

# RELIGIONI, IMMIGRAZIONE E DIRITTO ALLA SALUTE. IL CONCETTO DI “SALUTE” OLTRE LE CATEGORIE “SCIENTISTE”

ROBERTO MAZZOLA

SOMMARIO: 1 Primo punto. Cambio di paradigma. – 2. Secondo punto. La variabile immigrazione. – 3. Terzo punto. Il diritto alla salute come *res mixta*. – 4. Quarto punto. Tra il dire e il fare c'è sempre di mezzo il mare.

## 1. *Primo punto. Cambio di paradigma.*

Tizio ha gli stessi valori ematologici di Caio: medesimo numero di neutrofili, stessa quantità di linfociti e monociti, uguale valore di MCH, identico numero di piastrine. Tizio, però, non ha avuto e continua a non avere, le stesse *chance* sociali di Caio: alla disoccupazione del primo corrisponde l'inquadramento stabile nel mondo del lavoro del secondo; alla precarietà economica di Tizio fa da contrappunto la sicurezza reddituale di Caio. Di fronte ad un quadro simile si può sostenere che Tizio e Caio godano della stessa condizione di salute? Si può dire che entrambi siano sani?

Sotto il profilo strettamente ematologico la risposta non può che essere affermativa: il quadro clinico descrive, per entrambi, una condizione di perfetta salute: né Tizio né Caio hanno da temere alcunché. Se la questione, però, la si osserva attraverso la lente del “diritto alla salute” così come è andato evolvendosi nell'arco degli ultimi Settant'anni, la prospettiva cambia, al punto da dover riformulare quanto appena detto a proposito di Tizio e di Caio. Ciò si spiega in ragione del fatto che i profili biomedici da tempo concorrono solo in parte a definire la sostanza del concetto giuridico di “salute”. Esso, infatti, così come definito dall'art. 32 Cost., si configura ormai come diritto soggettivo complesso, dove la concezione di salute esclusivamente celebrativa del solo stato di be-

nessere fisico ha lasciato spazio «ad una nozione» – così osserva Di Iorio – «più ricca e comprensiva di vari aspetti costitutivi dell'individuo»<sup>1</sup>, così come testimoniano, tanto la norma costituzionale appena citata, quanto lo stesso art. 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 istituitiva del Servizio Sanitario Nazionale<sup>2</sup>. Quando si affronta il tema del diritto alla salute, o meglio del diritto a raggiungere le migliori condizioni possibili di salute fisica e mentale, «è dunque

---

<sup>1</sup> T. DI IORIO, *La salute del civis-fidelis nei distinti ordini dello Stato e della Chiesa cattolica. Le aspettative ascetiche della persona nella connotazione del bene salute*, in *Rivista telematica* ([www.statoechiese.it](http://www.statoechiese.it)), 23, 2015, 29 giugno 2015, p. 14 ss.

<sup>2</sup> «Art. 2. (Gli obiettivi). Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante: 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità; 2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro; 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata; 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica; 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro; 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata; 7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretta ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto; 8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale. Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue: a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese; b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari; c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile; d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati; e) la tutela sanitaria delle attività sportive; f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione; g) la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici; h) la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo».

necessario trascendere il livello prettamente medico-sanitario e tener conto dell'insieme dei fattori sociali, politici, storici, economici e culturali che incidono in profondità sull'esperienza soggettiva»<sup>3</sup>. Essere sani, così si legge nel Preambolo della Costituzione dell'«Organizzazione Mondiale della Sanità» del 1946<sup>4</sup>, implica, non solo benessere fisico e mentale, ma anche sociale. Essere in salute, ricorda l'art. 25, comma 1 della «Dichiarazione Universale dei Diritti Umani»<sup>5</sup>, significa vedere garantito il diritto all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari, insomma, a tutte quelle precondizioni sottostanti la salute o, come si suole dire, ai suoi *determinanti*. Vengono così in considerazione: il diritto all'accesso all'acqua potabile sicura e ai servizi igienici adeguati; la disponibilità adeguata di cibo e di nutrimento; il diritto alla sicurezza e qualità dell'abitazione, la facilitazione d'accesso alle informazioni relative alla salute; il diritto al rispetto dell'etica medica, il diritto di accesso ai medicinali e alle attrezzature ospedaliere e, ovviamente, il divieto di ogni forma di discriminazione, soprattutto a danno delle minoranze e, in generale, alle persone socialmente più deboli.

---

<sup>3</sup> *Introduzione*, in E. CASTAGNONE-P. CINGOLANI-L. FERRERO-A. OLMO-A. CRISTINA VARGAS (a cura di), *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*, il Mulino, Bologna, 2015, pp. 13-20. Si veda anche il *Report Culture and Health*, a cura di D.A. NAPIER AND OTHERS, in *The Lancet*, 84, 2014, pp. 1607-1639.

<sup>4</sup> *Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità Firmata* a New York il 22 luglio 1946 Approvata dall'Assemblea federale il 19 dicembre 1946. Strumenti di ratificazione depositati dalla Svizzera il 29 marzo 1947: «Gli Stati partecipanti alla presente costituzione dichiarano, conformemente alla Carta delle Nazioni Unite, che alla base della felicità dei popoli, delle loro relazioni armoniose e della loro sicurezza, stanno i principi seguenti: La sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità». Si legga anche A. OLMO, *Il diritto alla salute e la normativa in materia di accesso ai servizi sanitari*, in *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*, cit., p. 21ss.

<sup>5</sup> Art. 25, comma 1: «Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà».

## 2. Secondo punto. La variabile immigrazione.

Una nozione di salute così dilatata e stratificata, anche dal punto di vista antropologico-culturale, inevitabilmente finisce col rimettere in discussione la linea di confine fra salute e malattia, fra benessere e dolore, ma più di ogni altra cosa ricolloca al centro il “fattore umano”, e con esso, l’idea di dignità umana, con tutto il suo corollario di diritti inviolabili, tanto individuali quanto collettivi. Tuttavia, sotto le luci della sala d’aspetto di un Pronto Soccorso, o nel tempo rallentato che scandisce l’attesa di una visita medica o la consegna di un referto, la retorica sui diritti umani viene messa alla prova confrontandosi con la dolente condizione umana della malattia e del disagio sociale. A fronte del formalismo dei diritti teorici, a volte illusori, iscritti nelle leggi, si contrappone la ruvida realtà di diritti parzialmente efficaci se non addirittura del tutto inattuati<sup>6</sup>.

È la verità di una umanità varia, spesso dolente e smarrita quella che si confronta quotidianamente con le difficoltà di esercizio del diritto alla salute, tuttavia negli ultimi decenni il segmento di popolazione dove le contraddizioni insite all’esercizio di tale diritto si sono manifestate con più forza è quella degli immigrati, soprattutto di prima generazione<sup>7</sup>, capaci di mettere in discussione la logica consolidata di funzionamento dei sistemi nazionali di *welfare* finanziati da comunità ben identificate di individui allo scopo di soddisfare i loro bisogni sociali<sup>8</sup>. Qui la condizione d’immigrato, se non inserita all’interno di un regolare processo «d’integrazione ragionevole», come definito dall’art 3, comma 3 della legge 6 marzo 1998, n. 40, così come modificata dall’art. 3 della legge 30 luglio 2002, n. 189<sup>9</sup>, rischia di generare disequilibrio sociale,

---

<sup>6</sup>Cfr. V. ZAGREBELSKY, *Prefazione*, in *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*, cit., p. 12. Si legga anche: N. BOBBIO, *L’età dei diritti*, Einaudi, Torino, 2014, p. 288. Si veda anche: L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell’immigrazione. L’esperienza italiana*, in *Rivista AIC*, 1, 2018, pp. 1-26.

<sup>7</sup>Cfr. R. TARCHI, *I sistemi sanitari europei alla prova dell’immigrazione. Riflessioni a margine di un convegno fiorentino*, in *Rivista AIC*, 4, 2018, p. 122 ss. Cfr. G. GALLI (a cura di), *Multiculturalismo. Ideologie e sfide*, il Mulino, Bologna, 2006. Si legga anche: D. AMIRANTE-V. PEPE (a cura di), *Stato democratico e società multiculturale: dalla tutela delle minoranze al riconoscimento delle diversità culturali*, Giapichelli, Torino, 2011.

<sup>8</sup>R. TARCHI, *I sistemi sanitari europei alla prova dell’immigrazione*, cit., p. 122.

<sup>9</sup>Art. 3, comma 3: «Il documento individua inoltre i criteri generali per la defi-

innescando una rancorosa concorrenza nell'accesso ai servizi sanitari. Lo ricorda il Rapporto «*Vivre ensemble Conjuguer diversité et liberté dans l'Europe du XXI<sup>e</sup> siècle*»<sup>10</sup>, Rapporto del Gruppo di eminenti personalità del Consiglio d'Europa, là dove evidenzia come fra gli autoctoni sia particolarmente diffusa e radicata la convinzione/pregiudizio che gli immigrati tendenzialmente profittino dei servizi utilizzandoli in forma eccessiva e ingiustificata, spesso, senza averne diritto:

«les immigrés et leurs familles» – si legge nel Rapporto – «sont accusés de profiter des services de sécurité sociale, sous trois formes. Premièrement, il est avancé qu'ils utilisent excessivement, de manière inéquitable, les services de l'Assistance publique, l'opinion généralement répandue étant qu'ils accèdent plus largement, de manière plus libérale et moins réglementée, à ces services que d'autres citoyens. Deuxièmement, ils sont réputés bénéficiers de dispositions et de services auxquels ils n'ont légalement pas droit, et donc de commettre des fraudes manifestes, au détriment des ressortissants de souche. Troisièmement, il est avancé que durant leur séjour, que l'on présume temporaire et motivé avant tout par le désir de bénéficier de la protection sociale européenne, ils tirent davantage bénéfice de l'économie qu'ils n'y contribuent»<sup>11</sup>.

Se è poi vero che l'erogazione del diritto alla salute non può fare a meno del “fattore umano”, in quanto faticosa e complessa ricerca di equilibrio fra dimensione individuale, sociale, spirituale e culturale, spesso l'esercizio di quest'ultima fallisce di fronte alle difficoltà dei processi migratori, e zoppica dinnanzi al dislivello sociale ricorrente fra comunità migrante e maggioranza autoctona ospitante. Un rapporto, quest'ultimo, si sa, non paritario e nemmeno neutro, ma, al contrario, spesso diseguale e asimmetrico, tanto in termini di distribuzione di risorse, quanto di accesso ai servizi. Gli stranieri, soprattutto, se non comunitari, sono gli “al-

---

nazione dei flussi di ingresso nel territorio dello Stato, delinea gli interventi pubblici volti a favorire le relazioni familiari, l'inserimento sociale e l'integrazione culturale degli stranieri residenti in Italia, nel rispetto delle diversità e delle identità culturali delle persone, purché non confliggenti con l'ordinamento giuridico, e prevede ogni possibile strumento per un positivo reinserimento nei Paesi di origine».

<sup>10</sup> Consiglio d'Europa, *Vivre ensemble. Conjuguer diversité et liberté dans l'Europe du XXI<sup>e</sup> siècle Rapport du Groupe d'éminentes personnalités du Conseil de l'Europe*, aprile 2011, in <http://www.coe.int> (visitato 3 febbraio 2019).

<sup>11</sup> *Ibidem*.

tri”, gli “invasori”, i portatori di malattie<sup>12</sup>, ma soprattutto i concorrenti indesiderati e illegittimi che sottraggono risorse preziose a quelli che la vigente legge n. 113/2018, nel novellare la legge n. 91/1992 in materia di revoca di cittadinanza, definisce come: «cittadini *iure sanguinis*»<sup>13</sup>.

Come sottolinea Vargas<sup>14</sup>, spesso il migrante all'interno del sistema sanitario finisce per essere trattato come “non persona” in ragione dei meccanismi impliciti ed espliciti di cui sono oggetto soprattutto gli stranieri clandestini. Nel 1998 il Comitato Nazionale di bioetica nel “*Parere sui problemi bioetici in una società multi-etnica*”<sup>15</sup> evidenziò come un approccio interculturale alla cura avrebbe dovuto basarsi su una piattaforma di valori comuni come la tutela dei diritti fondamentali, i principi di solidarietà e di sussidiarietà<sup>16</sup>, presupposti indispensabili per una medicina equa e

---

<sup>12</sup> «Les immigrés amènent – observe sempre il Rapporto del Consiglio d'Europa – “des maladies dans le pays”, ou encore “c'est la faute aux immigrés si certaines maladies qui avaient été éradiquées en Europe il y a des décennies font à nouveau leur apparition”. Les tenants de ces arguments font valoir que les immigrés en situation irrégulière ou sans-papiers et leurs enfants sont souvent en moins bonne santé que le reste de la population, et que certaines maladies infectieuses et contagieuses sont plus fréquentes dans les communautés immigrées que dans la population indigène».

Per quanto concerne più in particolare la situazione in Italia si legga M. GRIFFINI, *Invasione, arretratezza e contaminazione: l'immigrato nel discorso della destra italiana*, in *Migrazioni e integrazione in Italia. Tra continuità e cambiamento*. Atti del Convegno tenuto presso la Fondazione L. Einaudi (Torino, 6-7 ottobre 2016), a cura di M. CARAMAGNI-F. PASTORE, Studi n. 56, Ed. Leo S. Olschki, Firenze, 2018, p. 299 ss.; G. SARTORI, *Pluralismo, multiculturalismo e estranei. Saggio sulla società multi-etnica*, Rizzoli, Milano, 2000.

<sup>13</sup> Cfr. E. CAVASINO, *Ridisegnare il confine fra 'Noi' e 'Loro': interrogativi sulla revoca della cittadinanza*, in *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, 1, 2019, pp. 8-10.

<sup>14</sup> Cfr. C. VARGAS, *Sofferenza sociale e marginalità*, in *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*, cit., pp. 41-81.

<sup>15</sup> Parere del Comitato Nazionale per la bioetica «Su problemi bioetici in una società multi-etnica», 16 gennaio 1998, in <http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/problemi-bioetici-in-una-societa-multi-etnica/> (visitato il 3 giugno 2019).

<sup>16</sup> «Per esempio» – si legge nel citato parere Parere del Consiglio Nazionale di Bioetica (CNB) – «si tratta di determinare se gli immigrati abbiano diritto alle cure e all'assistenza sanitaria pubblica (in che misura e a che titolo), se debbano essere sottoposti a screening diagnostici o trattamenti sanitari obbligatori e quali debbano essere i principi e i valori che guidano l'attività degli operatori sanitari nei confronti di individui che hanno radici culturali eterogenee. In questa prospet-

interculturale. La verità è che nel corso degli anni, lo attesta inequivocabilmente “l’Alto Commissario per i diritti umani dell’ONU”, sia la capacità degli individui di far valere i loro diritti, sia la capacità degli Stati di ottemperare agli obblighi in materia di tutela dei diritti umani è diminuita, riflettendosi anche in ambito sanitario, così che la marginalità di ampie fasce di immigrati si è tradotta nel tempo in un più debole accesso al diritto alla salute, complice, la minore presenza di reti relazionali o di capitale sociale, nonché il limitato accesso all’informazione e agli spazi di partecipazione.

Ad aggravare il quadro, la ricorrente marginalità sociale ed economica sperimentata da un elevato numero d’immigrati. Tutto ciò ha finito con l’incidere negativamente sulla percezione di sé limitando la capacità d’interazione con gli spazi istituzionali sanitari, generando, così, veri e propri sensi di angoscia e d’impotenza nel paziente<sup>17</sup>.

La struttura sanitaria in molti casi si è così trasformata in spazio ostile di fronte al quale l’immigrato si sente impotente e in condizioni d’inferiorità. Infatti, mentre nel paese di origine possedeva gli strumenti culturali per valutare e gestire tali *stress* ottenendo l’accesso al servizio, in terra di diaspora tutto ciò viene meno, o quanto meno si attenua, e la coscienza di essere “l’altro”, la consapevolezza di essere fonte di disagio per la maggioranza e costo economico per il sistema rende più difficoltosa la richiesta di accesso ai diritti, a tutto svantaggio del livello personale di salute<sup>18</sup>, in quanto lo straniero è spesso percepito all’interno del sistema sanitario come l’invasore, il portatore di malattie, il potenziale terrorista, insomma come qualcuno che mette a rischio l’identità e i valori autoctoni, ma è «soprattutto [il] concorrente indesiderato e illegittimo, che sottrae risorse preziose agli italiani in un momento di crisi economica»<sup>19</sup>.

---

tiva non si può non far ricorso ad alcuni principi generali sulla cui validità occorre un consenso vincolante».

<sup>17</sup> Cfr. A. MARCHESE, *Medicina di frontiera nel Mediterraneo multi-etnico, tra pluralismo etico, culturale e normativo*, in *Rivista telematica* ([www.statoechiese.it](http://www.statoechiese.it)), 27, 2017, p. 6.

<sup>18</sup> C. VARGAS, *Sofferenza sociale e marginalità*, in *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*, cit., p. 45.

<sup>19</sup> *Ibidem*.

### 3. Terzo punto. *Il diritto alla salute come res mixta.*

Il disagio sociale e l'emarginazione sono universali e socialmente trasversali: feriscono chiunque, a prescindere dalla provenienza, tuttavia mordono di più là dove entra in gioco la diversità etnica, culturale o religiosa<sup>20</sup>. Lì spesso gli stessi argomenti a favore della dignità umana si fanno spuntati, trasformando la sfida della mobilità umana in minaccia, e le potenzialità di cambiamento sociale in paure<sup>21</sup>.

Il disagio di chi in terra d'immigrazione esige cure, concorre, nell'alveo di una sempre più impellente e diffusa domanda di riconoscimento e tutela della dignità umana, a definire nuovi confini del concetto stesso di *res mixta*, più estesi e politicamente pregnanti della ripetuta formula dell'assistenza spirituale in strutture di cura. Infatti, se da una parte il diritto alla salute sfida la comunità politica e le istituzioni statuali a ricercare nuove forme di convivenza e politiche d'integrazione attraverso la ridefinizione di più adeguate modalità di accoglienza nelle strutture sanitarie, dall'altra, sollecita le comunità religiose e i loro apparati istituzionali, a farsi veri e propri «ospedali da campo»<sup>22</sup>, così si è espresso nel 2019 Papa Francesco durante la lunga intervista al direttore di *Civiltà Cattolica*; a farsi comunità «in uscita»<sup>23</sup>, pronte ad accogliere e incontrare le diversità, qualunque esse siano, pronte a chiedere a

---

<sup>20</sup> Cfr. S. ATTOLINO, *La laicità della cura (a margine della sentenza del Consiglio di Stato n. 4460 del 2014 sulle direttive anticipate di trattamento)*, in *Rivista telematica (www.statoeuropea.it)*, 21, 2015, p. 10.

<sup>21</sup> Si legga S. RODOTÀ, *Ordine pubblico o buon costume?*, in *Giur. merito*, 1970, p. 106, ed ancora G. CAVAGGION, *Diritto alla libertà religiosa, pubblica sicurezza e "valori occidentali". Le implicazioni della sentenza della Cassazione nel "caso Kirpan" per il modello di integrazione italiano*, in *Federalismi.it Rivista di diritto pubblico italiano, comparato europeo*, 14 giugno 2017, pp. 1-24.

<sup>22</sup> Espressione utilizzata da Papa Francesco durante la lunga intervista fatta dal direttore di «Civiltà Cattolica» padre Antonio Spadaro a Bergoglio tra il 19 e 29 agosto del 2019, in <https://www.lastampa.it/vatican-insider/it/2013/09/22/news/intervista-al-papa-la-chiesa-un-ospedale-da-campo-1.35981669> (visitato il 25 gennaio 2020).

<sup>23</sup> Par. 24. «La Chiesa "in uscita" è la comunità di discepoli missionari che prendono l'iniziativa, che si coinvolgono, che accompagnano, che fruttificano e festeggiano», in *Evangelii Gaudium di Padre Francesco ai presbiteri e ai diaconi e ai fedeli laici sull'annuncio del Vangelo nel mondo attuale*, in [http://www.vatican.va/content/francesco/it/apost\\_exhortations/documents/papa-francesco\\_esortazione-ap\\_20131124\\_evangelii-gaudium.html](http://www.vatican.va/content/francesco/it/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20131124_evangelii-gaudium.html) (visitato il 10 gennaio 2020).



tutti i consociati, credenti e non, di adottare, si legge nel “*Manifesto per l’Accoglienza*”<sup>24</sup> del 13 agosto 2018 della FCEI, «un linguaggio rispettoso della dignità dei migranti [...]»<sup>25</sup>, una linea pastorale sanitaria, così si esprime «La pastorale della salute nella chiesa italiana» della Consulta nazionale della CEI per la pastorale della sanità, in grado di recare «la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti se ne prendono cura [...] ai malati, ma anche ai sani, ispirando una cultura più sensibile alla sofferenza, all’emarginazione e ai valori della vita e della salute»<sup>26</sup>.

Se la religione, come scriveva Capitini<sup>27</sup> nel 1955 in «*Religione aperta*»<sup>28</sup>, è «farsi vicino infinitamente ai drammi delle persone», è «darsi dal di dentro e perciò libero incremento e pura offerta», allora essa non potrà tacere sulla condizione umana di chi emigra, sul suo stato di “salute” nell’accezione ampia e complessa qui assunta. Come si legge nel Messaggio di Papa Francesco per la giornata mondiale del migrante e del rifugiato del 2014, la Chiesa deve assumersi il dovere di aiutare a vedere «nel migrante e nel rifugiato non solo un problema da affrontare, ma un fratello e una sorella da accogliere, rispettare e amare, un’occasione che la Provvidenza [...] offre per contribuire alla costruzione di una società più giusta, una democrazia più compiuta, un Paese più solidale [...]»<sup>29</sup>. E questo vale con ancora più forza là dove alla condizione di migrante si somma la durezza della malattia e il difficile esercizio del diritto di salute. Qui la tradizione del pensiero religioso fa sua la dimensione del dolore, del disagio sociale e culturale, non per giovare o per vantarsene, ma per superarlo comprendendone il senso e il valore, perché le persone sono più del dolore e sono, per dirla alla Capitini, più del malato, verso il quale la vita religiosa/

---

<sup>24</sup> «Manifesto per l’accoglienza», approvato l’8 agosto 2018 dal Consiglio della Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia (FCEI) in <https://www.fcei.it/2018/08/13/manifesto-per-laccoglienza/> (visitato il 3 marzo 2019).

<sup>25</sup> *Ibidem*.

<sup>26</sup> *La Pastorale della Salute nella Chiesa italiana. Linee di pastorale sanitaria. Consulta Nazionale C.E.I. per la pastorale della sanità*, Roma, 30 marzo 1989, p. 5.

<sup>27</sup> Si legga M. CATARCI, *Il pensiero disarmato. La pedagogia della nonviolenza di Aldo Capitini*, Armando, Roma, 2013.

<sup>28</sup> A. CAPITINI, *Religione aperta*, (Prefazione di) G. FOFI, *Introduzione* di M. MARTINI, Laterza, Bari-Roma, 2011, p. XVII.

<sup>29</sup> Santa Sede, *Messaggio del Santo Padre Francesco per la giornata mondiale del migrante e del rifugiato*, 2014. *Migranti e rifugiati: verso un mondo migliore*, in <http://c.vatican.va> (visitato il 20 gennaio 2019).

spirituale «educa ad avvicinarsi [...] con un'intima serenità (con amichevole premura e gentilezza)»<sup>30</sup> in modo che tutto ciò «a poco a poco si comuni(chi) al sofferente»<sup>31</sup>, andando oltre le semplici regole deontologiche o di galateo.

#### 4. Quarto punto. Tra il dire e il fare c'è sempre di mezzo il mare.

È evidente come tutto ciò si scontra con una difficoltà di fondo, quella del passaggio, per dirla alla Weber, dal piano del *potere carismatico*<sup>32</sup> a quello del potere *legale*. La simpatia, il rispetto, per quanto possibile, dell'identità culturale degli interlocutori; la cultura dell'accoglienza capace di apprezzare i valori, così recita, ad esempio, l'Istruzione «*Erga migrantes caritas Christi*»<sup>33</sup> del Pontificio Consiglio della Pastorale per i Migranti e gli itineranti, autenticamente umani degli altri, al di sopra e al di là di tutte le difficoltà che comporta la convivenza con chi è diverso da noi, sono obiettivi di non facile realizzazione.

Il fenomeno migratorio, mette sotto *stress* il sistema sanitario evidenziandone ancor di più i limiti, pur confermandone gli innegabili pregi. Si tratta infatti di un sistema che si muove e funziona spesso con passo claudicante, a volte in affanno, debole su alcuni punti nodali del sistema, anche se spesso ricco di buone pratiche dal sincero spirito solidaristico. Basti pensare all'esperienza, nel 2011, dei Centri di Servizio per il Volontariato del Lazio<sup>34</sup> o all'Al-

---

<sup>30</sup> *Ibidem*, p. 88.

<sup>31</sup> *Ibidem*, p. 89.

<sup>32</sup> M. WEBER, *Dominio*, in *Economia e società*, vol. I. Testo critico della MAX WEBER-GESAMTAUSGABE (a cura) di E. HANKE in collaborazione con T. KROLL, trad. it. a cura di M. Palma, Donzelli, Roma, 2018, p. 612.

<sup>33</sup> Istruzione *Erga migrantes caritas Christi* (*La carità di Cristo verso i migranti*), in [http://www.vatican.va/roman\\_curia/pontifical\\_councils/migrants/documents/rc\\_pc\\_migrants\\_doc\\_20040514\\_erga-migrantes-caritas-christi\\_it.html](http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/migrants/documents/rc_pc_migrants_doc_20040514_erga-migrantes-caritas-christi_it.html) (visitato il 24 gennaio 2019). Un documento che intende aggiornare, si legge nella Istruzione «la pastorale migratoria – tenendo conto appunto dei nuovi flussi migratori e delle loro caratteristiche – passati ormai trentacinque anni dalla pubblicazione del *Motu proprio* di Papa Paolo VI *Pastoralis migratorum cura* e dalla relativa Istruzione della Sacra Congregazione per i Vescovi *De pastoralis migratorum cura* (“*Nemo est*”)».

<sup>34</sup> Cfr. AA.VV., *Salute: religioni e culture in corsia sono importanti*, in <http://www.retisolidali.it/salute-religioni-e-culture-in-corsia-sono-importanti/>, 23 ottobre 2015 (visitato il 21 gennaio 2019).

bo di assistenti ed interlocutori religiosi accreditati presso le ASL romane per attività di consulenza e di mediazione relative a problematiche legate alle differenze culturali e religiose all'interno del sistema sanitario. Tutte esperienze finalizzate a rendere più efficace e umanizzante l'accoglienza nelle strutture sanitarie a persone che appartengono a culture e religioni diverse da quella cattolica, e a fornire le competenze relazionali per rendere più efficace una comunicazione in ambito multiculturale e aiutare a comprendere il significato della salute, della sofferenza e della morte nelle diverse religioni, favorendo la conoscenza dei simboli religiosi, delle abitudini e degli aspetti etici, per imparare ad ascoltare ed a accogliere l'altro in maniera più empatica.

Ciò che al contrario sembra funzionare meno, rendendo spesso evanescenti e inconsistenti le petizioni di principio poste a fondamento dei processi d'integrazione e inclusione sono, innanzitutto, i cortocircuiti comunicativi tra apparato sanitario e pazienti culturalmente, religiosamente o etnicamente diversi. È senza dubbio in tale contesto che si inserisce innanzitutto il problema della debolezza giuridica della figura del mediatore culturale, per il quale manca un percorso di formazione omogeneo e un albo professionale, o registro unificato, che impedisce un riconoscimento formale di tale professione mantenendo tale attività nella categoria delle buone pratiche, ma non delle "buone professioni". Ma va registrato, altresì, un diffuso deficit formativo rispetto alle sfide della *super-diversità*<sup>35</sup>, tanto del personale sanitario, quanto del personale tecnico-amministrativo (PTA) all'interno del comparto sanitario. Un gap di preparazione che rende il contatto sociale medico-paziente, ma ancor più quello tra personale amministrativo e malato/famigliari del malato, particolarmente irto di ostacoli finendo per alimentare e rafforzare, nel primo caso, il già vasto fenomeno di "medicina difensiva", e nel secondo il generale malcontento e la diffusa diffidenza, se non rancore, verso l'amministrazione sanitaria.

A complicare il quadro di per sé già problematico, intervengono, poi, le molteplici difficoltà e resistenze nel dare attuazione ad alcuni principi fondamentali nell'erogazione delle cure, come attesta il delicatissimo problema del consenso libero e informato in contesto di diaspora<sup>36</sup>. In questi casi, infatti, non si comprende fi-

---

<sup>35</sup> Cfr. M.C. GIORDA, *Religious Diversity in Italy and the Impact on Education: The History of a Failure*, in *New Diversities*, 17(1), 2015, pp. 77-93.

<sup>36</sup> Cfr. B. SERRA, *Sanità, religione, immigrazione. Appunti per una realizzazione*

no a che punto il paziente sia realmente informato e capisca cosa gli stia effettivamente succedendo<sup>37</sup>. Infine, ma non meno grave, il tendenziale restringimento delle fasce beneficiarie del diritto alla salute a causa di una più difficile modalità di accesso a tale diritto, come testimonia la paradossale situazione dei richiedenti asilo, in via formale titolari del diritto ad iscriversi al SSN, una volta ottenuto il permesso di soggiorno, di fatto privi della possibilità di realizzare ciò a causa del loro connaturale nomadismo e assenza di una stabile dimora, costringendoli, in tal modo, a fare ricorso alle sole forme di assistenza previste per gli irregolari.

Il diritto alla salute in contesto non più monoculturale ha dunque bisogno di figure professionali nuove, di formazione continua, di strutture adeguate, di un nuovo modo di pensare la sanità. V'è, in altri termini, un grande problema strutturale di "organizzazione complessiva". Senza quest'ultima e senza investimenti in capitale sociale, concetti come solidarietà, simpatia e accoglienza rimarranno espressioni vuote e niente più che vaghi propositi.

---

*equa e sostenibile del diritto alla salute*, in *Rivista telematica* ([www.statoechiese.it](http://www.statoechiese.it)), 31, 2016, 10 ottobre 2016, pp. 1-31.

<sup>37</sup> Cfr. F. SONA, *New Parenthood and childhood patterns. Principles and Praxes in Muslim Realities*, il Mulino, Bologna, 2019, p. 129 ss.