

Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

Nono	20 novembre 2012
Incontro	
Titolo	Sanità: leggi, protocolli, ostracismo istituzionale
Relatore	Salvatore Geraci

Salvatore Geraci: Sono un medico e lavoro nel campo dell'immigrazione dal 1986. Ho iniziato a lavorare per caso in questo campo: era il periodo in cui stavo finendo medicina e dovevo far e il servizio civile. Non volevo far e il servizio militare e ho scoperto che a Roma c'era un piccolo ambulatorio, dietro la stazione Termini, che assisteva le cosiddette "persone invisibili", che per legge non esistevano: gli immigrati.

La prima legge sull'immigrazione è del 1986, quindi quando io ho incominciato ad interessarmi di questo ambito non esisteva niente.

Su intuizione di un sacerdote romano, l'allora direttore della Caritas, Monsignor Luigi di Liegro, si era creato dietro la stazione Termini (le stazioni sono luoghi di incontro e di passaggio) questo ambulatorio per immigrati senza documenti, o meglio senza la possibilità di accedere ai servizi sanitari. Ho iniziato il mio servizio civile in questo spazio per la durata di 20 mesi, perché allora chi faceva servizio civile era penalizzato rispetto ai militari: addirittura eravamo valutati forza assente, non eravamo considerati (ci siamo trovati bene quindi a lavorare con gli immigrati che non esistevano: tutti invisibili). Finito il servizio civile Don Luigi ebbe un'altra intuizione (è morto da ormai 15 anni; era un sacerdote, di quelle persone carismatiche, che vivono l'oggi ma guardano al domani). Lui aveva già intuito alla fine degli anni '70 che l'immigrazione sarebbe stato un fatto epocale per il nostro paese, quando nessuno pensava che potesse entrare strutturalmente nell'Italia stessa. Tutti i servizi che la Caritas andava ad organizzare negli anni '80, avevano sempre una connotazione culturale, o nel caso nostro, della sanità transculturale, come noi la chiamavamo. Alla fine degli anni '80 ebbe un'altra intuizione: la scuola e la sanità potevano essere il cavallo di Troia per i diritti degli immigrati. Volle in qualche modo strutturare maggiormente sia i servizi interculturali, sia quelli educativi, (c'era anche un asilo nido), sia quelli sanitari: il servizio da noi offerto, fino a quel momento gestito da volontari e obiettori di coscienza divenne, per volontà di Don Luigi maggiormente strutturato.

Mi venne chiesto di lavorare a tempo pieno; io inizialmente dissi di no perché pensavo di aver già dato, poi però accettai: era difficile resistere al carisma di Don Luigi.. Di fatto, dall'86 ad oggi mi occupo, dal punto di vista professionale, quasi esclusivamente di immigrati, rifugiati, richiedenti



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

asilo, rom, sinti; di persone in condizione di difficoltà. Soprattutto questa parte in difficoltà negli ultimi anni: fino a qualche anno fa infatti ne vedevamo pochi come struttura e questo è legato al sistema sanitario italiano, che è un sistema universalistico, cioè un sistema per tutti, in cui ogni italiano è teoricamente iscritto obbligatoriamente, è inserito nel sistema. Anche il senza dimora "teoricamente" dovrebbe avere il suo medico, dovrebbe avere i suoi percorsi assistenziali e così via.

Il problema esisteva per gli immigrati perché non avevano questo passaggio legato al diritto all'assistenza sanitaria.

Io dunque sono questo: medico Caritas, che da tempo si occupa di questa tematica e che dal '90 fa parte, insieme ad altri medici fa parte del gruppo SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni), che si occupa in qualche modo di conoscere il fenomeno e di fare una grossa azione di advocacy, cioè di emersione dei diritti assistenziali.

Il tema è quello dell'assistenza sanitaria e quindi soprattutto in rapporto alle leggi, le normative. Il focus è sui richiedenti asilo e sui rifugiati, però chiaramente non possiamo prescindere dall'immagine complessiva degli immigrati. Non parlerò per niente dei comunitari, per scelta, poiché è di per sé un tema a parte per quanto riguarda la normativa e i diritti assistenziali. Vi indicherò le leggi, quello che esse dicono, ma vi darò più delle chiavi di lettura piuttosto che entrarci e proprio nel dettaglio.

Pensavo di fare una parte frontale e un'altra che potrà partire dalle vostre domande, oppure possiamo fare delle esercitazioni. In particolare ho individuato un paio di casi clinici, in cui entrano in gioco tutta una serie di fattori dal punto di vista normativo, e poi una serie invece di altre situazioni prettamente amministrative sul diritto all'assistenza.

Il tema è quindi il diritto alla salute, il diritto all'assistenza sanitaria. Farò riferimento anche a dei documenti che sono stati prodotti dall'Unione Europea. In un documento del 2007, quando parla di salute parla in questi termini: *"Rivolgersi alla salute dei migranti non è solo una giusta causa umanitaria, noi non lo facciamo per bontà, perché siamo buoni, ma è anche un bisogno per il raggiungimento di un miglior livello di salute e di benessere di tutti coloro che vivono in Europa"*. Sembra una frase banale, però qui c'è un concetto chiave: la salute è un bene indivisibile; non possiamo pensare che un gruppo umano, un gruppo di persone siano tutelate e un altro gruppo no, perché se quella parte che non è tutelata sia ammala non è solamente un problema per se stessa, ma un problema per l'intera comunità. Tant'è vero che sempre di più si parla di salute in termini di salute globale, quindi non solo all'interno dello stesso territorio ma sempre di più a livello complessivo. Qualche anno fa, ma anche l'anno scorso, ci siamo sentiti allarmati per delle epidemie che arrivano dall'altra parte del mondo. Una volta ci mettevano, non dico secoli, ma



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

decine di anni perché un batterio o un virus passassero da una parte all'altra del globo, adesso non c'è più latenza, e non riguarda solo gli immigrati, riguarda tutti. Quindi ormai non ha proprio più senso parlare di salute in forma specifica di alcuni gruppi. Se questo è complicato, perché significa prendersi la responsabilità della salute di tutte le persone del mondo, e lo sappiamo che questo attualmente assolutamente non c'è, bisognerà andare per forza verso quella parte, a meno che non blocchiamo tutte le comunicazioni, se no bisognerà per forza ragionare in termini globali.

Quello che certamente dobbiamo fare in termini globali nelle nostre comunità, è smettere di pensare che gli immigrati, i rifugiati, i rom e sinti vengano assistiti in maniera diversa o perché sono immigrati, rifugiati o barboni italiani: il ragionamento è sempre lo stesso. Se ragioniamo in questi termini e quindi iscriviamo il termine della salute dei migranti, dei richiedenti asilo dei rifugiati, nel capitolo della salute globale, abbiamo delle parole chiave che dobbiamo iniziare a declinare.

Queste parole chiave sono: **l'equità, le differenze e le disuguaglianze**. Se uno parla di salute globale non può non parlare di equità; e l'equità è un termine per cui tutti debbano avere realmente pari opportunità, quindi equità non è dividere a tutti nello stesso modo, ma è dare a tutti reali pari opportunità, significa che, laddove c'è più bisogno, laddove c'è una situazione di crisi tu devi investire di più, devi dare in modo differente da altrove dove forse puoi dare di meno: questa è l'equità in salute. **Si ragiona in termini di differenze e disuguaglianze. Equità: pari opportunità**. Un sistema equo non mira ad eliminare le differenze, le differenze sono fondamentali, pensiamo alle differenze di genere, altre differenze sono assolutamente inevitabili, come quelle legate all'età. Tra l'altro le differenze dal mio punto di vista sono assolutamente necessarie, anche per un giusto modo di vivere insieme: in natura le differenze creano quel gradiente che permette alle reazioni che sono biochimiche di avvenire: le differenze di potenziale, per chi ha ricordi di fisica, sono quelle che permettono alla scintilla di scoccare e quindi creare energia. Quindi le differenze non sono un tabù, anzi, devono essere valorizzate. Il problema non sono le differenze, il problema sono le disuguaglianze.

Qual è una definizione di disuguaglianze? Sono quelle differenze non necessarie, evitabili, non certe; perché a volte ci possono essere delle differenze in qualche modo che vengono scelte, ad esempio nei comportamenti: uno può avere dei comportamenti assolutamente nocivi alla salute, però nel momento in cui lo sceglie liberamente, se ne assume la responsabilità e le sue conseguenze. Laddove però ci sono delle situazioni, delle differenze evitabili non necessarie, queste sono delle disuguaglianze, e quindi la disuguaglianza ha di per sé anche una connotazione etica, morale, una responsabilità di qualcun altro che la provoca e se vogliamo anche una dimensione politica, soprattutto se parliamo di disuguaglianze per esempio a livello dell'accesso ai



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

servizi sanitari.

Se a parità di problema noi andiamo a notare che alcuni riescono ad accedere e altri no, allora quella è una disuguaglianza, e di conseguenza dobbiamo andare a capire che cos'è che ha prodotto quella disuguaglianza.

Per farvi un esempio ho preso alcune mappe in un sito che, dal punto vista didattico è fantastico anche se non è più tanto aggiornato: in base a determinati indicatori, come povertà, numero di medici, o una determinata malattia, quegli indicatori vanno a gonfiare o a restringere tutti i paesi del mondo. Laddove quell'indicatore è maggiormente presente il paese si gonfia, laddove è meno presente si sgonfia, e immediatamente riusciamo a vedere le differenze in alcuni casi e le disuguaglianze in altri che ci sono nel mondo.

In genere le disuguaglianze che ci sono nel mondo sono il motore in qualche modo delle migrazioni e anche delle fughe, e quindi delle migrazioni forzate.

Ne ho scelta qualcuna:

-La popolazione nel mondo oggi. Vedete, proporzionalmente emerge in particolare l'India e in qualche modo la Cina. Guardate l'Italia! Queste figure le vedremo cambiate man mano che andremo a vedere gli indicatori. Guardate anche il Giappone, quello viola qui in fondo, è abbastanza ciccione. Se noi vediamo la popolazione nel 2050 le cose più o meno cambiano, relativamente. Continua ad essere protagonista l'India, un po' come la Cina, ma l'Africa diventa più ciccione rispetto a prima. L'Europa comincia a ridimensionarsi e l'Italia mantiene la sua costanza. Guardate gli Stati Uniti come riducono, mentre il Messico...

-Gli over sessantacinquenni. Guardate l'Europa diventa protagonista, l'India non si fa mancare niente, guardate l'Italia e il Giappone, sono i paesi più vecchi del mondo. Ripeto non sono aggiornatissime, queste sono aggiornate a una decina di anni fa, forse 7 o 8 anni fa, probabilmente adesso sarebbero ulteriormente diverse. L'Africa invece è sostanzialmente un continente giovanissimo se non per quanto riguarda il nord. Continuiamo...

Le nascite. L'Europa diminuisce sempre di più, ancora qui l'India iper-protagonista, ma anche l'Africa, che è molto più protagonista delle nascite rispetto alla popolazione e rispetto chiaramente agli over sessantacinquenni, ciò significa che c'è un'altissima mortalità infantile, perinatale neonatale.

Spese sanitarie pubbliche. Scompare l'Africa, tranne il Giappone, tutta l'Asia è molto ridimensionata, l'Europa è presente, guardate l'Italia. Ma soprattutto gli Stati Uniti. È interessante questo perché gli Stati Uniti hanno un sistema sanitario, ne avrete sentito parlare perché è stata una delle battaglie semi-vinte da Obama nella passata amministrazione, non so se adesso la ritirerà fuori. Gli Stati Uniti non hanno un sistema universalistico come il nostro, ma è un sistema



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

sostanzialmente basato su una gestione privata. Nonostante questo guardate che forte spesa sanitaria che ha, spesa sanitaria pubblica, nonostante un sistema diverso, ma non abbiamo modo di ragionare su questo ma è interessante, nel senso che il privatizzare il sistema non è detto che abbatta i costi del sistema stesso, questo bisognerebbe ripeterlo ai nostri politici. E di questo Obama si è accorto, quindi sta facendo l'operazione, per garantire a quei 45 milioni di americani che sono fuori dal sistema di entrare nel sistema, ma anche perché probabilmente questo potrebbe provocare una riduzione delle spese a regime. L'Africa praticamente scompare, se noi pensiamo da dove arrivano la maggior parte dei rifugiati ci rendiamo conto le disuguaglianze che esistono, veramente una disuguaglianza fortissima rispetto ad altri indicatori.

La presenza dei medici. Ecco, qui molto simile alla spesa della sanità pubblica, anche qui l'Italia assoluta protagonista, l'Africa è praticamente sparita, guardate l'India, la Cina che ha la tradizione di medicina popolare anche se non sempre la medicina di medici laureati.

Se noi andiamo a vedere la povertà, chiaramente stabilita secondo determinati standard, 1 dollaro al giorno, mezzo dollaro al giorno, adesso non so esattamente quello che hanno preso, però anche qui vedete come l'Africa e Asia siano i protagonisti, vedete l'Italia, è sottile ma non quasi invisibile come Francia o Germania.

E queste sono le donne analfabete. Che secondo me è la vera disuguaglianza che esiste a livello mondiale. La Cina in qualche modo, almeno dei dati che esistono ha recuperato qualche cosa ma tutto il sub continente indiano si trova in una situazione altamente critica come tutti i paesi dell'Africa. Sappiamo bene che l'alfabetizzazione delle donne è uno dei motori di sviluppo in qualche modo, sia dal punto di vista di controllo delle nascite ma soprattutto lo sviluppo vero, dal punto di vista economico. Su ognuno di questi si potrebbe far veramente tutto un ragionamento.

E adesso vediamo le patologie, le malattie, questo è il diabete, vedete in India è particolarmente presente oltre che nei paesi occidentali. Esso è una malattia metabolica che ha delle basi genetiche, probabilmente questo è legato all'India, ma anche legata a delle abitudini alimentari o di vita e questo è legato soprattutto ai paesi occidentali. In Africa non esiste quasi per niente, perché è anche vero che l'età media non permette lo sviluppo di questa malattia.

E ancora, la tubercolosi, forse ne avete sentito parlare, la tubercolosi è una di quelle malattie che ha lo stigma più alto. Spessissimo si sente dire gli immigrati portano le malattie, la presenza di tubercolosi in Italia è dovuta alla presenza di immigrati. Anche all'interno dello SPRAR c'è un timore diffuso per la presenza di tubercolosi, questo vi risulta? La tubercolosi è effettivamente nel mondo una malattia della povertà, tant'è vero la vedete nei paesi più poveri. Vi dico subito che in Italia non c'è nessun allarme tubercolosi, è in diminuzione in Italia, da qualche anno è costantemente in diminuzione nonostante la presenza degli immigrati, oserei dire, è una malattia dalla quale



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

riusciamo bene a difenderci e che riusciamo bene a gestire. Servono dei pre requisiti fondamentali per la gestione della tubercolosi, e cioè quello di garantire sempre l'accessibilità ai servizi.

Ed ancora, questa è la prevalenza di AIDS e di HIV, anche qui l'Africa assoluta protagonista. Chi ha queste malattie, generalmente difficilmente parte e difficilmente arriva. Quindi io vi faccio vedere questi indicatori, ma non significa che dall'Africa e dall'Asia arrivano tante persone con la tubercolosi o l'AIDS, anzi assolutamente non è così, è l'opposto. Vi faccio vedere questo perché queste sono le cause per cui le persone a un certo punto vanno via dai loro paesi. Perché io devo vivere in un paese dove il 60% dei minori moriranno per AIDS? Io se posso la mia famiglia me la faccio in un altro posto, dove posso garantire un futuro a me e ai miei figli. In questo senso i rifugiati, gli immigrati in genere non sono dei disperati, sono esattamente l'opposto, sono persone cariche di speranze che lasciano queste situazioni di alta criticità per trovare strade migliori.

Questa è la malaria, e qui trionfa l'Africa. Ma la malaria che è in aumento in Italia, è forse la malattia tropicale più in aumento; mentre la tubercolosi è in calo, l'HIV è in calo, anche tra gli immigrati tutti i tassi della tubercolosi e dell'AIDS sono in calo, della malaria sono in aumento significativo. Ma la cosa veramente interessante è che la malaria non è una malattia della povertà, come può esserlo la tubercolosi, non è una malattia della marginalità, come può essere l'AIDS per alcuni almeno storicamente: la malaria è tipicamente una malattia del turismo e gli immigrati si ammalano perché sono turisti, ma non turisti qui in Italia, ma turisti quando tornano nel loro paese. È veramente interessante il caso della malaria, perché magari per vedere i genitori oppure per far vedere i nipotini ai nonni si ritorna in Africa sub-sahariana, in paesi dove c'è la malaria. Loro non considerano la malaria una malattia da cui si devono difendere, perché loro hanno avuto questa frequentazione della malaria fin da quando erano bambini, per cui non fanno la prevenzione. La malaria è una malattia per cui non c'è vaccino, bisogna prendere una serie di farmaci che in qualche modo ti devono proteggere. Ecco, loro, se decidono di tornare, non fanno prevenzione, nel momento in cui non fanno prevenzione arrivano giù e si ammalano, come ci ammaleremmo noi se non facessimo prevenzione. Magari, siccome la malaria ha un certo tempo di latenza, giù non si ammalano, ma si ammalano quando tornano in Italia. È difficile ad esempio tra i richiedenti rifugiati trovare casi di malaria, è praticamente impossibile, a meno che non tornino al loro paese, anche perché il viaggio dura così a lungo che se guarda caso avessero avuto la malaria non arrivano nemmeno.

Mortalità materna. Ripeto queste sono tutte cause di disuguaglianza, perché ad esempio nella mortalità materna e anche in tutte le altre malattie, forse l'AIDS no, ma per certi versi anche l'AIDS, con alcuni interventi poco costosi potrebbero essere gestite. È chiaro però che questa considerazione entra nell'ottica complessiva delle politiche di sviluppo. Queste sono le morti



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

prevenibili, sono soprattutto morti di bambini, perchè basterebbe dell'acqua potabile, basterebbe un cucchiaino di sale. Forse sentite ogni tanto campagne dell'Unicef o di altre associazioni, ma è esattamente così, è vero. Sono bambini che muoiono per delle "banalità". E sono evitabili, non necessarie e quindi disuguaglianze ingiuste, questo è sempre il parametro.

E questa è la mortalità neo natale. Sono le disuguaglianze che poi producono

il gradiente dell'immigrazione più o meno forzata. Ora vi faccio vedere alcuni dati, visibili nel Dossier Caritas Migrantes: in Europa sono 33 milioni i migranti, nel mondo sono 214 milioni, di cui il 37% vivono nei paesi poveri. Questi sono i numeri delle migrazioni, ma non è questo l'argomento che dobbiamo trattare.

Questi sono i paesi di emigrazione, da dove gli immigrati partono. Qui la cosa interessante è che c'è anche l'Italia. Si intende più da dove gli immigrati partono, da dove sono partiti, cioè oggi si calcolano quanti sono i cittadini di quel paese che si trovano fuori dal proprio paese. Quindi l'Italia è significativamente presente perchè ha 4 milioni e mezzo di cittadini italiani fuori dall'Italia e dai 60 agli 80 milioni di cittadini di origine italiana fuori dall'Italia: c'è un'altra Italia fuori dall'Italia. Ma poi lo vedrete sono i paesi dell'est e del sud America centrale soprattutto.

Questi sono i paesi di immigrazione, cioè dove gli immigrati arrivano, e anche qui vedete l'Italia che ha un peso significativo, soprattutto gli Stati Uniti, ma questo è significativo perchè gli Stati Uniti sono proprio un paese di immigrati.

Questi sono i dati in Italia, ma li conoscete, circa 5 milioni regolarmente presenti.

E questo è il dato dell'evoluzione dell'immigrazione in Italia, quindi si è partiti da numeri abbastanza bassi e si è arrivati a numeri significativi. Nell'86 erano circa cinque mila adesso parliamo di circa cinque milioni. Sempre tra quelle cartine ne ho messa una che

potrebbe essere un indicatore di coloro che sono scappati o che stanno scappando. E questi qua sono per esempio i morti per guerre. Noi sappiamo quando c'è una guerra, diciamo eclatante forse è il momento più difficile per scappare, molti dei richiedenti asilo non scappano dalle guerre, scappano da situazioni di tensione, di guerre all'inizio, prima ancora che diventino marcate. Però ci da un'indicazione quindi da dove arrivano le persone e come vedete, questa è del 2002, e soprattutto è l'Africa sub sahariana che è presente. C'è lì un trattino viola in Europa che è legato ai Balcani, a tutta la situazione che si è creata in quei luoghi. Questi sono i paesi di origine dei rifugiati, siamo sempre nel 2004, però anche qui vedete l'Africa, l'Africa sub sahariana, poi andiamo verso il corno d'Africa. Vediamo i paesi dell'est, e c'è anche una percentuale più piccola dei paesi dell'America latina. Se l'avessimo vista un po' di anni prima forse vedremmo l'America latina ancora più forte, quando c'era il Cile da cui partivano tanti immigrati, oppure ancora c'è qualche risultato dall'estremo oriente, quando c'era il Vietnam o altri paesi di quelle zone. E questi sono i



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

paesi di destinazione di rifugiati e qui già vediamo

come molti paesi di destinazione di rifugiati siano i paesi dei rifugiati stessi. E poi magari solamente in un secondo o terzo tempo possono essere i paesi occidentali. Mi seguite? Vi ritrovate? E queste sono le domande d'asilo oggi in Italia, ma queste cose le sapete. Quello che mi interessava era invece andare sempre un po' velocemente sul tema della salute. Qui vi cito un'altra frase dall'Europa, quindi prima si diceva il diritto all'assistenza sanitaria, adesso è un diritto che dobbiamo dare, garantire non per bontà ma perchè è necessario a tutti. Salute come bene indivisibile. Qui si fa un altro passo avanti: questo altro documento a livello europeo, dice: *"L'accesso all'assistenza sanitaria da parte di tutti i cittadini deve essere considerato come un pre-requisito per la salute pubblica in Europa, essenziale per il suo sviluppo sociale, economico e politico, oltre che la promozione dei diritti umani"*. E questo è un altro messaggio culturale importante. Questi messaggi sono passati a metà degli anni 2000, ed è stato lo stesso periodo in cui a livello internazionale il mondo medico ha cominciato a modificare il cosiddetto "paradigma della sanità pubblica", in particolare sulle cause delle malattie, ha cominciato a spostare l'attenzione sui cosiddetti "determinanti sociali delle malattie" (in termine tecnico sono determinanti distanti, lontani delle malattie), cioè la colpa della tubercolosi è certamente il bacillo di Koch però ci sono dei determinanti che rendono possibile questo passaggio e sono delle determinanti legati alla povertà, alle disuguaglianze, alle ingiustizie sociali e così via. E questo è diventato paradigma proprio forte anche delle Nazioni Unite, dell'OMS tra l'inizio del 2000 e la fine del 2010. Nel 2008 esce un documento che possiamo dire dà questo paradigma, e quindi non è il caso che anche a livello europeo si inizia a ragionare in questi termini. Capite bene che se cambia il paradigma anche i termini della sanità pubblica cambiano, cioè non dobbiamo andare a fare la lotta contro il bacillo di Koch, ma dobbiamo diminuire le disuguaglianze sociali, economiche, politiche se vogliamo le ingiustizie sociali, e in quel modo riusciamo a ridurre la tubercolosi, proprio cambia paradigma rispetto a qualche anno prima, anche se poi queste erano situazioni che noi avevamo già sperimentato, perchè la tubercolosi in Italia si è ridotta non perchè c'è stato il vaccino anti tubercolosi e sono arrivati gli antibiotici, ma perchè sono migliorate le condizioni di vita degli italiani e lo stesso per tante altre malattie.

E qui parliamo di salute e il nostro riferimento è la Costituzione, questo è l'articolo 32 della Costituzione, un po' caratteristico tra gli articoli della Costituzione, non so se c'è qualche avvocato o giurista tra voi, ma l'articolo 32 è una delle pochissime, sono in tutto due i punti nella nostra Costituzione, dove non si parla di diritti dei cittadini ma di diritti dell'individuo.

E questo è stato fondamentale per fare eleggere i diritti ad esempio anche per gli immigrati, anche per quelli in condizioni di fragilità ed è quello che in questi giorni stiamo citando per ad



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

esempio garantire i richiedenti asilo anche nella fase della richiesta d'asilo, quando ancora non hanno nessun documento, per dare loro la possibilità di accedere ai servizi sanitari pubblici. Perché è un diritto dell'individuo, per interesse anche della collettività. Il fatto che il diritto sia garantito dalla Costituzione, non significa che sia un diritto e che automaticamente ce l'abbiamo: la Costituzione è la madre di tutte le leggi però non perché sta scritto là poi immediatamente quello che ci sta scritto diventa esigibile. Nella costituzione degli Stati Uniti c'è scritto che tutti gli americani hanno diritto alla felicità, l'ha citato anche Obama nel suo discorso, ma non significa che tu sei cittadino americano, perché lo dice la costituzione, tu sei felice, magari! Significa che tu Stato, tu Presidente devi lavorare perché tutti abbiano la stessa opportunità di essere felici. Quindi la Costituzione dice una cosa, poi bisogna metterla in pratica.

In Italia questo passaggio dal mandato costituzionale al mandato pratico è avvenuto nel 1978 quando si è istituito il servizio sanitario nazionale, la legge 833, l'istituzione al servizio sanitario dice: il mandato della costituzione è vero e si realizza attraverso il servizio sanitario nazionale. Quindi c'è stato il passaggio tra il diritto enunciato a un diritto che invece può essere esigibile. Io quando ho studiato queste cose, tra l'altro le ho studiate anche per la mia tesi quindi parecchi anni fa, a un certo punto c'era un passaggio che tutti gli studiosi, tutti i bioetici sottolineavano, io non ci avevo fatto particolare caso però adesso l'ho ritirato fuori perché loro dicono (sia etici di area cattolica sia di area laica): state attenti perché questi passaggi, non è che nel momento in cui avviene c'è per sempre, prima cosa, secondo, dipende da tutta una serie di variabili. Queste variabili sono ad esempio la situazione socio-economica di un paese, ad esempio le scelte politiche programmatiche, o la capacità di organizzazione dei cittadini per dar voce ai loro diritti. Quindi come può avvenire in un senso, grazie a queste situazioni, può anche tornare indietro se non ci sono più questi requisiti. Siccome questi requisiti mi ricordano molto la situazione attuale, io vi faccio vedere e dico stiamo attenti, non perché c'è un diritto questo diritto poi rimane per sempre, stiamo attenti noi che ci occupiamo di immigrati e di richiedenti asilo perché è vero che abbiamo raggiunto un livello di diritti, per quanto riguarda il livello sanitario tra i più alti d'Europa, anzi l'Europa ce li prende ad esempio, però non è detto che questi diritti possano rimanere sempre, cioè se noi non stiamo attenti

probabilmente sono i primi diritti che possono saltare. Dicevo diritto alla salute perché diventi diritto all'assistenza servono una serie di cose, dalle politiche nazionali, delle norme nazionale e delle politiche locali.

Ritorniamo al grafico di prima e qui vi faccio vedere le leggi che ci sono state sull'immigrazione. La prima legge è dell'86, dove non si parlava per niente di assistenza sanitaria, poi la legge del '90 la conoscete sicuramente, la legge Martelli per i richiedenti asilo è importante perché ha tolto la



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

cosiddetta riserva geografica. Io già lavoravo per gli immigrati in quel periodo e ricordo il dramma che c'era di fronte a quelle persone che chiaramente stavano scappando da situazioni di violenza, da problemi molto gravi nei loro paesi, però non potevano essere riconosciuti in Italia come richiedenti asilo, perchè l'Italia riconosceva solo quelli che venivano da alcuni paesi, nella fattispecie dall'estremo oriente o dal Cile, che aveva senso qualche anno prima ma poi non aveva più senso. La legge Martelli tolse questa riserva geografica e fu veramente una grande conquista allora. Sulla sanità però la legge Martelli non dice niente. Bisogna aspettare il 1995, il decreto Dini. Forse qualcuno di voi se lo ricorda, il decreto Dini è un decreto fatto da un governo tecnico; c'era stato il primo governo Berlusconi, che cadde dal governo perchè la Lega tolse l'appoggio e venne fatto un governo tecnico con l'appoggio esterno della Lega, presieduto da Dini. Quando si dovette andare a votare quella che oggi si chiama legge stabilità, allora si chiamava finanziaria, la Lega disse di volere una legge dura contro gli immigrati. Ebbene fu il decreto Dini. Il decreto però conteneva una norma che stupì tutti, quella norma diceva infatti che gli immigrati, anzi gli stranieri temporaneamente presenti, avevano il diritto all'assistenza sanitaria. Stranieri temporaneamente presenti, non so se vi ricorda qualcosa, STP. Nel 1995 un decreto legge votato dalla Lega, garantiva per la prima volta l'assistenza sanitaria agli immigrati senza permesso di soggiorno. Poi tutto diventa norma nel 1998 con la legge Turco-Napolitano, che fa di più: non solo garantisce l'assistenza agli immigrati senza permesso di soggiorno, ma regola finalmente l'assistenza per tutti gli altri immigrati e anche per i richiedenti asilo e i rifugiati. Quindi è dal '98 che c'è una norma che garantisce l'assistenza a tutti gli immigrati compresi richiedenti asilo e rifugiati, richiedenti di protezione internazionale, i termini sono cambiati nel tempo. Legge Bossi-fini nel 2002, non modifica per niente gli articoli della

legge Turco-Napolitano, pacchetto sicurezza 2009 tenta di modificare alcuni passaggi della parte normativa sull'assistenza sanitaria ma non ci riesce. Qualcuno di voi si ricorda quando i medici, gli operatori sanitari sarebbero dovuto diventare delle spie, perchè volevano cancellare una norma che era contenuta nel testo 1 sull'immigrazione, che però era una norma che derivava dal decreto Dini, pensate la situazione, decreto Dini votato dalla Lega, la stessa forza che voleva cancellare una parte della legge che aveva votato lei a suo tempo. Chiaramente abbiamo molto lavorato su questa contraddizione della Lega stessa, per cui alla fine quella norma non è stata mai approvata. Al momento noi abbiamo come legge di riferimento la Turco- Napolitano sull'immigrazione. Quindi 1995 si sdogana il diritto, il diritto diventa testabile dal '98. Sappiate che sono 3 i riferimenti fondamentali: testo unico sull'immigrazione, regolamento d'attuazione del testo unico e poi una circolare del Ministero della Salute a firma della Bindi del 2000. Quindi sono una legge del '98, una del '99 e una del 2000. Ancora oggi questa è l'ossatura per quanto riguarda



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

l'assistenza sanitaria, agli immigrati non regolari, a quelli regolarmente presenti ma anche ai richiedenti asilo e rifugiati. Ed era un'ossatura solida perchè ha resistito tutto questo tempo, perchè quella legge a differenza di quello che è successo per i comunitari, è una legge che nasce dal basso, cioè per quanto riguarda gli articoli sanitari. Nel momento in cui si doveva ragionare su questo, Guzzanti prima, Ministro della Sanità del periodo Dini, ma soprattutto la Bindi dopo, crea un gruppo di lavoro di persone che erano già impegnate nell'assistenza sanitaria agli immigrati e che quindi potevano vedere dal basso quali erano le reali problematiche che gli immigrati avevano. E quindi con quelle persone, chiaramente insieme a funzionari del ministero, insieme ad altre persone, si costruisce il pacchetto di assistenza sanitaria agli immigrati. Ricordo quel periodo, siamo entrati un po' nel panico, io facevo parte di quel gruppetto di persone che ha costruito la norma, perchè nessuno di noi è un avvocato, nessuno di noi aveva esperienza da legislatore, avevamo molto chiaro quello che volevamo fare. Ad un certo punto, il ministero degli interni voleva sapere esattamente quali fossero i permessi di soggiorno che davano diritto all'iscrizione al servizio sanitario nazionale. E noi facemmo l'elenco, ma avevamo paura di dimenticare qualche cosa, se non facevamo capire alcuni passaggi, perchè eravamo sicuri che quei permessi di soggiorno sarebbero cambiati nel tempo e che non serviva una legge per cambiare la dizione del permesso di soggiorno, magari era una

circolare del ministero degli interni, e se poi noi non l'avevamo previsto? Quell'intera categoria poteva rimanere fuori dall'iscrizione obbligatoria al servizio sanitario. Noi abbiamo visto che l'iscrizione al servizio sanitario significa entrare nel sistema di tutela, tutti noi siamo iscritti al servizio sanitario, nessuno di noi ha scelto di non essere iscritto, primo perchè non poteva farlo perchè è un diritto e dovere, ma poi perchè non concerne assolutamente a nessuno. Allora in quel periodo abbiamo consultato diversi giuristi, per capire come dovevamo muoverci, e devo dire che tutti ci hanno rassicurato perchè ci hanno detto che una legge non vale solo per quello che c'è scritto nella legge, ma vale anche per la filosofia che c'è sotto, per la volontà del legislatore, per il rationale della legge stessa, tant'è vero che di fronte allo stesso delitto, la persona può avere una pena più o meno grave in base alla legge che si invoca. Se tu invochi una legge più di tipo riabilitativo rispetto a una legge punitiva di fronte allo stesso delitto puoi avere due trattamenti diversi, questo è uno dei motivi per cui i ricchi difficilmente vanno in prigione, perchè i ricchi avendo la possibilità di usare i migliori avvocati che ci sono, riescono magari a trovare quella sentenza della Corte Costituzionale, piuttosto che quella legge particolare, che permette di avere un approccio diverso alla punizione. Il lato positivo è che se noi riuscivamo a far emergere la volontà del legislatore in quello che avevamo scritto, questo poteva resistere anche a modifiche di altre amministrazioni. Allora qual è la volontà del legislatore? Questa è molto chiara ed evidente, e



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

ormai ci sono sentenze del Tar che hanno dato ragione a questa impostazione. Cioè, laddove qualcuno ha interpretato in maniera restrittiva gli articoli sulla sanità degli immigrati, e laddove c'è stato qualcuno che ha fatto ricorso, il ricorso è sempre stato vinto. Quindi è evidente che la volontà è esplicita e qual è la volontà del legislatore? Quella di includere nel sistema più alto dei diritti e quindi l'assistenza sanitaria attraverso il sistema sanitario nazionale, la stragrande maggioranza degli immigrati presenti in Italia, quindi ivi compresi i richiedenti asilo e rifugiati, presenti in condizioni di regolarità o anche sul cammino della regolarità. E la volontà del legislatore era quella comunque di intercettare anche coloro che erano fuori o temporaneamente fuori dal sistema, quindi anche gli immigrati senza permesso di soggiorno. Questo è assolutamente evidente. In questi giorni, anzi in queste ore, in questi minuti, c'è un braccio di ferro avviato dal sottoscritto ma ora dal ministero della sanità verso l'Ufficio delle Entrate e il Ministero degli interni. Questo braccio di ferro è sull'attribuzione del codice fiscale a immigrati regolarizzandi, quelli che si stanno regolarizzando in questo momento. Perché noi, facendo riferimento alla legge, diciamo che i regolarizzandi non sono più irregolari, hanno pagato dei contributi, sono regolarizzandi perché sono lavoratori e quindi hanno diritto all'iscrizione obbligatoria al servizio sanitario nazionale da subito. Il Ministero degli interni dice no, serve il codice fiscale, il Ministero delle finanze dice sì, ma io per darti il codice fiscale voglio il permesso di soggiorno. Se non che il Ministero degli interni l'ha scritto, ha fatto una circolare, scrivendo questa cosa, a quel punto io mi sono permesso di scrivere una nota di dissenso dell'impostazione sul sito della SIMM, casualmente o non casualmente questa nota l'ha letta il consigliere del Ministro e si è molto arrabbiato, ma non con me fortunatamente ma con i funzionari del Ministero della salute perché lui era assolutamente d'accordo su quello che io avevo detto e quindi adesso si è avviato tutto un processo di triangolazione e pare che si stia risolvendo, perché man mano che approfondiscono stanno andando alla fonte, la volontà del legislatore, cioè quella che permetterà, io spero, il passaggio inclusivo rispetto al passaggio attuale di esclusione. Tra l'altro questo per me è importante perché potrebbe aiutare una situazione proprio dei richiedenti asilo, sapete i richiedenti asilo quando hanno il C3, molte amministrazioni non gli rilasciano l'iscrizione al servizio di assistenza nazionale, oltre al problema della residenza etc, perché manca il codice fiscale. L'Agenzia delle entrate rilascia il codice fiscale perché non riconosce il C3 come documento valido per poterglielo rilasciare, allora se riusciamo a scardinare l'ufficio delle entrate con l'idea che possano fare dei codici fiscali temporanei o provvisori, capite che si innesca un sistema virtuoso. Questo è un dibattito di queste ore e stiamo riuscendo a portarlo avanti grazie al fatto che io ho molto chiara la volontà del legislatore, dato che sono tra quelli che hanno scritto la norma, io la norma, su mandato della Bindi certo, ma l'abbiamo scritta noi. Questa situazione è fondamentale.



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

Vi cito i problemi che stiamo avendo sui cittadini comunitari. Oggi interi gruppi di cittadini comunitari, che in teoria dovrebbero avere i diritti quasi uguali agli italiani, godono spesso di diritti peggiori degli immigrati non regolari. Questo è dovuto al fatto che quella norma è stata creata top-down, cioè dall'alto, dall'Unione Europea, che ha detto che l'obiettivo era la libera circolazione di tutti i cittadini, quindi la salute non deve ostacolare la libera circolazione di tutti i cittadini e quindi dovete fare questo, questo e questo, non tenendo conto che ogni sistema sanitario di ogni paese è diverso dall'altro, i problemi specifici di ogni paese sono diversi dall'altro e così via. Ma era giusto per darvi un'idea.

Cosa dice la norma, brevissimamente: per i cittadini non comunitari in regola, cioè con un permesso di soggiorno, o anche nella fase di rilascio di primo permesso di soggiorno, ed anche nelle more di rinnovo del permesso di soggiorno, persone che hanno permessi di soggiorno riconducibili a tre grossi gruppi, hanno il diritto-dovere di iscrizione al servizio sanitario nazionale. Questi tre grossi gruppi sono: lavoro, famiglia, protezione. Coloro che hanno i permessi di lavoro (dati di inizio 2011: 47.8%, significa lavoro autonomo, subordinato, stagionale, ricerca lavoro, disoccupazione che a volte viene rilasciata, ora viene rilasciata sempre perchè è stato dilungato il tempo), tutti i permessi, riconducibili al lavoro hanno l'iscrizione obbligatoria. Tutti i permessi riconducibili alla famiglia: ricongiungimento familiare, coesione familiare, attesa adozione, tutto ciò che è legato alla famiglia ha l'iscrizione obbligatoria e sono il 48%; anche tutti quelli di protezione, internazionale, richiesta asilo, rifugiati, articolo 18 la donna che denuncia il proprio sfruttatore, la donna in gravidanza che è inespellibile e quindi viene dato un permesso di soggiorno per gravidanza, e sono l'1,7% di tutti i permessi di soggiorno, hanno l'iscrizione obbligatoria.

Se noi andiamo a vedere sono il 97% di tutti i permessi di soggiorno quelli che hanno diritto all'iscrizione obbligatoria al sistema sanitario nazionale. Qui emerge chiaramente la volontà del legislatore, cioè l'inclusione, quindi è assurdo che il regolarizzando non sia incluso, lui entra in vari livelli in questa torta. Poi una parte, il 2,1% che non hanno diritto all'iscrizione obbligatoria, che è un diritto e dovere, significa che nel momento in cui la fai non paghi all'atto dell'iscrizione, ma non perchè essa sia gratuita, ma perchè il pagamento si basa su altri livelli, come per esempio per noi italiani, se mi nasce un bambino io vado a segnalarlo ma non vado a pagare, però non è gratuita l'iscrizione, perchè io pago l'iscrizione di mio figlio come di mia moglie se è a mio carico in base alla fiscalità generale, così come tutti voi. È il principio del sistema universalistico, cioè che tutti contribuiscono proporzionalmente al proprio reddito e chi non ha reddito sta dentro nel sistema stesso, questo è il sistema universalistico italiano. Però c'è una piccola parte, il 2,1%, per cui non si obbliga l'iscrizione al servizio sanitario, ma si obbliga ad avere una copertura sanitaria di tipo assicurativo. L'assicurazione può essere privata, ad esempio una compagnia assicurativa italiana



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

oppure estera, oppure un'assicurazione "pubblica", cioè l'iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale. Quindi noi abbiamo 97% iscrizione obbligatoria; una piccola parte, circa il 2%, iscrizione volontaria, che sono gli studenti, i religiosi, i collocati alla pari chi ha la residenza elettiva in Italia; ad esempio George Clooney, lui volendo può iscriversi al servizio sanitario nazionale, non lo farà mai, per il fatto che deve pagare proporzionalmente al suo reddito. L'iscrizione obbligatoria vale dal momento in cui tu hai un titolo per restare in Italia, seppur ancora non è espresso con un permesso di soggiorno.

Quindi nel momento in cui tu fai domanda di asilo politico dovresti già essere protetto, poi in realtà qui stanno varie problematiche. Se arrivo in Italia con un visto per lavoro, già nel momento in cui entro in Italia devo essere protetto. Questo non è iscritto esplicitamente nella legge, ma la legge dice che si hanno sette giorni di tempo per fare il passaggio dal visto al permesso di soggiorno. Nella legge c'è scritto che l'iscrizione è retroattiva, qualora tu non l'avessi fatta nel momento in cui sei entrato in Italia, nella legge c'è scritto che anche se non sei iscritto formalmente al Servizio Sanitario Nazionale, per il fatto che tu hai un visto o un permesso di soggiorno di queste tre macro categorie lo sei di fatto. Quindi la volontà è evidentissima, solamente i ciechi non la vedono. Invece per i famosi STP, sono garantite tutta una serie di prestazioni non solo urgenza, ma anche prestazioni essenziali, medicina preventiva e così via e c'è il divieto di segnalazione. Quello che vi ho detto è molto semplificato, in realtà poi la burocrazia italiana produce costantemente ragnatele, per cui io ho detto cose elementari ma poi uno dovrebbe conoscere tutte queste norme per sapere le situazioni che si sono venute a sovrapporre all'interno.

Ultimo passaggio, che ci sia un diritto all'accesso non basta, ci deve anche essere la possibilità che ci sia reale fruibilità delle prestazioni. Io immigrato, io rifugiato ho diritto all'assistenza sanitaria, però non riesco a comunicare col medico, non riesco a farmi capire nell'ospedale, non capisco la filosofia del sistema o il contrario io medico non riesco a farmi capire, questo passaggio dall'accesso alla fruibilità dei servizi è mediato da quelle che sono le politiche sanitarie che servono a fare in modo che tutti i cittadini abbiano realmente pari opportunità non solo di accesso ma anche di fruibilità delle prestazioni, e delle prestazioni più appropriate. E qui abbiamo delle difficoltà evidenti; la difficoltà principale nasce proprio dalla strutturazione dei percorsi giuridici. La politica sull'immigrazione e l'asilo è una legislazione cosiddetta esclusiva, cioè è una legislazione dello Stato ed è rimasta di pertinenza dello Stato, oserei dire purtroppo, che è una pertinenza sempre di più del Ministero degli interni e questa è una stortura che secondo me è molto forte ed è una delle politiche che noi costantemente alimentiamo, noi che ci occupiamo di sanità, perchè è costantemente il Ministero degli interni che fa delle circolari che riguardano la sanità. La pertinenza sulla parte immigrazione asilo è statale. Invece le politiche sull'assistenza



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

sanitaria, così come le norme sull'assistenza sanitaria è una legislazione concorrente, cioè dipende dalle regioni. Vi ricordate nel 2003, modifica del titolo punto della Costituzione, per cui alcune funzioni che erano proprio dello Stato sono passate alle regioni tra cui la devolution del federalismo. Una delle mansioni passate alle regioni è proprio quella sull'assistenza sanitaria, lo Stato si è riservato di dire quali sono i livelli essenziali di assistenza, cioè quei livelli che ogni regione deve garantire a tutti, però poi sono le singole regioni che decidono come fare. Bene le politiche per la salute degli immigrati stanno in mezzo, sono politiche per gli immigrati e quindi in qualche modo di pertinenza statale, però sono politiche sanitarie quindi in qualche modo di pertinenza regionale. A questi due insiemi si sono messe dentro poi altre situazioni, sono le politiche nazionali sulla sicurezza che soprattutto quando la Lega andava per la maggiore, hanno provocato tanti danni, ma anche le stesse politiche locali sull'integrazione e sul welfare, che ultimamente hanno zero finanziamenti e poi sempre l'altro tipo di politica che si inseriscono in quelle che dovrebbero essere le politiche sanitarie sugli immigrati sono iniziative locali di sicurezza.

Quei famosi interventi che i singoli sindaci facevano in termini di sicurezza guarda caso erano tutte contro gli immigrati: l'accesso agli asili nido piuttosto che alle case popolari, piuttosto che sulle panchine non ci si poteva sedere etc. Tutte queste cose incidono sulla salute, intesa in senso globale. Ma il problema più grosso è stato questa sorta di pendolo tra regioni e Stato. Io Stato non ti dico cosa devi fare perchè sono le regioni che hanno pertinenza sulla sanità, io regione non dico niente sulla sanità degli immigrati perchè gli immigrati sono di pertinenza statale e quindi aspetto che lo Stato mi dica cosa devo fare. Cos'ha prodotto questo pendolo? Un'enorme difformità a livello regionale, questo per quanto riguarda gli immigrati senza permesso di soggiorno, questo per quanto riguarda i comunitari in condizioni di fragilità, esistono difformità incredibili.

Qualche anno fa abbiamo condotto uno studio tra tutte le regioni e vedete (grafico) le regioni più scure sono quelle avanzate e quelle più chiare sono quelle meno attente, tra queste ultime la Lombardia.

Tutti questi studi che ho citato potete trovarli sul sito della SIMM (<http://www.simmweb.it/>). Volevo chiudere con una nota di informazione che può esservi utile. Proprio a seguito di questo studio, alcune regioni si sono attivate pensando che non fosse possibile che ci fossero tutte queste difformità, quindi si è creato un tavolo dentro la commissione salute della conferenza delle regioni che ha lavorato per due anni e ha prodotto un documento, che si può scaricare e che contiene le indicazioni per una corretta applicazione della normativa, cioè un'interpretazione univoca, in modo che quei colori diversi in qualche modo si potessero uniformare con un'impostazione inclusiva, quella famosa volontà nella legge che abbiamo detto prima. Si è lavorato molto e alla fine il documento è stato approvato dalla commissione salute della conferenza delle regioni e



Laboratorio interdisciplinare sul diritto d'asilo

anche dal Ministero della sanità che ha approvato il documento, che l'ha mandato nuovamente alle regioni per presentarlo in conferenza Stato - regioni. Noi abbiamo avuto l'annuncio in diretta di questo passaggio durante la conferenza della SIMM e adesso si stanno limando alcune diversità di vedute e speriamo che entro la fine dell'anno venga applicato, approvato. Ci sono delle cose molto importanti in questo documento, ve ne dico due che possono riguardare indirettamente i rifugiati: uno riguarda tutti i minori, se questo documento passa tutti i minori indipendentemente dallo stato giuridico devono avere il pediatra di libera scelta; un altro passaggio avrebbe fatto sì che tutto questo problema sui codici fiscali non esistesse. Un altro passaggio interessante: le mamme comunitarie di cittadini italiani devono essere iscritte al servizio sanitario nazionale, che sembra banale ma se una donna rumena fa un figlio con un uomo italiano, non sposandosi, e quindi lei è madre di cittadino italiano, allora lei deve essere tutelata e quindi iscritta al servizio sanitario. Questo va a tamponare un buco della normativa, perchè la normativa europea, secondo me per cattiva traduzione, dice che la mamma comunitaria se è a carico di un cittadino italiano deve essere iscritta al servizio sanitario, ma diventa difficile che una mamma sia a carico di un bambino appena nato! All'inizio vi ho fatto vedere la copertina degli atti del congresso della SIMM dell'anno scorso in cui si è trattato il tema della salute globale, noi abbiamo appena concluso il nostro congresso nazionale, dove abbiamo affrontato le problematiche di immigrazione e salute durante la crisi e le parole chiave questa volta sono state coesione sociale, partecipazione e reti (reti inteso fare rete, lavorare in rete). Questo è l'elemento più importante sui stiamo cercando di lavorare. Fare in modo che la SIMM possa diventare una rete di reti. Qui in Piemonte esiste una rete collegata alla SIMM, che è il GRIS Piemonte e questo è un elemento fondamentale per fare in modo che alcuni diritti e alcuni percorsi possano in qualche modo essere da tutti condivisi. Concludo con l'Europa,

ancora una volta con una frase da un altro documento, il documento di Bratislava di tutti i ministri d'Europa, dove dice: *"Le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestiti, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti, [e questo era il primo documento che abbiamo letto] possono facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione e la coesione, [Questo l'avevamo visto nel secondo documento che vi avevo fatto vedere] aumentando lo sviluppo"*.

Ecco a me piace pensare agli operatori della salute o agli operatori che si interessano a tematiche legate direttamente o indirettamente alla salute, come non a dei semplici meccanici che aggiustano macchine ma a persone che stanno lavorando allo sviluppo di una società che veda le parole dell'equità, della coesione sociale, della condivisione come a parole chiave per lo sviluppo di tutti non solo di alcuni.

