vulnerabili.

Conclusioni: è necessaria un'azione più forte e coordinata della società civile, tanto a livello dei Paesi che dell'Unione Europea, per aumentare la forza delle rivendicazioni di una maggiore tutela del diritto alla salute per tutte e tutti.

Key words: right to health, migration, Europe, legislation, advocacy

SUMMARY

Objectives: this article aims to illustrate the key features of access to healthcare for immigrants in the European Union (documented and undocumented immigrants, immigrants coming from other EU countries, asylum seekers), through the description of general principles as well as some specific examples.

Methods: the article originates from contributions prepared for an international publication by members of the

Autore per corrispondenza: chiara.bodini@unibo.it

People's Health Movement (PHM). This publication is the alternative world health report (Global health Watch, GHW), a book edited by the PHM together with other civil society organisations and networks every three years (next edition scheduled for end 2017).

Results: the situation in Europe concerning access to healthcare for immigrants is highly uneven. The result is that the right to health is not adequately protected and this generates inequalities, particularly towards the most vulnerable sectors of the society.

Conclusions: a stronger and more coordinated civil society action is needed, both at the national and at the European level, in order to strengthen the advocacy for a greater protection and promotion of the right to health for all.

Introduzione

Il recente, drammatico aumento dell'arrivo di persone in Europa – in fuga da situazioni di conflitto, povertà, mancanza di prospettive – ha nuovamente portato all'attenzione le implicazioni per la salute che si generano quando persone si spostano da un contesto all'altro, da un sistema a un altro. Situazioni in cui si intrecciano dinamiche di tipo sociale, ambientale, giuridico e sanitario per nulla semplici da districare.

In questo articolo, adotteremo come cornice teorica la promozione della salute, che comprende uno sguardo ampio su salute e malattia intese come portati sociali, oltre che eventi iscritti nelle biografie e nei corpi dei singoli. Ci concentreremo sul tema dell'accesso alle cure non per ridurre la salute all'assistenza sanitaria, ma perché quest'ultima è uno spazio importante di azione e advocacy da parte di chi lavora per promuovere il diritto alla salute. Uno spazio da difendere con sempre maggiore forza in questo periodo di neoliberalismo 'spinto' e regressive politiche di austerità, che hanno effetti negativi non solo per le persone immigrate ma anche per la popolazione autoctona.

Prenderemo in esame alcune situazioni emblematiche in Europa per illustrare la disomogeneità dei comportamenti e degli ordinamenti che regolano l'accesso alle cure per le persone straniere. Al tempo stesso, discuteremo di alcuni tratti comuni che segnano disuguaglianze di accesso e di esito nella popolazione immigrata (o di origine immigrata). Molti di questi contributi derivano da due capitoli sul tema in corso di pubblicazione sul Global Health Watch 5, il rapporto sulla salute globale 'alternativo' a quello ufficiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), redatto a cura del People's Health Movement e di altre realtà e reti della società civile¹.

Un'ultima notazione introduttiva merita la scelta di utilizzare, nel titolo, l'appellativo di 'fortezza Europa'. L'intento è sottolineare che muri e confini – ambientali, costruiti dall'uomo, simbolici/culturali, normativi e burocratici – sono una minaccia per la tutela e la promozione della salute. La salute è infatti maggiormente protetta in un contesto sociale dove le risorse, le idee e i saperi circolano liberamente, dove non ci sono ghetti o ostacoli particolarmente odiosi in quanto producono un eccesso di sofferenza su chi già vive condizioni di svantaggio e marginalizzazione.

1. Si ringraziano a questo proposito gli autori e le autrici che hanno messo a disposizione il loro lavoro: Anna Kuehne, Andrea Cortinois, Emiliana Tapia, Pablo Iglesias.

Vittime della fortezza Europa

La migrazione, considerata dai più una condizione fondante la stessa storia dell'umanità, è senz'altro una variabile strutturale anche della società contemporanea, strettamente connessa alle dinamiche della globalizzazione neoliberista. Nel 2015, il numero stimato di migranti internazionali è salito dai 173 milioni del 2000 a 244 milioni (1). Secondo l'UNHCR (2), alla fine del 2015 il numero delle persone definite 'migranti forzati'² ha superato i 65 milioni, la cifra più alta da quando esistono statistiche sul fenomeno. Circa un terzo di questi sono rifugiati (di cui la metà ha meno di 18 anni), i rimanenti sono sfollati (internally displaced). È bene ricordare che l'85% delle persone rifugiate vive in Paesi a medio o basso reddito, cifra che è aumentata negli ultimi dieci anni. Alla fine del 2014, il Paese che ospitava il maggior numero di rifugiati era la Turchia (1).

Negli ultimi quindici anni oltre 30mila persone sono morte cercando di attraversare il Mediterraneo. Nel 2015 sono decedute in mare, cercando di raggiungere i Paesi europei, 3.771 persone. Stando ai dati dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, l'anno seguente il numero è cresciuto fino a 5.022. Nei primi sei mesi del 2017 i morti sono stati oltre 1800 (3). La migrazione è divenuta un fenomeno imprescindibile nel definire le società Europee. Parallelamente, l'accesso alle cure della popolazione straniera è emersa come questione sociale e politica di grande rilievo, con implicazioni multiple sul piano dei diritti umani, del benessere individuale e collettivo e anche dei bilanci pubblici, nonché ovviamente dell'integrazione sociale (4).

Nonostante ciò, la risposta europea in termini di tutela della salute non è ad oggi stata uniforme. La competenza diretta dell'Unione Europea in materia di salute è a dire il vero piuttosto limitata, essendo vincolata a un ruolo di supporto e coordinamento (l'unico ambito dove ha una competenza concorrente rispetto agli stati è quello della sicurezza, per esempio sugli standard per i prodotti sanitari)³. Questo significa che la decisione sulle politiche sanitarie è responsabilità dei Paesi membri, che sono liberi di decidere in merito alle risorse investite, al tipo di organizzazione, e alla copertura che viene o non viene garantita alla popolazione. È quindi particolarmente difficile identificare tratti comuni nelle politiche che regolamentano l'accesso delle persone straniere ai servizi sanitari. Tuttavia, è possibile delineare alcune caratteristiche prevalenti:

A. In generale, le persone immigrate sono tra i gruppi di popolazione più svantaggiati in Europa.

Secondo un rapporto dell'OCSE e della Commissione Europea (4), le persone immigrate

2. La migrazione forzata può essere causata da persecuzioni, conflitti, violenza generalizzata, e violazioni dei diritti umani. Tuttavia, la complessità del quadro internazionale contemporaneo rende sempre più arbitraria la distinzione tra migranti e migranti forzati.

3. Anche se questo è vero in principio, nella pratica il quadro giuridico è stato 'forzato' nel contesto della crisi economica, dando per esempio alla Troika (formata da Commissione Europea, Banca Centrale Europea e Fondo Monetario Internazionale) il potere di imporre restrizioni alla spesa pubblica (e sanitaria) di alcuni Paesi membri.

hanno due volte più possibilità – rispetto alle persone autoctone – di vivere in abitazioni che rientrano nel decile più povero della popolazione, e al di sotto della soglia nazionale di povertà. Questo è legato a molteplici fattori, tra cui il background economico e le condizioni pre migratorie, il difficile accesso al mercato del lavoro, lo sfruttamento, la mancanza di politiche di integrazione efficaci e la mancanza di rappresentanza nelle strutture politiche e sociali.

- B. *Diversi studi mostrano che la ricerca di cure non è tra le motivazioni principali per cui la maggior parte delle persone che migrano arriva in Europa* (5-7). Al contrario, l'utilizzo dei sistemi sanitari da parte delle persone immigrate è significativamente minore rispetto a quello delle popolazioni autoctone (8).
- C. *La Commissione Europea incoraggia gli stati membri a sviluppare e sostenere sistemi sanitari inclusivi*. Nel suo ruolo di coordinamento e supporto, la Commissione ha rilasciato diverse comunicazioni che mettono in luce la vulnerabilità delle persone immigrate nei confronti delle disuguaglianze in salute (9), e raccomandano ai Paesi europei di assicurare un accesso universale alle cure (10).
- D. *Le legislazioni nazionali suddividono le persone immigrate in diverse categorie, che corrispondono a diversi livelli di accessibilità ai servizi*. Persone che studiano, lavoratori/rici da Paesi terzi, richiedenti asilo e persone immigrate non in regola con le normative sul soggiorno sono categorie tipiche di molti Paesi europei, a cui viene garantito un diverso livello di accesso ai sistemi di cura. La maggior parte dei Paesi garantisce un accesso pari alla popolazione autoctona per chi ha un permesso di soggiorno di lungo periodo o permanente. All'altro capo dello spettro, l'accesso per chi non è in regola è in genere particolarmente limitato.
- E. *Il recente aumento negli arrivi di persone che fanno richiesta di protezione internazionale ha aggiunto nuove sfide: un flusso senza precedenti di persone in transito i cui bisogni sono significativamente diversi da quelli di chi si è stabilito da più tempo nei Paesi* (7). La risposta dell'Europa a questa situazione è stata del tutto inadeguata a proteggere i diritti umani delle persone.
- F. *L'applicazione delle politiche è in genere deficitaria, il che aumenta l'esclusione delle persone immigrate dalle cure*. Spesso queste non sono/non vengono messe a conoscenza dei propri diritti, al pari del personale dei servizi sanitari che non conosce la normativa né la sua corretta applicazione. Di conseguenza, vengono prese in carico meno persone di quante ne avrebbero diritto, mentre a molte vengono ingiustamente negati i propri diritti. Questa situazione è tendenzialmente peggiore per le persone che si spostano da un Paese all'altro, a causa delle differenti normative vigenti e della frammentazione dei percorsi di presa in carico (se esistenti).
- G. *Nonostante le diverse normative nazionali, i Paesi europei sono vincolati dai trattati internazionali sui diritti umani*. In primo luogo, la Dichiarazione Internazionale dei Diritti Economici, sociali e Culturali che, all'articolo 12, riconosce "il diritto di ogni individuo a godere delle

migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire”. Come per tutti i diritti economici, sociali e culturali, gli stati devono rispettare il principio di non discriminazione, che comprende la discriminazione nei confronti delle persone migranti e richiedenti protezione internazionale, indipendentemente dallo status giuridico. Il Comitato sull’Eliminazione della Discriminazione Razziale e il Comitato sui Diritti Economici, Sociali e Culturali hanno precisato che gli stati hanno l’obbligo di “rispettare il diritto alla salute tramite, tra le altre cose, evitare di negare o limitare un accesso equo per tutte le persone, comprese quelle prigioniere o detenute, le minoranze, chi fa richiesta di asilo e gli immigrati irregolari, ai servizi sanitari di tipo preventivo, curativo e palliativo” (11).

La salute delle persone immigrate in tempo di crisi

Le condizioni di vulnerabilità in cui la maggior parte delle persone immigrate vive nelle nostre società si è aggravata in conseguenza della crisi economica che ha colpito l’Europa a partire dal 2008. Tassi di disoccupazione più elevati, con conseguente passaggio da situazioni di regolarità a situazioni di irregolarità, hanno spinto molte persone immigrate ancora più ai margini del sistema. Condizioni di vita precarie e disagiate sono un determinante importante della salute, che agisce in maniera preponderante dopo l’arrivo nei Paesi ospiti. Anche il razzismo e la xenofobia sono segnalati in aumento: la recessione e l’assenza di opportunità rendono le popolazioni autoctone più recettive nei confronti dei discorsi che scaricano sulle persone immigrate la responsabilità delle problematiche sociali in aumento nei Paesi (12).

In tale contesto, la responsabilità degli stati nella protezione e promozione del diritto alla salute per tutte e tutti è di importanza cruciale. Tuttavia, il dogma dell’austerità come risposta principale alla crisi economica, e i limiti sempre più stringenti imposti alla spesa pubblica, si sono tradotti in una riduzione degli investimenti in salute e sanità. Per esempio, gli obblighi contenuti nel Patto di stabilità e crescita⁴ riguardo alla riduzione del deficit pubblico sono stati usati dal governo spagnolo per giustificare la propria politica di tagli alla spesa sociale, particolarmente in ambito sanitario (13). Inoltre, Paesi molto indebitati come la Grecia o l’Irlanda hanno ricevuto dall’Unione Europea prestiti condizionali vincolati a stringenti politiche di aggiustamento strutturale. In alcuni casi, come per esempio per il Portogallo, tra le condizionalità ci sono state richieste esplicite di riforma del sistema sanitario (14).

Misure sociali regressive, qualora necessarie, dovrebbero sempre evitare di avere come target i settori più svantaggiati della popolazione. Purtroppo, non è stato questo il caso di molti Paesi europei per quanto riguarda l’accesso alle cure delle persone immigrate. Mentre alcuni Paesi, come per esempio il Lussemburgo (7), hanno tradizionalmente avuto politiche molto

4. Il Patto di stabilità e crescita è un meccanismo dell’Unione Europea volto a tenere sotto controllo il deficit e limitare il debito pubblico. Secondo il Patto, il deficit non può superare il 3% del PIL, mentre il debito pubblico dovrebbe rimanere al di sotto del 60% del PIL. I Paesi che infrangono questi limiti possono andare incontro a sanzioni, o pressioni di varia natura.

restrittive nei confronti della migrazione irregolare (chi non è in regola deve pagare per l'assistenza sanitaria anche in regime di urgenza, negli ultimi anni il numero di Paesi che ha seguito strade analoghe è aumentato. Per esempio Spagna (5) e Regno Unito (6), una volta punti di riferimento per le politiche universalistiche in ambito sanitario, hanno adottato legislazioni nazionali che escludono le persone immigrate irregolari dall'accesso alle cure. Entrambi i governi hanno sostenuto tali politiche affermando che i propri sistemi sanitari sono in crisi di sostenibilità a causa (anche) di un eccessivo e inappropriato utilizzo da parte delle persone immigrate. In Spagna, è stata usata l'argomentazione del cosiddetto "turismo sanitario" in maniera fuorviante, intenzionalmente diretta a mescolare due fenomeni molto diversi tra loro: da un lato lo spostamento da altri Paesi europei di persone con disponibilità economica elevata, generalmente anziane, che si recano in Spagna in cerca di assistenza sanitaria; dall'altro l'arrivo di lavoratori e lavoratrici irregolari provenienti da Paesi extra europei, il cui utilizzo dei servizi sanitari è significativamente inferiore a quello della popolazione autoctona. Nel Regno Unito, d'altro canto, con l'approvazione dell'*Immigration Act* 2014 anche i figli minori delle persone non in regola con la normativa sul soggiorno e le donne in gravidanza devono pagare per ricevere assistenza sanitaria, il che rappresenta una grave deroga alla tutela dei diritti umani (15). Poiché non ci sono evidenze che tali politiche si traducano in un risparmio significativo per i bilanci pubblici, si può affermare che il fatto di 'scaricare' il problema della sostenibilità sulle persone immigrate non in regola rappresenta una strategia diversiva per spostare l'attenzione dell'opinione pubblica da tagli alla spesa sociale e sanitaria altamente impopolari.

Se da un lato legislazioni e politiche che discriminano esplicitamente le persone immigrate sono più facili da identificare, dall'altro vi sono disposizioni meno evidenti che però producono danni analoghi. In Olanda, per esempio, il governo ha aumentato in modo significativo la quota minima che una persona deve pagare per l'assistenza sanitaria al fine di essere rimborsata (6). Questa disposizione ha un effetto regressivo perché colpisce in modo particolare i settori della popolazione più poveri, tra cui si annoverano la maggior parte delle persone immigrate. Fortunatamente non tutti i Paesi colpiti dalla crisi economica hanno adottato provvedimenti restrittivi nei confronti dell'accesso alle cure delle persone immigrate⁵. Il Portogallo (14) per esempio, nonostante una situazione economica particolarmente compromessa, ha mantenuto un sistema sanitario che garantisce accesso anche a chi non è in regola con la normativa sul soggiorno. Anche l'Italia (7) non ha modificato, almeno sulla carta, la propria normativa di accesso, benché la diseguale applicazione sul territorio, unita a un peggioramento delle condizioni socio-economiche della popolazione e a un aumento della spesa sanitaria privata, abbiano prodotto notevoli disuguaglianze di salute, correlabili alla diseguale distribuzione di risorse nella popolazione (vedi oltre). La Francia (7) ha promosso l'accesso ai servizi sanitari

5. Questa affermazione si basa su un'analisi della normativa. Tuttavia, nella pratica il peggioramento delle condizioni socioeconomiche e i tagli alla spesa pubblica, con conseguente aumento della spesa sanitaria privata, si sono tradotti comunque in una minore accessibilità ai servizi soprattutto da parte della popolazione più povera.

aumentando il tetto di reddito necessario per accedere all'*Aide Complementary de Santé* (assistenza per la popolazione povera) e all'*Aide Medicale d'Etat* (assistenza per chi non è in regola). Anche la Grecia (7), sottoposta a un livello di pressione difficilmente sostenibile in ragione tanto degli effetti della crisi economica, quanto di quelli legati agli alti flussi di rifugiati, ha introdotto una riforma per aprire il proprio sistema sanitario pubblico ai gruppi più svantaggiati (senza tuttavia arrivare a coprire la totalità delle persone immigrate non in regola). In ogni caso, bisogna tenere presente che tra le disposizioni normative e la loro applicazione nella pratica ci sono divari anche molto significativi, che tendono a esacerbare l'esclusione delle persone immigrate dai sistemi sanitari.

Barriere e sfide per l'accesso alla salute delle persone immigrate in Europa

A prescindere dal carattere inclusivo o discriminatorio delle diverse legislazioni nazionali, in tutta Europa le persone immigrate affrontano alcune barriere comuni che ne ostacolano, o impediscono, l'accesso ai servizi sanitari.

Mancanza di informazioni e paura

L'assenza di informazioni adeguate sul funzionamento dei servizi sanitari e dei propri diritti costituisce un primo ostacolo, soprattutto per le persone arrivate di recente. Dovendo affrontare una realtà diversa da quella conosciuta nei propri Paesi di origine, spesso in assenza di una rete sociale di supporto nei Paesi di arrivo, le persone immigrate frequentemente non sono a conoscenza delle norme e procedure necessarie per accedere ai servizi (5-7). Inoltre, le ambiguità normative e un'azione dello stato spesso insufficiente o inadeguata per assicurare che chi lavora nei servizi conosca e applichi correttamente la normativa porta a interpretazioni arbitrarie e spesso a un accesso negato (16). Questa situazione ha come effetto anche quello di rinforzare, nelle persone immigrate, un senso di esclusione e mancanza di diritti, che può scoraggiare nuovi tentativi di accesso (7). Le persone non in regola possono non accedere anche per la paura di essere segnalate alla polizia, paura giustificata in diversi Paesi in cui è richiesto al personale sanitario di segnalare alle autorità la presenza di persone irregolari (6-7), mentre solo alcuni Paesi proibiscono esplicitamente la segnalazione (16).

Barriere amministrative

La carenza informativa è alimentata anche da procedure amministrative particolarmente complesse, articolate e di difficile comprensione. Anche la richiesta di documentazione particolare può essere un ostacolo all'accesso (5-7). Le persone non in regola con la normativa sul soggiorno incontrano numerose difficoltà soprattutto in Paesi come Belgio, Francia o Spagna, dove per ottenere certi diritti è necessario presentare documenti come la carta di identità. Un ostacolo analogo è rappresentato dalla necessità di accertare la residenza, visto che molte persone in situazione di irregolarità non hanno un contratto di affitto, e a volte

neanche una vera e propria abitazione (7). Inoltre, bisogna tenere presente che le situazioni di regolarità o irregolarità non sono condizioni immutabili, ma possono cambiare in periodi diversi della vita, a seconda delle mutate condizioni sociali, economiche e giuridiche. Questo rende i procedimenti amministrativi ancora più complessi da gestire per le persone.

Barriere finanziarie

La maggior parte dei Paesi europei prevede, in qualche forma, la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei pazienti (7). Naturalmente, questa disposizione ha un effetto particolarmente rilevante per chi è in peggiori condizioni economiche, tra cui spesso le persone immigrate. Alcuni Paesi, come Francia e Belgio, includono eccezioni o disposizioni che prevedono rimborsi per le persone più povere, ma vi sono comunque molte persone che non rientrano in tali categorie. Inoltre, chi anche vi rientra può non essere in grado di pagare la quota comunque richiesta, come nel caso dell'Olanda. In Italia, un codice specifico per esonerare dal pagamento del ticket le persone immigrate irregolari indigenti (X01), è applicato a macchia di leopardo sul territorio nazionale. In Germania, al fine di ottenere il rimborso per le cure non urgenti le persone devono rivolgersi all'ufficio welfare sociale, che ha l'obbligo di segnalarne la presenza alle autorità.

Barriere linguistiche

La comunicazione è un elemento centrale della relazione di cura, che condiziona la possibilità della persona di descrivere la sua situazione e di comprendere le implicazioni e indicazioni diagnostiche, prognostiche, terapeutiche. Tuttavia, la presenza di servizi di traduzione e mediazione linguistico-culturale è insufficiente a coprire il bisogno e distribuita in modo disomogeneo nei diversi Paesi così come all'interno di essi (7).

Xenofobia e discriminazione

Il razzismo nei servizi sanitari è una barriera che le persone immigrate devono affrontare ovunque in Europa, come rilevato da indagini recenti (5-7). Anche se la casistica attuale è numericamente limitata, vi sono ragionevoli preoccupazioni relative al fatto che il fenomeno sia sottostimato e destinato ad aumentare significativamente negli anni a venire.

Spagna: addio all'universalismo

Il 20 aprile 2012 ha rappresentato un punto di svolta per il servizio sanitario spagnolo. Fino ad allora, il Paese era considerato un modello in Europa per la sua normativa inclusiva, che garantiva accesso alle cure per tutte le persone residenti sul territorio, indipendentemente dalla cittadinanza e dalla regolarità del soggiorno. Benché la situazione non fosse ottimale, in particolar modo per la presenza di barriere amministrative che impedivano l'accesso ad alcune persone immigrate, il Real Decreto 16/2012 ha mutato il sistema alle sue fondamenta. Il decreto,

approvato dal Governo senza dibattito sociale o parlamentare, ha interrotto il principio di universalità, centrale fino ad allora per il servizio sanitario nazionale, e ha collegato il diritto alle cure all'appartenenza al sistema di sicurezza sociale. In questo modo, il requisito di residenza è stato sostituito da un principio di assicurazione sociale che ha escluso dal sistema circa 900.000 immigrati non in regola, a cui è stata revocata la tessera sanitaria e di conseguenza il diritto di accesso alle cure. Dopo l'entrata in vigore del Decreto, l'assistenza per le persone immigrate non in regola viene garantita solo nei seguenti casi: 1) emergenze; 2) gravidanza, parto e post partum; 3) minori; 4) richiedenti protezione internazionale; 5) vittime di traffico (17).

Inoltre, a causa dell'elevata decentralizzazione del sistema sanitario spagnolo e dell'assenza di volontà politica a fornire informazioni adeguate e sufficienti, il Decreto è stato applicato in modo arbitrario dalle amministrazioni sanitarie di ospedali e centri di salute. Come conseguenza, si segnalano casi di diniego di assistenza anche nei confronti delle categorie protette dal Decreto (donne in gravidanza, minori, ecc.), così come di richiesta di pagamento per servizi in regime di urgenza, che dovrebbero essere erogati gratuitamente. Queste situazioni aumentano la vulnerabilità delle persone immigrate non in regola, e limitano ulteriormente la loro possibilità di accesso alle cure (17). È tristemente noto il caso di Alpha Pam, cittadino senegalese, morto di tubercolosi non adeguatamente trattata (18).

Questa situazione di inaccettabile esclusione dall'accesso alle cure è stata ed è tuttora contestata da una mobilitazione della società civile. Organizzazioni non governative, come *Médecins du Monde* e *Amnesty International*, enti come l'Associazione spagnola di Medicina di Comunità e Famiglia, movimenti sociali come *Yo Sí Sanidad Universal*, e altre piattaforme per la difesa della sanità pubblica, così come molti/e professionisti/e della salute (che hanno rifiutato il Decreto e hanno continuato ad assistere tutte le persone), hanno denunciato la grave violazione dei diritti umani in corso, e richiesto l'abrogazione del Decreto. La mobilitazione ha portato alla creazione di una rete nazionale che riunisce più di 300 organizzazioni sociali e associazioni professionali: REDER (Rete per la Denuncia e la Resistenza al Decreto Reale 16/2012), che fa azione di advocacy per l'adozione di una nuova normativa che assicuri l'accesso universale alle cure per tutte le persone che vivono in Spagna, a prescindere dallo status giuridico. Come risultato di queste mobilitazioni, alcuni governi regionali non hanno applicato il Decreto, mentre molti partiti politici hanno sottoscritto una dichiarazione che li impegna ad abrogare il Decreto nel caso in cui vengano eletti al governo (19). Inoltre, in seguito alle elezioni regionali del maggio 2015, diversi nuovi governi regionali hanno adottato decisioni che puntano a garantire almeno in parte l'accesso alle cure per le persone straniere non in regola (20). Tuttavia, poiché i governi regionali non hanno la possibilità di modificare la normativa nazionale, questi provvedimenti rappresentano solo "pezze" per coprire i buchi del sistema. Nel frattempo, la fonte del problema permane: una riforma strutturale che ha sottratto al diritto umano alla salute la sua intrinseca natura universale, collegandone l'esigibilità a criteri economici anziché etici (21).

Germania: il ruolo del volontariato

In Germania l'assistenza sanitaria è organizzata in base a un sistema di tipo assicurativo. Come in molti Paesi europei, l'accesso alle cure per le persone immigrate dipende dal loro status giuridico. Chi ha un permesso di soggiorno per lavoro o studio è in genere assicurato e può accedere alle cure senza pagare, come la maggior parte delle persone tedesche.

Tuttavia, le persone provenienti da alcuni Paesi dell'Unione Europea incontrano ostacoli di accesso, perché le assicurazioni sanitarie dei propri Paesi di origine sono spesso insufficienti o non ritenute valide in Germania, nonostante l'esistenza teorica di una tessera sanitaria europea (TEAM). Le persone provenienti dai Paesi del sud e dell'est Europa rappresentano una quota significativa di coloro che, non potendosi permettere cure a pagamento, si recano a cercare aiuto presso le organizzazioni del privato sociale (22).

Le persone che fanno richiesta di protezione internazionale possono accedere alle cure per condizioni acute e a tutto ciò che è indispensabile per poter rimanere in salute. Tuttavia, il principio di 'integralità' delle cure è lasciato alla libera interpretazione dei governi locali e/o dei professionisti sanitari. Questo si traduce in una significativa variabilità dell'accesso alle cure, in termini di quantità e qualità, nei diversi stati federali. Lo spettro va dalla tessera sanitaria elettronica per richiedenti asilo, che garantisce un accesso simile a quello della popolazione tedesca, a tessere sanitarie cartacee che sono difficili da ottenere e danno diritto solo alle cure per situazioni acute (23-24). Le modifiche della normativa sull'asilo del 2014 e 2015 non hanno migliorato la situazione, che resta variegata e ambigua, perdendo l'occasione di istituire un regolamento nazionale per un accesso comprensivo alle cure (23). L'interpretazione restrittiva delle rispettive normative da parte del personale sanitario e non sanitario ha portato a negazioni del diritto di accesso per i/le richiedenti asilo, tramite il rifiuto del rilascio o dell'accettazione delle tessere cartacee; vi sono state numerose conseguenze negative in termini di salute, compresi casi di decesso (24).

Poiché l'assistenza sanitaria garantita resta insufficiente, molte persone svolgono un'azione volontaria di supporto nei confronti dei/delle richiedenti asilo nella loro lotta per accedere alle cure. Questa assistenza volontaria è senz'altro necessaria per fare fronte ai bisogni urgenti, tuttavia resta inadeguata nei confronti di una piena ed equa tutela del diritto: è infatti impossibile garantire il diritto di accesso tramite una rete basata sul lavoro volontario. Pertanto, spetta al governo assumersi la responsabilità di assicurare la tutela dei diritti umani fondamentali, in accordo con la legge internazionale ed europea (22).

Per quanto riguarda le persone immigrate non in regola, esse hanno diritto alle cure di emergenza, ma l'accesso alle strutture sanitarie può esitare nell'espulsione perché le istituzioni statali sono – tranne alcune eccezioni – obbligate a segnalarne la presenza alle autorità. Benché tra le eccezioni siano comprese le strutture sanitarie e sociali, la normativa è spesso misconosciuta dalle istituzioni stesse. Pertanto, le persone immigrate continuano a rischiare l'espulsione quando accedono alle cure per via ufficiale. Ancora una volta, molte organizzazioni

non governative, iniziative antirazziste, e persone singole svolgono azione di volontariato per migliorare l'accesso alle cure, e organizzano percorsi sanitari 'protetti' con il supporto di medici e strutture sanitarie volontarie. L'accesso resta però, anche così, qualcosa di puntuale, non comprensivo e basato sull'iniziativa e sulla disponibilità di tempo e denaro di soggetti privati. Anche se la salute delle persone che migrano è in genere migliore della media all'inizio della migrazione (effetto migrante sano), le persone non in regola si trovano soggette a molti determinanti che agiscono in senso negativo sulla salute, rendendole particolarmente vulnerabili. Inoltre, anche la paura e la criminalizzazione giocano un impatto negativo sulla salute e portano a ritardi e problemi nell'accesso alle cure (25).

Italia: una norma tutta da applicare

In Italia la politica sanitaria per l'accesso alle cure delle persone straniere è stata, fin dall'inizio, plasmata dall'impegno e dal coinvolgimento della società civile organizzata. Questo ha fatto sì che il Paese si dotasse di una delle più inclusive legislazioni sull'accesso alle cure, se confrontata con gli altri Paesi europei (26). Tuttavia, quello che dovrebbe essere un diritto umano fondamentale incluso nella Costituzione del 1948 (Art. 32, che garantisce il diritto alla salute a tutti gli 'individui', non sottoponendolo al vincolo di cittadinanza) è ancora negato in maniera iniqua a molte persone immigrate.

La società civile ha giocato un ruolo importante nello stendere i due articoli del Testo Unico sull'immigrazione che, dal 1998, regolamentano l'accesso alle cure delle persone straniere. Questi articoli, tuttora validi, garantiscono pieno accesso alle persone straniere che hanno i requisiti per iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In linea generale, si tratta di chi ha un permesso di soggiorno per lavoro o ricongiungimento familiare, così come le persone che fanno richiesta di protezione internazionale. Le persone non in regola possono accedere senza oneri alle cure di emergenza, ma hanno anche diritto all'assistenza di secondo e terzo livello per condizioni "urgenti o essenziali, ancorché continuative". Il concetto di essenzialità comprende tutte quelle condizioni che, se non trattate o trattate con ritardo, possono causare un danno alla salute. Infine, vi sono persone provenienti da altri Paesi dell'Unione Europea: chi è in possesso della tessera sanitaria europea ha accesso ad alcuni livelli di cura, mentre chi ha i requisiti per l'iscrizione al SSN è di fatto equiparato ai cittadini italiani. Tuttavia, molte persone che hanno perso il lavoro e/o la residenza, spesso in conseguenza della crisi economica, perdono i requisiti per l'iscrizione e – se non sono in possesso di TEAM – ogni diritto di accesso alle cure (se non a quelle di urgenza). Se accedono, devono pagare l'intero costo della prestazione.

L'interpretazione e l'applicazione della normativa sull'accesso alle cure per le persone straniere sono altamente disomogenee sul territorio nazionale (tra regioni, e tra diverse aree delle stesse regioni). Ancora una volta, la società civile ha giocato un ruolo chiave nel promuovere e sostenere iniziative di monitoraggio e armonizzazione, tra cui la compilazione di linee guida nazionali per la corretta applicazione della normativa. Nonostante l'approvazione di un Accordo Stato

Regioni nel dicembre del 2012, volto a facilitare il processo di armonizzazione, la situazione resta ancora estremamente disomogenea e buona parte delle disposizioni previste non vengono applicate in modo sistematico nei diversi territori.

La situazione attuale è quella di un diritto garantito sulla carta, che richiede molti passaggi per essere reso esigibile, a partire dalla presenza di politiche e strutture a livello locale che garantiscano l'accesso alle cure primarie. Il SSN, infatti, assegna al medico di medicina generale il ruolo di 'porta d'ingresso' nel sistema; tuttavia, nella maggior parte dei casi, le persone immigrate non in regola non hanno accesso al medico di medicina generale. In molti contesti, quindi, è il privato sociale a organizzare ambulatori di medici volontari per svolgere questo ruolo e coprire le falle del sistema pubblico.

Un secondo passaggio necessario è l'esistenza di politiche che assicurino la sostenibilità economica dell'accesso. Nonostante esista, nella normativa nazionale, un'esenzione per le persone non in regola in caso di indigenza, questa non viene applicata in molte regioni. L'applicazione di "pari condizioni rispetto alla popolazione italiana", prevista dalla normativa nazionale, non è in questo caso rispettata, visto che non è applicata un'esenzione per reddito come previsto invece per le persone indigenti italiane.

Infine, vi sono molte considerazioni sulle disuguaglianze in salute che si generano all'interno delle strutture e dei percorsi sanitari. Queste sono correlate alla preparazione del personale in termini di "tecnologie leggere", tra cui le competenze relazionali, interculturali e linguistiche. Ma anche all'organizzazione complessiva dei servizi, troppo spesso informata da criteri di razionalità ed efficienza, e non centrata sull'efficacia della risposta ai bisogni di salute, in particolare di coloro che hanno maggiormente necessità di assistenza e cura.

In questa situazione, non sorprende il fatto che esistano disuguaglianze di accesso e di esito tra la popolazione autoctona e le persone immigrate (27-28). Molti studi mostrano che queste ultime sotto utilizzano i servizi territoriali e ospedalieri, mentre utilizzano relativamente di più i servizi di emergenza. All'origine di questo fenomeno vi sono fattori quali la consapevolezza e le informazioni sui propri diritti e la possibilità di esigerli; la competenza e la preparazione del personale sanitario e amministrativo su tali diritti e sulle procedure per tutelarli; e le risorse interne al sistema e messe a disposizione per garantire il pieno accesso alle cure.

Se tra gli elementi che condizionano l'accesso vi sono fattori di natura organizzativa, cognitiva e burocratica, ciò significa che non è sufficiente offrire servizi e renderli esigibili: è anche necessario promuovere e informare in modo proattivo le persone immigrate, così come il personale sanitario e amministrativo, perché le risorse messe a disposizione siano effettivamente accessibili e raggiungano in particolar modo chi ne ha più bisogno.

Conclusioni

Nel 2017, l'Unione Europea ha celebrato i 60 anni dal Trattato di Roma, che ne ha stabilito la fondazione. Non dovremmo dimenticare, tuttavia, che l'UE è in primo luogo un mercato comune e che priorità economiche – non sociali – ne hanno guidato il cammino dalla creazione alla sua forma odierna. D'altro canto, in sessant'anni i Paesi membri non sono stati in grado – o non hanno voluto – usare l'UE come strumento per informare, disegnare, applicare e sostenere politiche sociali e di salute in grado di proteggere i settori più vulnerabili della società, e promuoverne i diritti.

Nel 1907, il patologo e padre della medicina sociale Rudolf Virchow ha scritto “Come è triste che migliaia debbano morire nella miseria, per consentire a poche centinaia di vivere bene”. Oltre un secolo dopo la situazione sembra assai simile, con disuguaglianze socioeconomiche che continuano ad aumentare e ripercussioni visibili anche sugli indicatori di salute. Se quelle che dovrebbero essere le nostre istituzioni non stanno agendo nel migliore interesse della maggior parte delle persone, e nella direzione dell'equità, dovremmo rafforzare i movimenti dal basso e le reti di organizzazioni della società civile per richiedere con maggiore forza un cambiamento radicale di direzione, affrontando con il potere di molti gli interessi di una minoranza al comando.

BIBLIOGRAFIA

1. UNDESA, International Migrant Stock 2015; 2017. <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates15.shtml>
2. UNHCR, Figures at a Glance; 2017. <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
3. <https://missingmigrants.iom.int/mediterranean>
4. OECD/European Commission, Indicators of Immigrant Integration 2015: Settling In; 2015.
5. Médecins du Monde, Access to health care for the Most Vulnerable in a Europe of Social Crisis; 2014.
6. Médecins du Monde, Access to health care for People Facing Multiple Health Vulnerabilities. Obstacles in Access to Care for Children and Pregnant Women in Europe; 2015.
7. Médecins du Monde, Access to health care for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries; 2016.
8. Sarriá-Santamera A, Hijas-Gómez A I, Carmona R, Gimeno-Feliú L A. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Rev* 2016; 37:28.
9. European Commission, Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU, COM (2009) 567 final; Brussels; 2009.
10. European Commission, Annual Growth Survey 2017, COM (2016) 725 final; Brussels; 2016.
11. UN Economic, Social and Cultural Rights Committee, General observation No. 14. The right to the highest attainable standard of health, UN. Doc.E/C. 12/2000/4, August 2000, para 34.
12. Médecins du Monde, Access to health care in Europe in times of Crisis and Rising Xenophobia; 2012.
13. http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/sgp/index_en.htm
14. Eurofound, Access to health care in times of crisis, Publications Office of the European Union; Luxembourg; 2014.

15. Justfair, Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. Parallel Report. Submission to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2015.
16. IOM, Recommendations on access to health services for migrants in an irregular situation; 2016.
17. REDER, Anatomy of the Healthcare Reform. The Universality of Exclusion; 2015.
18. Naranjo J, Alpha Pam, una muerte por decreto. El País, 9 aprile 2016 http://elpais.com/elpais/2016/04/19/planeta_futuro/1461072847_886553.html
19. https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle_cn/re/menu.111/id.4256
20. REDER, Un aniversario sin nada que celebrar. Cuatro años de exclusión sanitaria; 2016.
21. REDER, Five myths for five years of health exclusion; 2017.
22. Medibuero Berlin – Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen: 20 Jahre Medibuero – Netzwerk. Berlin; 2016.
23. Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e. V.: Gesundheit fuer Gefluechtete. Göttingen; 2016. <http://gesundheit-gefluechtete.info/>
24. Fluechtlingsrat Berlin e. V.: Dokumentation Menschenrechtsverletzungen durch Mangelmedizin nach AsylbLG. Berlin, 2016. http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsylbLG_Gesundheit_08Juni2016.pdf
25. Kuehne A, Huschke S, Bullinger M. Subjective health of undocumented migrants in Germany – a mixed methods approach. BMC Public Health 2015;15:926-938.
26. Marceca M. Migration and Health from a Public Health Perspective. In: Muenstermann I.(Ed.), People's Movements in the 21st Century - Risks, Challenges and Benefits, InTech, 2017. <https://www.intechopen.com/books/people-s-movements-in-the-21st-century-risks-challenges-and-benefits/migration-and-health-from-a-public-health-perspective>
27. Barsanti S, Nuti S. Migrant health in Italy: the right and access to health care as an opportunity for integration and inclusion. Working paper n. 04/2013;Pisa: Istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna; 2013. <http://www.idm.sssup.it/wp/201304.pdf>
28. Tognetti M. Health Inequalities: Access to Services by Immigrants in Italy, Open J Soc Sci 2015; 3:8-15. http://file.scirp.org/pdf/JSS_2015032714224331.pdf

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno