

Diritto alla salute e migrazioni internazionali

Per una “bioetica in azione”

Carlo Botrugno

Abstract: Bioethics scholars have always shown a preference for discussion and research over cutting-edge topics and dilemmas arising from technological advancements in health sciences and healthcare. As highlighted by the Italian physician and bioethicist Giovanni Berlinguer, these topics represent only a part of bioethics that he defined as frontier bioethics. Besides the latter, Berlinguer claims for an everyday bioethics, which includes matters that concern the majority of the population in contemporary societies, such as health access and equity, health inequalities and discrimination, public health and primary care services. In this work, I use the lens provided by the everyday bioethics to assess the weight of the difference which currently overwhelms migrants in both maintaining psychophysical well-being and accessing adequate healthcare services in host countries. I will start by outlining the main risks for migrants’ health during their transit as well as the main obstacles preventing them from accessing adequate healthcare services in receiving countries. I will elaborate by trying to shed light on the association between people movement and the spread of infectious diseases, after which I will look at the interplay of detention, migration and healthcare. I will then highlight the main challenges associated with socio-cultural misconceptions in health and healthcare that exacerbate health inequalities to the detriment of migrant people. In the conclusions, I build on the everyday bioethics approach by speculating what its contribution may be to both bioethics and the attempt to enhance the protection of migrants’ health.

[Keywords: everyday bioethics, international migrations, right to health, health inequalities, health justice]

Una prima versione di questo articolo è stata pubblicata in lingua inglese in *L’Altro Diritto. Carcere, Devianza, Marginalità e governo delle migrazioni* all’interno del numero speciale dedicato a “Freedom and Healthcare: Exploring Mutual Interconnections in Contemporary societies”, 1 (2018), pp. 91-118.

C. Botrugno “Diritto alla salute e migrazioni internazionali: per una ‘bioetica in azione’”, *Jura Gentium*, ISSN 1826-8269, XVI, 2019, 2, pp. 102-126



1. Introduzione

Sebbene il primo studioso a utilizzare il vocabolo “bioetica” sia stato Van Rensselaer Potter nel 1970, è possibile affermare che la bioetica, in quanto disciplina, aveva già trovato una prima fondazione all’indomani del secondo dopoguerra e, in particolare, nella reazione alle atrocità degli esperimenti medici nazisti. Negli anni a venire, la bioetica ha vissuto una straordinaria espansione, contribuendo a difendere diritti e libertà dei pazienti, tra cui la tutela della dignità umana, il diritto a essere informati riguardo alle proprie condizioni di salute e quello di autodeterminarsi rispetto alle scelte terapeutiche da intraprendere. In *The Encyclopedia of Bioethics*, Warren Thomas Reich definisce la bioetica come

lo studio sistematico delle dimensioni morali – comprese le visioni morali, le decisioni, le condotte e le politiche – delle scienze della vita e della salute, che utilizza una varietà di metodologie eticamente orientate, in un contesto interdisciplinare¹.

Tuttavia, ove si considerino gli elementi di tale definizione – scienze della vita e della salute, visioni morali, decisioni, condotte, e politiche – è possibile osservare che ognuno di essi assume un proprio peso all’interno del dibattito contemporaneo. Gli studiosi di bioetica, invero, hanno sempre mostrato una netta preferenza per la discussione e la ricerca vertenti su sfide e dilemmi etici, usualmente derivanti da sviluppi tecnologici o avanzamenti in ambito clinico. Nondimeno, come sottolineato dal filosofo e medico italiano Giovanni Berlinguer (1924-2015), ciò rappresenta solo una parte della bioetica e, nella specie, quella che lui ebbe modo di definire come “bioetica di frontiera”. Dietro a quest’ultima, si cela un’altra bioetica, quella del “quotidiano”, che ricomprende questioni che riguardano la maggior parte della popolazione delle società contemporanee, temi come l’equità in salute, l’accesso ai servizi sanitari, le disuguaglianze e le discriminazioni in salute, l’assistenza sanitaria di base e il funzionamento della sanità pubblica. Invero, lungi dal sottostimare l’importanza delle sfide poste dalle nuove tecnologie e dalle scoperte in ambito clinico, Berlinguer rivendica un ruolo più ampio per la bioetica, con l’obiettivo di dimostrare che tale disciplina può avere un impatto decisivo *hic et hunc*,

¹ W.T. Reich (ed.) *Encyclopedia of Bioethics. Introduction*, New York, Macmillan, 1995, p. XXI, (traduzione dall’originale in inglese).



ovvero nella vita quotidiana delle persone². Sebbene alcuni autori abbiano messo in rilievo che l'approccio della bioetica del quotidiano manchi di un'autentica fondazione teorica³, quest'ultimo è stato accolto con favore da autorevoli bioeticisti italiani e dallo stesso Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), che vi ha fatto riferimento esplicito, in particolare, in un parere del 2010, all'interno del quale si sottolinea

La bioetica di frontiera si concentra, infatti, sulle questioni bioetiche più problematiche e conflittuali in ordine alle scelte personali e pubbliche riguardanti, in particolare, i cosiddetti stati di confine (la nascita e la morte); la problematicità di tali questioni dipende spesso dal loro carattere radicalmente innovativo, frutto del continuo sviluppo delle scienze biomediche e delle applicazioni della tecnica. La bioetica quotidiana si muove invece in una dimensione più vicina all'esperienza comune delle persone; essa, più che l'eccezionalità dei casi limite, considera – per così dire – la normalità delle situazioni⁴.

In questo senso, pertanto, è possibile sostenere che l'approccio della bioetica del quotidiano detiene un nesso stringente con il tema della giustizia sanitaria, e che, attraverso di esso, ci si prefigge di conferire rilevanza alle visioni morali e ai bisogni della popolazione intera e non solo di parte di essa, quella toccata dalle questioni di frontiera⁵. In tal senso, pertanto, se è vero che tutti gli individui sono uguali dinanzi alla legge – almeno sulla carta – non tutti sono uguali davanti alla malattia e alla sofferenza, cosa che diviene evidente allorché si consideri l'incidenza dei fattori sociali, culturali, ed economici – come impiego, reddito, istruzione, genere, etnia – i quali, sebbene esterni all'organizzazione del sistema sanitario, hanno un impatto decisivo sull'effettività della tutela della salute, soprattutto con riferimento all'accesso all'assistenza sanitaria da parte di gruppi marginalizzati e persone in condizioni di vulnerabilità⁶. Come noto, negli ultimi venti anni, l'analisi di questi fattori ha assunto una rinnovata valenza in virtù del lavoro

² G. Berlinguer, *Bioetica quotidiana*, Firenze, Giunti, 2000; G. Berlinguer, *Everyday Bioethics: Reflections on Bioethical Choices*, New York, Baywood Publisher, 2003.

³ N. Biller-Andorno, "Everyday bioethics: reflections on bioethical choices in daily life – Book Review". *Bull World Health Organ*, 81 (2003), 4, p. 306.

⁴ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Le condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nella assistenza socio-sanitaria*, 2010, parere consultabile al seguente indirizzo: http://bioetica.governo.it/media/170708/p93_2010_donne_terza_quarta_eta_it.pdf.

⁵ E. Lecaldano, *La Bioetica. Scelte morali*, Roma-Bari, Laterza, 1999.

⁶ C. Botrugno, "Diritto alla salute, disuguaglianze e materialità del sociale: una ricognizione per leggere le molteplici correlazioni tra diritto e società nell'area del benessere", in R. Bonato, M. Nobile, *Il benessere: un percorso multidisciplinare*, Milano, Ledizioni, 2014, pp. 33-44.



svolto dalla Commissione sui determinanti sociali della salute, istituita presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità⁷. A questo lavoro, inoltre, deve essere aggiunto un robusto corpo di evidenze empiriche attraverso le quali si è fatta luce sulla molteplicità di correlazioni sussistenti tra condizioni socio-economiche e diseguaglianze di salute. In particolare, queste evidenze hanno mostrato come, tanto prese singolarmente, quanto in combinazione fra loro, l'azione dei determinanti sociali possa avere un impatto decisivo sulla tutela della salute, generando un gradiente sociale che si riverbera tanto sull'accesso all'assistenza sanitaria, quanto sul mantenimento dello stato di salute⁸.

In questo contesto, è emerso in maniera inequivocabile che la condizione di migrante all'interno delle società industrializzate deve essere intesa come un fattore di carattere multidimensionale, la cui azione appare in grado, più di ogni altra variabile, di (deter)minare la salute degli individui⁹. A livello internazionale, la popolazione migrante è stata recentemente stimata in 244 milioni, corrispondente al 3,3% della popolazione mondiale¹⁰. Si osserva, inoltre, che i flussi migratori crescono incessantemente – nel 2016, +41% rispetto al 2000. In tal senso, l'idea utopistica di un mondo senza frontiere, spesso evocata sin dai tempi della dissoluzione dell'Unione sovietica e più recentemente alimentata da visioni *naïves* delle dinamiche della globalizzazione, ha rapidamente ceduto il passo a un rafforzamento dei controlli di frontiera e a un consolidamento di tensioni politiche e ambizioni a sfondo nazionalistico, sovente intrise di xenofobia e razzismo.

⁷ Organizzazione Mondiale della Sanità, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, 1998, consultabile all'indirizzo: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf; Organizzazione Mondiale della Sanità, Commission on Social Determinants of Health, *Social determinants of health: The Solid Facts*, 2003, consultabile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf.

⁸ S.V. Subramanian, P. Belli, I. Kawachi, "The macroeconomic determinants of health", *Annual Review of Public Health*, 23 (2002), pp. 287-302; G. Padovani, *Il diritto negato. La salute e le cure sono uguali per tutti?*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2008; M. Marmot, "Social justice, epidemiology and health inequalities", *Eur J Epidemiol*, 32 (2017), 7, pp. 537-46.

⁹ Fundamental Right Agency, *Migrants in an irregular situation employed in domestic work: Fundamental rights challenges for the European Union and its Member States*, 2011, consultabile all'indirizzo: <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/migrants-irregular-situation-employed-domestic-work-fundamental-rights-challenges>; E. Reyneri, *Sociologia del mercato del lavoro. Le forme dell'occupazione*, Bologna, Il Mulino, 2011, M. Tognetti Bordogna, "Nuove diseguaglianze in salute: il caso degli immigrati", *Cambio*, (2013) 5, pp. 59-72.

¹⁰ United Nations, *International Migrations Report*, 2016, consultabile all'indirizzo: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015.pdf>.



L'obiettivo principale del presente lavoro è quello di usare la lente della bioetica del quotidiano per valutare il "peso della differenza", quello che attualmente grava sui migranti sia nel mantenimento di un livello di salute ottimale, sia nell'accesso all'assistenza sanitaria nelle società di accoglienza. Sebbene quest'analisi sia primariamente focalizzata sulla situazione dell'Unione europea, e in particolare, sull'area del Mar Mediterraneo, molte di queste considerazioni possono essere estese ai flussi migratori più in generale. Nel secondo paragrafo, si analizzano sinteticamente i principali rischi per la salute dei migranti nell'intero arco della migrazione, prestando attenzione particolare ai fattori che ostacolano un effettivo accesso all'assistenza sanitaria nei paesi di accoglienza. Nel terzo paragrafo, si prova a far luce sulla relazione tra le migrazioni internazionali e la diffusione delle malattie infettive, spesso assurta a emblema del dibattito politico e delle tensioni internazionali in tema di controllo e gestione dei flussi migratori. Nel quarto paragrafo, l'attenzione si rivolge all'intersezione tra migrazioni, salute e detenzione, in cui i migranti – spesso a prescindere dal proprio *status* giuridico – si trovano intrappolati a causa delle condizioni precarie che spesso si accompagnano all'esperienza migratoria. Nel quinto paragrafo, si passano in rassegna alcuni dei maggiori equivoci derivanti dall'impatto che i fattori socio-culturali possono esercitare nell'area della salute e dell'assistenza sanitaria, con il risultato ultimo di aggravare le disuguaglianze a svantaggio dei migranti. Infine, nelle conclusioni, si ritorna sull'approccio della bioetica del quotidiano, col fine ultimo di evidenziare il possibile contributo di quest'ultimo alla crescita della bioetica in generale e alla tutela della salute dei migranti in particolare.

2. Le migrazioni internazionali e i rischi per la salute

Un riferimento utile per provare a definire una migrazione è rappresentato dal contributo apportato alla sociologia delle migrazioni dal sociologo e antropologo franco-algerino Abdelmalek Sayad (1933-1998) e, in particolare, al concetto di "fatto sociale totale", ripreso da Marcel Mauss¹¹ e trasposto all'atto migratorio. Seguendo Sayad, la migrazione deve essere intesa come un "itinerario epistemologico", dal momento che la sua analisi

¹¹ A. Sayad, *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité. L'illusion du provisoire*, Paris, Raisons d'Agir, 2006.



chiama in causa l'intero spettro delle scienze sociali, ovvero il diritto, l'economia, la storia, la geografia, la demografia, la sociologia, l'antropologia, la linguistica, la socio-linguistica. Nondimeno, nonostante il credito acquisito dal pensiero di Sayad nelle scienze sociali, la complessità epistemologica che dovrebbe sovrintendere all'analisi delle migrazioni contemporanee è stata largamente trascurata all'interno di orientamenti e politiche adottati in materia dall'Unione europea e dagli Stati membri. Per converso, le semplificazioni hanno contribuito a sostenere la plausibilità della distinzione tra "migrante economico" e "rifugiato", spesso propugnata, più o meno inconsapevolmente da *policy-makers* e mass-media, quale chiave di volta della strategia di "gestione dei flussi migratori", perseguita nelle ultime decadi congiuntamente da Unione europea e paesi membri¹². Infatti, poiché il respingimento dei richiedenti asilo è espressamente vietato dalla Convenzione di Ginevra del 1951 – il cosiddetto *non-refoulement* consacrato all'art. 33 – la distinzione tra migranti economici e rifugiati è servita alle autorità dei paesi membri come leva per giustificare l'inosservanza dei doveri di protezione loro incombenti nei confronti dei cittadini stranieri intercettati alle frontiere o salvati dal naufragio in acque internazionali. A questo proposito, inoltre, si consideri che, così come evidenziato dal Rapporto sulle Migrazioni Internazionali dell'ONU del 2016, per migrante si deve intendere un individuo che vive in un paese diverso da quello in cui è nato/a¹³. All'interno di questo lavoro, pertanto, il termine "migrante" è utilizzato per indicare qualsiasi movimento migratorio, ricomprendendo, dunque, tanto i migranti economici, quanto rifugiati e richiedenti asilo, a prescindere dal relativo *status* giuridico. Invero, se si considera l'incidenza dei fattori di spinta e di attrazione, deve riconoscersi che la maggior parte di questi movimenti migratori può essere inquadrata nella categoria della "migrazione forzata", che evoca uno scenario in cui l'individuo è costretto o indotto ad abbandonare la propria terra di origine per ragioni che possono anche sovrapporsi, ad esempio, persecuzioni religiose, etniche, politiche, violenza fisica o psicologica, minacce, carestie, assenza di risorse per vivere.

¹² C. Botrugno, "Immigrazione e Unione Europea: un excursus storico ragionato", *Sociologia del diritto*, (2014), 1, pp.143-65.

¹³ United Nations, *International Migrations Report*, cit.



Quando si considerano i possibili fattori di rischio per la salute dei migranti, è opportuno muovere da una classificazione che li suddivide in fattori pre-migrazione, fattori relativi alla migrazione in senso stretto e, infine, fattori post-migrazione¹⁴. Questa tripartizione è significativa nella misura in cui fornisce una prima rappresentazione della complessità dell'itinerario – epistemologico e non solo – che presiede alla vicenda migratoria, intesa alla stregua di fatto sociale totale. I fattori pre-migrazione consistono in rischi per la salute derivanti da condizioni e circostanze che precedono l'itinerario di cui sopra e che, spesso, esercitano un peso diretto sulla stessa scelta di migrare. Tra questi vi è l'esposizione a malattie infettive causate da malnutrizione e scarse condizioni igieniche¹⁵, ma, soprattutto, la possibile esposizione a guerre, torture, violenze e carestie. Invero, oltre a agire da fattori di spinta, questi ultimi possono essere considerati anche come determinanti sociali della salute.

Con riferimento ai fattori relativi alla migrazione in senso stretto, deve prendersi in considerazione qui non solo l'ultima parte del tragitto – la traversata in imbarcazioni di fortuna verso le coste del continente europeo – ma l'intera rotta migratoria, dal proprio paese di origine sino ai punti di imbarco. In questo contesto, è noto che i migranti sono costretti ad affidare le proprie vite e gran parte dei propri averi nelle mani dei trafficanti¹⁶, i quali, come testimoniato da molte associazioni non governative che operano nell'area del Mar Mediterraneo, spesso fanno leva sulla condizione di assoggettamento dei primi per abusare di loro e derubarli. Stupri, violenze e torture sono all'ordine del giorno per i migranti in transito, i quali, tuttavia, rischiano anche di essere venduti, uccisi, o abbandonati nel mezzo del deserto, o in mare aperto¹⁷. Pertanto, al di là del rischio per la

¹⁴ D. Bhugra, S. Gupta (eds.) *Migration and Mental Health*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010; S. Loue e M. Sajatovic, *Encyclopedia of Immigrant Health*, New York, Springer, 2012.

¹⁵ Tra queste si annoverano, in particolare, le malattie parassitarie e le malattie tropicali neglette. In particolare, la persistenza di queste ultime è stata individuata in 149 paesi e basso e medio reddito delle aree tropicali e sub-tropicali dell'Africa, dell'Asia e dell'America Latina. Sul punto si veda Organizzazione Mondiale della Sanità, *Neglected Tropical Diseases*, 2017, commento consultabile all'indirizzo: http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/.

¹⁶ Per un approfondimento sui fenomeni di tratta, sfruttamento e *smuggling* si rinvia a C. Stoppioni, "Tratta, sfruttamento e *smuggling*: un'ipotesi di *finium regundorum* a partire da una recente sentenza, *La legislazione penale*, 2019, consultabile all'indirizzo: <http://www.lalegislationependale.eu/wp-content/uploads/2019/01/Stopponi-approfondimenti-LP.pdf>.

¹⁷ Secondo i dati raccolti attraverso la piattaforma *Missing Migrant Project*, a cura dell'*International Migration Organization*, nel 2019, sono state registrate fatalità che sono costate la vita a 3160 migranti. Sul tema si veda il sito: <https://missingmigrants.iom.int>.



vita stessa, è evidente che, nell'arco della vicenda migratoria, la salute dei migranti sia minacciata da una molteplicità di fattori, tra cui rischio di ipotermia, ferite e bruciature, disturbi gastrointestinali, eventi cardiovascolari, complicanze di gravidanza, diabete, ipertensione e *stress* psicologico.

Infine, per quanto concerne i fattori di permanenza, una volta sopravvissuti alle peripezie della migrazione, i migranti devono affrontare una serie di ostacoli relativi alla loro integrazione e adattamento nelle società di accoglienza. Come mostrato dalle recenti drammatiche vicende di tensioni tra autorità dei paesi che si affacciano sul Mar Mediterraneo e le imbarcazioni di associazioni dedite al salvataggio di migranti in mare – vicende che hanno interessato direttamente il nostro paese¹⁸ –, l'accoglienza dei migranti in condizione di irregolarità diviene sempre più complicata sul suolo continentale. Come è noto, Italia, Spagna, Grecia e Malta reclamano da tempo una “equa redistribuzione” dei migranti intercettati alle rispettive frontiere per contrastare la (presunta) eccessiva esposizione dei rispettivi territori ai flussi migratori internazionali. Le tensioni politiche internazionali che hanno spesso accompagnato tali vicende sono state fomentate da quei partiti che fanno leva sul timore di una “invasione dello straniero” come strumento di raccolta del consenso politico, con l'effetto di esacerbare presso la popolazione autoctona sentimenti di carattere nazionalista e attitudini di tipo xenofobo nei confronti dei migranti.

Al di là delle retoriche anti-immigrazione, al loro arrivo, i migranti si trovano solitamente nella condizione di dover fare fronte a due grandi problemi: ottenere un lavoro e regolarizzare il proprio *status* giuridico. Queste difficoltà, invero, sono strettamente correlate dal momento che, tanto le politiche adottate in materia dall'Unione europea, quanto quelle dei singoli Stati membri hanno avuto per effetto di stabilire una correlazione fra diritto di soggiorno degli stranieri e ottenimento di un impiego regolare. Ne consegue che ottenere un lavoro e guadagnare uno *status* giuridico regolare può rappresentare un problema non solo per i migranti che fanno il loro ingresso in condizioni

¹⁸ Per una disamina critica delle vicende che hanno interessato il governo italiano con riferimento al diniego di accesso ai porti di imbarco da parte di imbarcazioni di organizzazioni non governative dedite al salvataggio dei migranti al largo del Mar Mediterraneo, si rinvia alle considerazioni di E. Santoro, “The Popular Sovereignty and Its Constitutional Limits: The European Court of Human Rights as the Last Resto for Avoiding the Banality of the Evil”, in P.P. de Albuquerque, K. Wojtyczek (eds.), *Judicial Power in a Globalized World*, New York, Springer, 2019, pp. 501-510.



di irregolarità, ma anche per i cosiddetti *overstayers*, ovvero quei cittadini stranieri che si trovano sul territorio continentale in virtù di un regolare permesso temporaneo (ad esempio, per turismo o per studio) e che, poi, vi si trattengono oltre la scadenza dello stesso. A questo proposito, è stato messo in rilievo come, nonostante la percezione comune alimenti l'idea che gli stranieri stiano invadendo l'Europa attraverso gli sbarchi irregolari dal Mediterraneo, la maggior parte degli stranieri che giungono sul nostro territorio sono *overstayers*¹⁹. Tuttavia, dal momento che è molto difficile ottenere un lavoro senza possedere uno *status* giuridico regolare, molti migranti sono di fatto costretti ad accettare lavori irregolari, precari, pericolosi e sottopagati²⁰. In questo contesto, è evidente come lo stato di assoggettamento sovente esperito dai migranti nei paesi di accoglienza possa avere un'incidenza diretta sul loro stato di salute, moltiplicandone l'esposizione a disturbi psico-sociali, problemi riproduttivi, mortalità infantile, disturbi nutrizionali, contagio di malattie infettive, abuso di alcool e stupefacenti²¹. Inoltre, la condizione di irregolarità in cui molti sono costretti, sovente impedisce loro di avere accesso adeguato all'assistenza sanitaria. A tal riguardo, va ricordato che la persistente crisi economica dell'ultimo decennio è stata utilizzata politicamente per adottare politiche e misure ispirate a "tolleranza zero" in tema di accesso ai servizi sanitari da parte dei migranti in condizioni di irregolarità. Invero, a tali tentativi hanno sovente fatto seguito contestazioni decise da parte dei professionisti sanitari che hanno anteposto il "dovere di curare" – che trova fondamento nella deontologia professionale all'applicazione di tali misure –, apparse sin da subito di carattere discriminatorio e di dubbia legittimità costituzionale²². Tuttavia, a prescindere dalla legittimità giuridica di tali misure, le stesse

¹⁹ P. Cuttitta, "Le rotte che cambiano i confini", *Segno* 33/289, (2007), pp. 49-54.

²⁰ Sul punto si veda E. Santoro, C. Stoppioni, "Strategie per combattere lo sfruttamento lavorativo dopo l'entrata in vigore della legge 199/2016. I primi dati della Ricerca del Laboratorio di ricerca sullo sfruttamento lavorativo e sulla protezione delle sue vittime Altro diritto/FLAI CGIL", 2019, consultabile all'indirizzo: <http://www.adir.unifi.it/laboratorio/secondo-rapporto-sfruttamento-lavorativo.pdf>.

²¹ Organizzazione Mondiale della Sanità, *Migrations and health: key issues*, 2017, consultabile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>.

²² È il caso della Spagna, che con il *Decreto Real* n. 16/2012, ha escluso l'accesso ai servizi sanitari ai migranti in condizioni di irregolarità, salvo per casi di emergenza. Oltre alle proteste dei professionisti sanitari, diverse regioni spagnole hanno disatteso il contenuto del decreto e continuato a erogare assistenza sanitaria a tutti i migranti. Tuttavia, l'approvazione di tale provvedimento ha comunque sortito effetti drammatici per la salute dei migranti *sin papeles* dal momento che oltre 873.000 tessere sanitarie sono state ritirate a partire dalla sua approvazione e migliaia di migranti esclusi dall'accesso ai servizi. Cfr. Red Acoge, *Los efectos de la exclusión sanitaria en las personas inmigrantes más vulnerables*, 2015,



hanno comunque sortito in molti casi l'effetto di incrementare il senso di timore e di assoggettamento già esperito dai pazienti stranieri, inducendo molti di loro a limitare o evitare il ricorso ai servizi sanitari.

3. Flussi migratori e patologie trasmissibili: una minaccia per la salute pubblica?

La presunta correlazione tra movimenti migratori internazionali e il rischio di trasmissione di malattie infettive ha attraversato il dibattito politico recente in tema di gestione e controllo dei flussi migratori internazionali, non solo quelli diretti verso il continente europeo. Tuttavia, prima di entrare nel merito della questione, è opportuno considerare un elemento che può arricchire tale riflessione, ovvero, il cosiddetto paradosso dell'“effetto migrante sano”. Tale paradosso risiede nella circostanza per cui, al momento di arrivo nelle società di accoglienza, le condizioni di salute dei migranti sono in media migliori di quelle della popolazione autoctona e ciò, nonostante i primi provengano solitamente da luoghi in cui le condizioni socio-economiche sono peggiori e dove copertura e accesso all'assistenza sanitaria sono minori²³. Sebbene le dinamiche che fanno capo a questo effetto non siano ancora state adeguatamente indagate, è possibile ipotizzare che allo stesso concorrano una serie di fattori o, come è stato affermato nell'ambito della letteratura specializzata, una serie di “filtri”, il primo dei quali è la combinazione tra migrazione ed età impiegabile: “è risaputo che i lavoratori godono

consultabile all'indirizzo: http://redacoge.org/mm/file/2015/Jurídico/Informe%20Sanidad%20RED_ACOGE.pdf; e REDER, *La salud en los márgenes del sistema*, 2017, consultabile all'indirizzo: <https://www.reder162012.org>. Anche in Italia, nel 2009, fu approvato la legge n. 94/2009 che introduceva nell'ordinamento giuridico italiano il reato di “soggiorno illegale”, sostenuto, tra le altre misure, da un obbligo di denuncia da parte dei professionisti sanitari che fossero venuti in contatto con migranti in condizioni di irregolarità. Anche in questo caso, l'approvazione di tale provvedimento ha suscitato veementi reazioni da parte dei professionisti sanitari, i quali, hanno preso posizione in merito ancora prima che fosse fatta chiarezza sull'effettiva legittimità dello stesso. A tale proposito, si rinvia, *ex multis*, al documento pubblicato dall'Anao all'indomani dell'approvazione della l. n. 94/2009, consultabile all'indirizzo: http://www.anao.it/public/RS_clandestini_13mag09_.pdf. Infine, un tentativo ulteriore di compressione dell'accesso ai servizi sanitari da parte dei migranti deve ravvisarsi anche nella recente emanazione del d.l. n. 113/2018, convertito in l. n. 132/2018, che estende ai presidi sanitari l'ambito di applicazione del divieto di accesso in specifiche aree urbane (cosiddetto Daspo urbano) introdotto con il decreto legge 20 febbraio 2017, n. 14.

²³ *Ex multis*, cfr. S. Kennedy, *et al.*, “The Healthy Immigrant Effect: Patterns and Evidence from Four Countries”, *Journal of International Migration and Integration*, 16 (2015), 2, pp. 317-32; A. Domnich, *et al.*, “The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe today?”, *The Italian Journal of Public Health*, 9 (2012), 3, pp. 1-7.



generalmente di livelli di salute migliore rispetto ad altri gruppi sociali (effetto lavoratore sano) e che il lavoro è uno dei principali fattori di spinta all’immigrazione” il che porterebbe a ritenere che il “filtro lavorativo” sia responsabile della selezione di migranti in salute²⁴.

Un altro filtro chiamato in causa per spiegare l’“effetto migrante sano” è il cosiddetto *cultural buffering*, con cui si allude a un effetto di protezione esercitato da stili di vita e abitudini tipici di società e culture non industrializzate, che possono risultare più sani di quelli in uso presso la popolazione dei paesi di accoglienza. A questo proposito, invero, non è un caso che l’“effetto migrante sano” tenda a dissolversi durante la permanenza dei migranti nei paesi di accoglienza e, in particolare, dopo un primo periodo di adattamento, al termine del quale gli indicatori di salute degli stranieri tendono a peggiorare sino a raggiungere livelli comparabili con quelli della popolazione autoctona. Ciò ha indotto la letteratura a coniare un’altra espressione emblematica, quella dell’“effetto migrante esausto”²⁵. Tuttavia, in questo caso, oltre all’adattamento a stili di vita e abitudini propri delle società di accoglienza, il più alto livello di salute goduto dai migranti al momento d’arrivo potrebbe essere anche minato dalle difficoltà incontrate nel tentativo di stabilizzare la propria presenza sul nuovo territorio e, quindi, attribuibile a condizioni abitative difficili, sfruttamento lavorativo, discriminazione e marginalizzazione²⁶ e, non ultimo, ovviamente, accesso inadeguato all’assistenza sanitaria²⁷.

Ora, tornando all’interrogativo da cui si è partiti relativa al se i flussi migratori internazionali possano rappresentare una minaccia per la salute della popolazione autoctona, occorre sottolineare che siffatta questione ha guadagnato risonanza negli ultimi anni a causa di una presunta correlazione tra l’ingresso dei migranti in condizioni irregolari e la diffusione delle malattie infettive – tra cui, in primo luogo, l’HIV –

²⁴ *Ibidem*, traduzione dall’originale in inglese.

²⁵ M. Tognetti Bordogna, “Nuove disuguaglianze in salute: il caso degli immigrati”, cit.; A. F. Constant, *et al.*, “A “Healthy Immigrant Effect” or a “Sick Immigrant Effect”? Selection and Policies Matter”, *Eur J Health Econ*, 19 (2017), 1, pp. 103-21.

²⁶ Fundamental Rights Agency, *op. cit.*

²⁷ L. Mondo, *et al.*, “Immigrazione e salute: Come l’esperienza migratoria influenza il capitale di salute e la mortalità”, in G. Costa, *et al.*, (a cura di) *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, 2017, consultabile all’indirizzo: http://www.disuguaglianzedisalute.it/wp-content/uploads/2017/03/FactsheetImmigrazione_WEB.compressed-1.pdf.



correlazione utilizzata a livello politico per legittimare orientamenti e misure volte a rafforzare i controlli di frontiera e restringere ulteriormente le possibilità di accesso regolare sul territorio dei paesi di accoglienza²⁸. In questo contesto, non si può negare che la diffusione di alcune patologie trasmissibili possa, in astratto, rappresentare una minaccia per la salute pubblica – si pensi ai casi della *Severe acute respiratory syndrome* (SARS), o della *Middle East respiratory syndrome* (MERS), o ancora, della più recente Ebola²⁹. Tuttavia, deve essere chiarito che il rischio di propagazione di queste infezioni è stato sempre controverso e altamente variabile in rapporto alle caratteristiche specifiche di ognuna di esse e alle condizioni che ne hanno favorito l'importazione. In aggiunta, partiti politici e organi di informazione spesso contribuiscono ad alimentare rappresentazioni infondate che inducono l'opinione pubblica a credere che l'origine di tali malattie sia da ascrivere a fattori genetici o etnici, quando, invece, tale origine va ricercata nella povertà estrema e nelle scarse condizioni igieniche e sanitarie. Infatti, le malattie infettive non sono affatto una peculiarità dei paesi africani, né tantomeno di quelli asiatici o sudamericani. Le società industrializzate hanno combattuto a lungo contro la piaga delle malattie infettive presso la popolazione autoctona, riuscendo a debellarle in misura significativa grazie a un miglioramento delle condizioni di vita, accesso all'acqua potabile, norme di igiene pubblica, sistemi sanitari più efficienti, programmi di vaccinazione e antibiotici. Ciò è provato, tra l'altro, dal fatto che un consistente corpo di letteratura rigetta espressamente qualsiasi correlazione tra i movimenti migratori e l'importazione di malattie infettive, correlazione che è stata giudicata come “epidemiologicamente infondata”³⁰. A dispetto della percezione comune che tende a

²⁸ Come noto, tale correlazione è stata espressamente invocata nel corso della campagna anti-immigrati condotta da Donald Trump tanto prima quanto a seguito delle elezioni presidenziali statunitensi del 2016. In Europa, simili argomenti sono stati ripetutamente utilizzati da partiti politici come il polacco *Prawo i Sprawiedliwość*, la Lega Nord in Italia e l'*Independence Party* britannico nel corso della *Brexit campaign* del 2016.

²⁹ Vedi anche H.M. Blumberg, *et al.*, “Tuberculosis on the move”, *The Lancet*, 375 (2010), pp. 2127-29.

³⁰ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Immigrazione e salute*, parere del 23 giugno 2017, consultabile all'indirizzo: http://bioetica.governo.it/media/1391/p128_2017_immigrazione-e-salute_it.pdf; F. Castelli, G. Sulis, “Migration and infectious diseases”, *Clinical Microbiology and Infection* 23, (2017), 5, pp. 283-89; F. Arnold, *et al.*, “Responding to the needs of refugees”, 351 (2015); Istituto Superiore Sanità, *Salute pubblica ed emergenza immigrazione*, 2015, consultabile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/ReportSpeim.asp>; C.A. Pfortmueller, *et al.*, “Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems?”, 11 (2016), 2, pp. 16-84.



esagerare i rischi di infezione ai punti di sbarco dei migranti, le evidenze disponibili mostrano che: “le malattie infettive non sono affatto una priorità presso gli *hotspot* e i punti di arrivo, dove invece, problemi ostetrici e psicologici sono prevalenti”³¹. A questo proposito, anche l’Istituto Superiore della Sanità ha avuto modo di affermare che le malattie infettive identificate allo sbarco dei migranti in condizioni di irregolarità sono prevalentemente limitate a infezioni minori come la scabbia e altre condizioni controllabili quali morbillo e varicella³². Inoltre, la correlazione tra migrazione e importazione di malattie infettive è stata esplicitamente smentita dalla stessa OMS:

Le malattie trasmissibili sono associate in primo luogo con la povertà. I migranti spesso vengono da paesi colpiti da guerra, conflitti e crisi economica e intraprendono viaggi lunghi, estenuanti, che aumentano il rischio di contrarre malattie infettive, in particolare morbillo o malattie indotte da mancanza di cibo e da contaminazione delle acque [...]. Il rischio di importazione di agenti infettivi esotici e rari in Europa, come l’Ebola, i virus del Marburg e del Lassa o la MERS, è estremamente basso. L’esperienza mostra che, quando l’importazione avviene, coinvolge solitamente viaggiatori, turisti o professionisti sanitari piuttosto che migranti e rifugiati³³.

Ciononostante, come riportato all’interno del rapporto UNAIDS *Outcome Framework 2009-2011*, diversi paesi condizionano l’ingresso, il soggiorno e la residenza degli stranieri ai risultati di test dell’HIV. Queste politiche, non sono solo discriminatorie e totalmente contrarie alle più basilari regole dell’etica medica, ma non sono neppure giustificate da un effettivo rischio d’infezione, dal momento che il mero contatto con una persona affetta da HIV non è sufficiente a propagare il contagio. Per converso, paradossalmente, queste politiche possono sortire l’effetto opposto di mettere a rischio la salute pubblica, dal momento che inducono coloro che ne sono affetti a mascherare il proprio stato nel tentativo di eludere i controlli.

Per le finalità di questo lavoro, è opportuno anche ricordare che la Raccomandazione n. 200 emanata dall’*International Labour Organization* (ILO) proibisce espressamente i datori di lavoro di richiedere risultati test HIV o ulteriori forme

³¹ F. Castelli, G. Sulis, *op. cit.*, p. 4, traduzione dall’originale in inglese.

³² Istituto Superiore Sanità, *op. cit.*

³³ Organizzazione Mondiale della Sanità, *Migrations and health: key issues*, cit.



di *screening* correlate³⁴. Con riferimento specifico ai lavoratori migranti, peraltro, la Raccomandazione stigmatizza l'utilizzazione dei risultati dei test HIV per fondare motivi di diniego all'ingresso o alla permanenza dei lavoratori migranti³⁵.

Come suggerito da un consistente corpo di letteratura in quest'ambito, la chiave per proteggere la salute pubblica contro il rischio di diffusione delle malattie infettive è l'adozione di un sistema di vigilanza e prevenzione adeguato, finalizzato a rilevare e neutralizzare i maggiori pericoli di trasmissione³⁶. Nondimeno, a questo riguardo, è stato rilevato che pochi fra gli Stati membri dell'Unione europea abbiano adottato specifici programmi di immunizzazione a beneficio di migranti e rifugiati³⁷, il che comporta che questi ultimi debbano far fronte a ostacoli significativi nell'accesso ai servizi di vaccinazione nei paesi di accoglienza.

4. Migranti, salute e detenzione

A partire dal Consiglio di Tampere del 1999, le istituzioni dell'Ue si sono profuse nello sforzo di elaborare e attuare una "strategia di gestione dei flussi", la quale ha avuto, tra gli altri effetti, quello di condurre all'integrazione della Convenzione di Schengen (già Accordo di Saarbrücken) all'interno dei trattati costitutivi dell'Ue e, in particolare, nel Trattato di Amsterdam del 1999. L'obiettivo primario di questa strategia è stato il rafforzamento dei controlli di frontiera al fine di "filtrare" i flussi migratori, anche grazie alla cooperazione dei paesi terzi, a cui si è richiesto di contenere fisicamente i migranti intercettati alle frontiere verso l'Europa³⁸. Tale cooperazione è stata realizzata attraverso

³⁴ International Labour Organization, *Recommendation no. 200 concerning HIV and AIDS and the World of Work*, 2010, p. 25.

³⁵ *Ibidem*, p. 26.

³⁶ S.M. Soto, "Human migration and infectious diseases", *Clinical Microbiology and Infection*, 15 (2009), 1, pp. 26-28; International Organization for Migration, *Increasing Public Health Safety Alongside The New Eastern European Border: An Overview of Findings from the Situational Analysis*, 2010, consultabile

all'indirizzo: <https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/activities/health/PHBLM-SAR-Public-Report-2010.pdf>; OMS, *Migración internacional, salud y derechos humanos*, 2013, consultabile all'indirizzo: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf.

³⁷ OMS, *A review of evidence on equitable delivery, access and utilization of immunization services for migrants and refugees in the WHO European Region*, 2017, consultabile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/review-of-evidence-on-equitable-delivery-access-and-utilization-of-immunization-services-for-migrants-and-refugees-in-the-who-european-region-a-2017>.

³⁸ C. Botrugno, "Immigrazione e Unione Europea: un *excursus* storico ragionato", cit.; E. Rigo, *Europa di confine. Trasformazioni della cittadinanza nell'Unione allargata*, Milano, Meltemi, 2007.



accordi bilaterali siglati talvolta dai singoli paesi membri, talaltra dalla stessa Ue sotto l'egida della Politica Europea di Vicinato, la quale ha contribuito in misura determinante all'esternalizzazione dei confini europei, con ripercussioni dirette sui destini di molti migranti. A questo riguardo, invero, deve essere ricordato che molti dei paesi con cui tali accordi sono stati siglati sono accusati di violazioni ripetute dei diritti fondamentali, soprattutto a danno dei migranti di transito, i quali sono costretti a subire violenze e abusi che non differiscono affatto da quelli perpetrati dai trafficanti di esseri umani.

Più in generale, come è stato adeguatamente sottolineato, l'incremento delle manifestazioni di intolleranza nella maggior parte dei paesi europei verso la presenza di cittadini stranieri ha indotto l'Ue e i paesi membri ad adottare:

Un complesso variegato di azioni finalizzate al costante rafforzamento dei controlli di frontiera, restringimento di condizioni per l'ingresso, espansione delle misure di detenzione e deportazione, e proliferazione di sanzioni criminali per delitti compiuti da cittadini stranieri, il tutto sostenuto da un'ansia da parte degli organi d'informazione e da parte delle forze pubbliche e dei partiti politici con riferimento alla criminalità dei migranti, il che può essere definitivamente inteso come un processo di criminalizzazione di questi ultimi³⁹.

Come è noto, la chiave di volta della strategia di gestione, o per meglio dire, di contenimento fisico, è la detenzione nei centri di identificazione in cui i migranti sono rinchiusi in condizioni tali da poter essere paragonate a quelle di un qualsiasi campo di concentramento. Non è un caso, infatti, che il Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei Trattamenti Disumani e Degradanti (brevemente CPT) abbia ripetutamente sottolineato che la maggior parte dei centri di detenzione sparsi sul territorio europeo sia sovraffollato e manchi delle più basilari condizioni igieniche⁴⁰. Inoltre, tali centri ospitano spesso in una stessa area membri di gruppi etnici rivali, il che contribuisce a innescare episodi di violenza e scontri fra gli internati. Di conseguenza, traumi e malattie

³⁹ J. Parkin "The Criminalisation of Migration in Europe. A State-of-the-Art of the Academic Literature and Research", *CEPS Paper in Liberty and Security in Europe* 61, (2013), consultabile all'indirizzo: <https://www.ceps.eu/system/files/Criminalisation%20of%20Migration%20in%20Europe%20J%20Parkin%20FIDUCIA%20final.pdf>, p. 1, traduzione dall'originale in inglese.

⁴⁰ CPT, *Immigration Detention Factsheet*, 2017, consultabile all'indirizzo: <https://rm.coe.int/16806fbf12>.



proliferano con un incremento preoccupante di episodi di autolesionismo e suicidio⁴¹. Per giunta, è stato rilevato che molti di questi centri sono privi di personale e servizi sanitari adeguati e che la somministrazione di psicofarmaci è stata riscontrata come una pratica di controllo degli internati, in particolare, per prevenire agitazioni. In tal senso, una ricerca condotta dall'Associazione Medici per i Diritti Umani nel 2013 ha mostrato come un prolungato internamento all'interno di tali centri sia associato a un significativo uso di benzodiazepine⁴². A questo proposito, è stato rilevato che tali sostanze venivano somministrate senza la dovuta prescrizione medica, e con dosaggi più alti di quelli raccomandati – fino a sette volte più alti –, il che portava coloro che le assumevano in uno stato di confusione prolungata. L'uso di tali sostanze è stato rilevato anche come strumento di punizione degli internati che cercavano di scappare, manifestavano dissenso, o mostravano attitudini considerate inadeguate dai professionisti al servizio nel centro⁴³. A tal riguardo, è opportuno richiamare i Principi di Etica Medica adottati dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1982, in base ai quali il contenimento di internati e detenuti costituisce una violazione aperta dell'etica medica, a meno che non sia condotto in conformità a criteri meramente clinici, e appaia necessario per la protezione della salute fisica o mentale o per la sicurezza del soggetto che vi è sottoposto, o per quella degli addetti alla sua custodia e a patto che ciò non rappresenti una minaccia per la sua salute mentale o fisica⁴⁴. Con riferimento a ciò, persino il Comitato Nazionale per la Bioetica si è espresso di recente, rivendicando l'introduzione del reato di tortura nell'ordinamento giuridico italiano – poi effettivamente introdotto⁴⁵ – come mezzo per prevenire “le esperienze drammatiche, alle quali sono sottoposti i migranti e, in particolare, le donne –

⁴¹ L. Fekete, “Accelerated removals: the human cost of EU deportation policies”, *Race and Class*, 52 (2011), 4, pp. 89-97; Médecins Sans Frontières, *Traumi Ignorati. Richiedenti asilo in Italia: un'indagine sul disagio mentale e l'accesso ai servizi sanitari territoriali*, 2016, consultabile all'indirizzo: http://archivio.medicisenzafrotiere.it/pdf/Rapp_Traumi_Ignorati_140716B.pdf; MEDU, *Una malattia chiamata tortura. Rotte migratorie dall'africa sub-sahariana all'Europa*, 2017, consultabile all'indirizzo: <http://www.mediciperidiritiumani.org/una-malattia-chiamata-tortura-rotte-migratorie-dallafrica-sub-sahariana-alleuropa/>.

⁴² MEDU, *Arcipelago CIE. Indagine sui centri di identificazione ed espulsione italiani*, 2013, consultabile all'indirizzo: http://www.mediciperidiritiumani.org/pdf/ARC_IPELAGOCIEsintesi.pdf.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ Organizzazione delle Nazioni Unite, *Principles of Medical Ethics*, Risoluzione n. 37/194 del 18 dicembre 1982, consultabile all'indirizzo: <http://www.un.org/documents/ga/res/37/a37r194.htm>, in particolare, art. V.

⁴⁵ Con legge 14/07/2017 n° 110, G.U. 18/07/2017.



detenzioni arbitrarie, trattamenti disumani, ripetute violenze sessuali, prostituzione sotto ricatto – esperienze che possono aver luogo anche nel territorio italiano”⁴⁶.

I migranti in condizioni di irregolarità che sopravvivono alle avversità della migrazione o riescono a sfuggire alle maglie dei controlli di frontiera sono costretti a vivere in una condizione d’incertezza e precarietà che, come già ricordato, sovente li conduce verso lo sfruttamento lavorativo o la criminalità. A quest’ultimo proposito, come mostrato da Emilio Santoro, dall’analisi della situazione dei penitenziari europei, emerge una netta sovra-rappresentazione dei migranti detenuti rispetto all’incidenza degli stessi sulla popolazione in libertà⁴⁷. A meno di voler resuscitare fantasmi lombrosiani, secondo Santoro, ciò prova che la negazione della possibilità di ingresso regolare rappresenta l’anticamera dei processi di criminalizzazione perpetrati a danno dei migranti nelle società industrializzate. L’analisi di Santoro, inoltre, fornisce un’interpretazione utile a inquadrare la sovra-rappresentazione dei migranti detenuti all’interno del più ampio contesto politico ed economico dell’Ue. In questo senso, l’esclusione deliberata dei migranti dalle prerogative correlate alla cittadinanza e dal godimento dei diritti sociali è stata utilizzata come merce di scambio per coprire la “percezione dell’inevitabile scarsità delle risorse utilizzabili dallo Stato a scopi sociali”⁴⁸. In altre parole, mentre ai migranti sono largamente negati i diritti civili e sociali, al contempo, questi ultimi sono sfruttati dal sistema produttivo dei paesi dell’Ue e utilizzati a livello politico come capro espiatorio per giustificare la progressiva perdita di sovranità finanziaria dei governi nazionali.

Da un punto di vista parzialmente differente, la sovra-rappresentazione dei migranti nelle carceri del vecchio continente conferisce rinnovata valenza al lavoro di Sayad richiamato in precedenza, a cui si deve anche l’emblematica espressione “doppia pena del migrante”, utilizzata per evocare il fatto di (poter) essere al contempo colpevole *et* migrante, ovvero, ritrovarsi in una società in cui ogni gesto, comportamento o attitudine dei migranti sembra poter essere biasimata e, *in limine*, perseguibile dalla legge.

⁴⁶ Comitato Nazionale per la Bioetica, 2017, consultabile all’indirizzo http://bioetica.governo.it/media/1391/p128_2017_immigrazione-e-salute_it.pdf, p. 4.

⁴⁷ E. Santoro, “Dalla cittadinanza inclusiva alla cittadinanza escludente: il ruolo del carcere nel governo delle migrazioni”, *Diritto e questioni pubbliche*, (2006), 6, pp. 39-79.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 69.



5. Quanto pesa la differenza? Diffrazioni socio-culturali e diseguaglianze in salute

In *The Foundation of Bioethics*, Thomas H. Engelhardt fa riferimento a uno “straniero in terra straniera” per descrivere la posizione di asimmetria in cui un paziente si trova al cospetto dell’organizzazione dei moderni sistemi sanitari burocratizzati⁴⁹. Sebbene Engelhardt non si riferisse ai migranti, sarebbe difficile trovare un’espressione migliore per descrivere la totale posizione di asimmetria in cui si trovano questi ultimi nell’interagire con i servizi sanitari offerti nei paesi di accoglienza. Oltre alle difficoltà che possono scaturire dall’eventuale condizione di irregolarità, la quale, come già visto, può rappresentare un ostacolo notevole per ottenere accesso all’assistenza sanitaria, molti altri fattori possono sortire l’effetto di incrementare il senso di estraneità a cui si riferiva Engelhardt. Tra questi, in primo luogo, vi sono le barriere linguistiche, che possono portare i migranti a dover far fronte a equivoci e incomprensioni, amplificando la mancanza di familiarità con il funzionamento del sistema sanitario. In aggiunta, un consistente corpo di letteratura – tanto nell’ambito della bioetica, quanto in quello della sociologia della salute e dell’antropologia medica – ha contribuito a fare luce sulla distanza che separa la prospettiva tecnica dei professionisti sanitari dalla visione “laica” dei pazienti. In particolare, tale distanza può essere intesa come un conflitto tra due voci differenti:

La “voce della medicina”, che esprime un quadro di riferimento biomedico, tecnico, e la “voce del mondo vitale”, che riflette le esperienze personali del paziente relative a eventi e problemi altamente situati, ed espressi in termini familiari. Solitamente, la voce della medicina domina il discorso, e il conflitto tende a ricorrere lungo l’incontro tra medico e paziente a diversi livelli di intensità⁵⁰.

Seguendo questa interpretazione, gli sforzi effettuati dal paziente per narrare la propria storia non devono essere interpretati come un mero lamento che accompagna la sofferenza esperita, ma come un tentativo di costruzione di senso attorno a meri “fatti tecnici” quali i sintomi e le prescrizioni mediche. Se i professionisti sanitari non si

⁴⁹ H.T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1996, p. 295.

⁵⁰ J.A. Clark, E.G. Mishler, “Attending to patients’ stories: referencing the clinical”, *Sociology of Health and Illness*, 14, (1992), pp. 344-72, in particolare p. 346.



adoperano al fine di ridurre questa distanza, è altamente probabile che i pazienti andranno incontro a un'esperienza negativa della relazione di cura, il che può anche portare a un fallimento dell'“alleanza terapeutica”. Alla luce di tali considerazioni, è evidente che le barriere linguistiche possono avere un impatto decisivo sull'interazione tra professionisti sanitari e pazienti stranieri, aumentandone il senso di disagio, di inadeguatezza, e i timori da parte di questi ultimi e così fungendo da deterrente (ulteriore) per l'accesso ai servizi sanitari.

Restando in tema di linguaggio e voci, un secondo fattore da considerare qui è il significato da attribuire all'espressione in forma verbale. Il linguaggio è un sistema di comunicazione e significazione convenzionalmente stabilito, che dipende da pratiche culturali e sociali, da valori, credenze e norme. Ma quando si considerano le caratteristiche della comunicazione (e significazione) in ambito medico e sanitario dal punto di vista del paziente, il linguaggio può ridursi a uno strumento di comunicazione che nasconde più di quanto esprime. Pertanto, l'intreccio tra barriere linguistiche e compressione dell'espressione verbale indotta dall'asimmetria e dal senso di assoggettamento verso la classe medica fa sì che una parte significativa della comunicazione si sposti sul piano non verbale, il quale può essere considerato come la forma di espressione maggiormente dipendente dalla cornice socio-culturale di riferimento di ogni individuo. Invero, le forme di espressione di sensazioni come dolore, imbarazzo, approvazione, disaccordo, (in)soddisfazione, tristezza, felicità, assoggettamento e coinvolgimento sono strettamente correlate alle variabili socio-culturali che contribuiscono a plasmare le identità individuali collettive. Correlativamente, la molteplicità di possibili forme espressive richiama altrettanti modi di concettualizzazione del corpo e della sua relazione con le pratiche, i valori, le credenze e le norme. Com'è noto a tal proposito, la bioetica già da molto tempo si trova ad affrontare questioni complesse che scaturiscono da diffrazioni socio-culturali. Nella specie, tali diffrazioni divengono evidenti allorché si tratti di stabilire cosa e quanto debba essere incluso nello spettro della morale di individui e gruppi, quali sono le gerarchie di valori, e come bilanciare quelle dominanti all'interno della società con quelle proprie



delle minoranze⁵¹. Trascurare l'incidenza dei fattori socio-culturali nella tutela della salute, infatti, può indurre a “patologizzare la diversità” come una deviazione dallo standard dei parametri biomedici o delle pratiche sociali e dei comportamenti iscritti in una visione normativizzata delle relazioni tra corpo, salute e malattia.

In sintesi, i migranti nelle società industrializzate sono spesso intrappolati in un circolo patogeno di discriminazione, criminalizzazione, barriere linguistiche, condizioni socio-economiche precarie e diffrizioni socio-culturali⁵². Per effetto di questo circolo vizioso, i migranti sono spesso costretti all'invisibilità, dal momento che gli stessi non possono fare affidamento sullo stello livello di *agency* degli autoctoni, così come sulla stessa abilità di districarsi nei meandri del sistema sanitario. Inoltre, i migranti hanno solitamente meno risorse da investire in salute – risorse economiche, conoscenze e tempo a disposizione – il che si unisce al timore di essere discriminati e colpevolizzati. Tutto ciò rappresenta quello che può essere definito come “il peso della differenza”, che grava sui migranti all'interno delle società industrializzate, anche e soprattutto nell'ambito della tutela della salute. L'effetto di tale peso diviene evidente – e misurabile – allorché si consideri la portata delle diseguaglianze in salute che riguardano i cittadini stranieri. Infatti, come testimoniato da una notevole mole di studi, la condizione migrante rappresenta uno svantaggio significativo sia per il mantenimento di un livello di salute ottimale, sia nella fruizione dei servizi sanitari. Le innumerevoli diseguaglianze riportate a svantaggio dei migranti includono – ma non si limitano – a maggiori rischi di complicazioni, nella gravidanza e nel parto e minore accesso a servizi ginecologici rispetto alle donne autoctone⁵³; maggiore esposizione a infortuni sul lavoro e patologie lavoro-correlate rispetto agli autoctoni – fino a due volte maggiori – mentre i livelli di impiego dei migranti rimangono significativamente più bassi⁵⁴; maggiore incidenza di

⁵¹ Si considerino, per esempio, i casi controversi in cui è necessario sottoporre un paziente testimone di Geova a trasfusione di sangue, o il caso in cui un paziente musulmano si rifiuti di essere assistito da un medico che non sia del suo stesso sesso.

⁵² S. McGuire, K. Martin, “Fractured migrant families: paradoxes of hope and devastation”, *Family and Community Health*, 30, (2007), pp. 178-88; D. Fassin, “Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida”, *L'Homme*, 160 (2001), pp. 137-62.

⁵³ M. Tognetti Bordogna, “Nuove diseguaglianze in salute: il caso degli immigrati”, cit.

⁵⁴ European Agency for Safety and Health at Work, *Annual report 2007: bringing safety and health closer to European workers*, 2007, consultabile all'indirizzo: https://osha.europa.eu/en/publications/annual_report/2007full/view; cfr. Anche E. Reyneri, *op cit.*



livelli di stress e stress post-traumatico tra rifugiati – circa 10 volte maggiori – rispetto alla popolazione autoctona⁵⁵; maggiori livelli di depressione e ansia tra i rifugiati, circa il doppio rispetto alla popolazione autoctona⁵⁶.

A questo proposito, è anche opportuno ricordare che in una Risoluzione del 2010, *Reducing Health Inequalities*, il Parlamento europeo ha esortato gli Stati membri ad adottare politiche e misure che assicurino un equo accesso all'assistenza sanitaria da parte dei migranti, anche quelli in condizioni d'irregolarità, invocando la creazione di principi generali che possano fungere da cornice teorica utile a tale scopo⁵⁷. All'interno della Risoluzione, inoltre, un'attenzione specifica è rivolta alla tutela dei bisogni delle donne migranti e alla correlata necessità di sviluppare iniziative di formazione per i professionisti sanitari in modo che gli stessi abbiano la possibilità di sviluppare competenze culturali da spendere nell'esercizio della professione e, quindi, mettere in atto un approccio che renda possibile il riconoscimento e il rispetto della diversità e delle differenti esigenze di individui di diversa provenienza geografica⁵⁸.

6. Conclusioni. Migrazioni e salute: per una bioetica in azione

Attraverso l'espressione "materialità del sociale", l'antropologo medico Paul Farmer ha inteso qualificare la prospettiva che rivendica come necessaria al fine di indagare i processi di incorporazione della violenza strutturale che generano una distribuzione epidemiologica socialmente informata⁵⁹. Come sostenuto espressamente da Farmer, infatti, "le condizioni avverse associate alla violenza strutturale – morte, violenza, malattia, assoggettamento, stigmatizzazione e persino terrore psicologico – hanno il loro punto di arrivo finale nel materiale"⁶⁰. Tale riferimento – la materialità del sociale – può

⁵⁵ M. Fazel, J. Wheeler, J. Danesh, "Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review", *The Lancet* 365/9467, (2005), pp. 1309-14.

⁵⁶ J. Lindert, O.S. Ehrenstein, S. Priebe, A. Mielck, E. Brähler, "Depression and anxiety in labor migrants and refugees - A systematic review and meta-analysis", *Social Science and Medicine*, 69 (2009), pp. 246-57.

⁵⁷ Parlamento dell'Unione Europea, *Reducing health inequalities in the EU*, Risoluzione dell'8 marzo 2011 [2010/2089(INI)], consultabile all'indirizzo: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P7-TA-2011-0081+0+DOC+PDF+V0/EN>, in particolare, p. 5.

⁵⁸ *Ibidem*, p. 6.

⁵⁹ P. Farmer, "An anthropology of structural violence", *Current Anthropology*, 45 (2004), 3, pp. 305-25.

⁶⁰ *Ibidem*, p. 308.



assumere un valore notevole nell'ambito della bioetica del quotidiano, soprattutto alla luce del fatto che quest'ultimo approccio si correla strettamente ai temi della giustizia sociale (e sanitaria), volgendosi all'obiettivo di valorizzare, proteggere e rispettare la diversità e, quindi, anche a soppesare la differenza e le differenze in salute e nell'assistenza sanitaria. Nondimeno, come sostenuto da Verina Wild, ciò di cui la bioetica manca oggi è un più ampio dibattito sulle responsabilità morali relative al tema della diversità e, in particolare, una discussione focalizzata sulla giustificabilità morale di eventuali trattamenti differenziati in base alle variabili socio-culturali, a cui dovrebbe far seguito, parimenti, l'identificazione delle forme più appropriate attraverso cui tali differenziazioni trovino posto all'interno delle politiche pubbliche⁶¹. In tal senso, un tentativo di colmare questa lacuna può essere attualmente rinvenuto nel lavoro di Marcia Mocellin Raymundo, che traccia un'apprezzabile connessione tra la bioetica e l'interculturalità, trovandole entrambe convergenti sul terreno comune del rispetto della diversità e dell'interdisciplinarietà⁶². Invero, come sostenuto da Mocellin Raymundo, l'apprezzamento della differenza e delle differenze rappresenta un cardine della riflessione di bioetica, così come già sostenuto da Van Rensselaer Potter⁶³. Muovendo da queste premesse, Mocellin Raymundo rivendica una bioetica che sia capace di riconoscere e proteggere la pluralità di epistemologie e prospettive culturali in salute, evitando la dominanza di una in particolare sulle altre, solitamente quella biomedica occidentale. A questo proposito, non è superfluo ricordare come questo tipo di orientamento sia rinvenibile anche all'interno della Dichiarazione UNESCO del 2001 sulla Diversità Culturale, la cui difesa deve essere considerata alla stregua di

un imperativo etico, inseparabile dal rispetto della dignità umana. Ciò implica un impegno nei confronti dei diritti umani e delle libertà fondamentali, in particolare, i diritti delle persone che appartengono a minoranze e quelli di popolazioni indigene. Nessuno può invocare la diversità culturale per violare i diritti umani garantiti dalle leggi

⁶¹ V. Wild, "Migration and Health: Discovering New Territory for Bioethics", *The American Journal of Bioethics*, 12 (2012), 9, pp. 11-3, in particolare p. 12.

⁶² M. Mocellin Raymundo, "Uma aproximação entre bioética e interculturalidade em saúde a partir da diversidade", *Revista HCPA*, 31 (2011), 4, pp. 494-99.

⁶³ *Ibidem*, p. 495.



internazionali, né limitarne la portata⁶⁴.

Da un punto di vista parzialmente differente, un'ulteriore fonte di ispirazione per la bioetica del quotidiano è costituita dalla nota riflessione sviluppata da Juan Carlos Tealdi nel tentativo di promuovere una "bioetica dei diritti umani". Nel suo lavoro, Tealdi si appella alla necessità di recuperare l'universalismo morale che ha ispirato la stessa emersione della bioetica a livello internazionale alla fine del secondo conflitto mondiale. Secondo Tealdi, la bioetica dei diritti umani può servire da meta-teoria attraverso la quale reagire all'estremismo dei principi etici, così come al correlato imperialismo morale che procede dal neo-pragmatismo e dal neoliberalismo⁶⁵. Il recupero di un universalismo morale può rappresentare una componente fondamentale della bioetica del quotidiano, almeno nella misura in cui tale recupero sia funzionale a qualificare il perseguimento della giustizia sociale come un obbligo ineludibile, il che implica anche un riconoscimento del valore incondizionato della dignità umana⁶⁶.

Più in generale, è evidente che interculturalità e diritti umani non siano altro che alcune delle tessere fondamentali con cui completare il *puzzle* della bioetica del quotidiano. A questo proposito, invero, deve farsi notare come lo stesso Berlinguer non concepì la bioetica del quotidiano come una teoria alternativa a quelle esistenti, quanto, piuttosto, come una prospettiva attraverso la quale conferire un rinnovato valore ad alcuni elementi coesenziali alla storia stessa della bioetica, di fatto relegati ai margini del dibattito a causa della prevalenza di teorie, questioni e approcci intrisi d'individualismo. Pertanto, in senso metaforico, è possibile sostenere che la promozione della bioetica del quotidiano equivalga alla promozione di una maggiore equità nel dibattito bioetico. In termini pratici, ciò implica lavorare per l'elaborazione di un "armamentario pratico" attraverso cui sostenere gli individui nel difendersi e nel reagire contro le gerarchie di valori predeterminate, gli interessi consolidati e le pratiche che scaturiscono dalle relazioni di potere all'interno dell'assistenza sanitaria⁶⁷. Nell'ergere una barriera contro i

⁶⁴ UNESCO, *Declaration on Cultural Diversity*, 2011, consultabile all'indirizzo: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127162e.pdf>, in particolare, art. 4.

⁶⁵ J.C. Tealdi (a cura di), *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, 2008, consultabile all'indirizzo: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf>, in particolare, p. 177.

⁶⁶ *Ibidem*, p. 178.

⁶⁷ G. Carapinheiro, *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Oporto, Afrontamento, 1993.



tentativi di restringere l'accesso all'assistenza sanitaria da parte dei migranti in condizioni di irregolarità – si pensi al caso di Spagna e Italia menzionati dianzi – i professionisti sanitari hanno reagito a norme che, seppure legittimamente poste sotto un profilo formale, sono state considerate come non fondate sul comune – o forse sull'universale, per richiamare Tealdi – visione morale che difende il diritto alla salute di tutti gli individui, attribuendo al professionista sanitario e al medico in particolare, un imperativo etico, quello di prendersi cura del paziente. Questo tipo di (re)azioni, invero, contribuisce in misura significativa ad aprire la “scatola nera” del sistema giuridico, portando alla luce le lacune materiali, i conflitti, le negoziazioni che separano il diritto nei libri dal diritto in azione. In ragione di ciò, pertanto, sia consentito affermare che la bioetica del quotidiano rappresenta un veicolo per l'emersione di una “bioetica in azione”.

Con riferimento specifico alla tutela della salute dei migranti, una bioetica in azione richiede, tra le altre cose, che i professionisti sanitari siano formati in modo da diventare culturalmente competenti e, quindi, da saper interagire adeguatamente con i pazienti stranieri, stabilendo relazioni di cura proficue. Tra l'altro, all'interno di quest'obiettivo può farsi rientrare anche la promozione di una maggiore consapevolezza presso la popolazione autoctona, soprattutto rispetto al fatto che i flussi migratori non rappresentano una “patologia” dell'era contemporanea, né l'arrivo dei migranti una crisi o una minaccia alla nostra stabilità, ma appena il risultato di una combinazione di fattori come guerra, povertà, persecuzione ed esclusione sociale, fenomeni rispetto ai quali i paesi industrializzati mantengono enormi responsabilità⁶⁸. In aggiunta, la popolazione autoctona potrebbe trarre beneficio da un'informazione adeguata riguardo ai reali problemi sanitari dei migranti, al di là delle rappresentazioni retoriche a cui si è fatto cenno sopra. *En passant*, deve anche essere ricordato che i migranti rappresentano una risorsa significativa per la crescita economica dei paesi di accoglienza, così come esplicitamente riconosciuto anche dai *policy-makers* europei⁶⁹.

Per concludere, nella prospettiva della bioetica del quotidiano, vi sono diverse ragioni per cui non si può esitare ulteriormente a garantire effettività al diritto alla salute

⁶⁸ M. Buxó i Rey, “Bioética Intercultural para la Salud Global”, *Revista de Bioética y Derecho*, (2004), 1, consultabile all'indirizzo: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/7934/9835>.

⁶⁹ Commissione europea, *The Green Paper on an EU approach to Managing Economic Migration*, 2005, consultabile all'indirizzo: http://europa.eu/rapid/press-release_SPEECH-05-364_en.pdf.



dei migranti. Tale effettività rappresenta, in primo luogo, un obiettivo di sanità pubblica, dal momento che una prevenzione efficace deve contemplare adeguati programmi di vigilanza e immunizzazione al fine di neutralizzare potenziali minacce legate alla trasmissione di infezioni. In secondo luogo, proteggere la salute dei migranti è un obiettivo che può assumere risvolti economici notevoli, dal momento che i servizi di cura di base e le attività di prevenzione sono solitamente molto meno onerose e più efficaci a lungo termine rispetto al trattamento di episodi acuti, gestione di emergenze e assistenza continuativa delle patologie croniche. Non ultimo, proteggere la salute dei migranti è anche e soprattutto una questione di giustizia, poiché i flussi migratori non rappresentano altro che un movimento globale verso la giustizia sociale e l'accesso all'assistenza sanitaria è un diritto fondamentale da garantire a prescindere dalla cittadinanza o dallo status giuridico. Prendersi cura della salute dei migranti è anche una questione di deontologia professionale, poiché i professionisti sanitari hanno un obbligo morale di prendersi cura della salute dei propri pazienti, il che implica anche che essi non possono ignorare la sofferenza umana, ma piuttosto devono sviluppare un'attitudine proattiva, volta a soddisfare i bisogni delle persone più vulnerabili come i migranti.

Pertanto, per fare in modo che i migranti possano avere un accesso pieno ed effettivo all'assistenza sanitaria, è indispensabile adottare politiche dirette a contrastare le disuguaglianze in salute ed eliminare le discriminazioni, un obiettivo che può essere raggiunto attraverso lo sviluppo di un approccio sistemico alla salute dei migranti, da condividere a livello europeo, che includa la formazione di professionisti sanitari in grado di riconoscere e difendere la diversità culturale e la conseguente promozione di servizi *migrant-friendly* a livello linguistico. In questo modo, la bioetica del quotidiano può mettersi "in azione" e contribuire ad aumentare la consapevolezza presso la popolazione autoctona, contrastare le politiche di deterrenza e le retoriche anti-immigrazione, promuovere l'equità e difendere i diritti fondamentali di tutti gli individui.

Carlo Botrugno
Università di Firenze
carlo.botrugno@unifi.it