



Beatrice Serra

(associato di Diritto canonico ed ecclesiastico nell'Università degli Studi di Roma "la Sapienza", Facoltà di Giurisprudenza)

Sanità, religione, immigrazione.

Appunti per una realizzazione equa e sostenibile del diritto alla salute *

SOMMARIO. 1. Considerazioni introduttive- 2. Incidenza delle categorie religiose e culturali sulla *performance* dei servizi sanitari: a) barriere comunicative e inefficacia delle prestazioni erogate - 3. (*segue*): b) un possibile esito: l'incremento della "medicina difensiva" - 4. (*segue*): c) consenso informato, distanza culturale e responsabilità medica -5. (*segue*): d) diritto all'autodeterminazione terapeutica, cure non convenzionali e trattamenti sanitari culturalmente qualificati - 6. Per un'attuazione differenziata del diritto alla salute.

1 - Considerazioni introduttive

Se la storia dello Stato sociale contemporaneo è, soprattutto, storia della realizzazione dei diritti sociali, fra questi il diritto alla salute- quale presupposto per la reale fruizione degli altri diritti-, ha rilievo paradigmatico, al punto che la sua attuazione è considerata il fulcro del *welfare-state*¹.

*Il contributo, sottoposto a valutazione, è supportato dal progetto di ricerca - finanziato dall'Università degli Studi di Roma "la Sapienza" -, "*Una riconsiderazione dei sistemi di Welfare in termini di spesa sociale netta: implicazioni economiche e riflessi giuridici per l'Italia nel contesto europeo*" al quale l'Autrice ha partecipato quale componente dell'unità di ricerca.

¹ Sul processo di formazione e sviluppo del modello di Stato sociale si veda, analiticamente, **G.A. RITTER**, *Storia dello Stato sociale*, traduzione italiana, 3^a ed., Laterza, Bari, 2011.

Sul significato dell'espressione "diritti sociali" e sull'affermazione di tali diritti quale elemento costitutivo del passaggio dallo Stato liberale allo Stato sociale cfr. **A. BALDASSARRE**, *Diritti sociali*, in *Enciclopedia giuridica Treccani*, Istituto della Enciclopedia italiana, Roma, 1989, vol. XI, pp. 1-34; **M. LUCIANI**, *Sui diritti sociali*, in *Studi in onore di Manlio Mazzotti di Celso*, a cura di A. Pace, Cedam, Padova, 1995, vol. II, pp. 97-134; **C. MAZZIOTTI**, *Diritti sociali*, in *Enciclopedia del diritto*, Giuffrè, Milano, vol. XII, 1964, pp. 802-807.

Per una visione di insieme, storica e giuridica, che evidenzia il particolare rilievo, fra i compiti dello Stato sociale, della attuazione del diritto alla salute **F. RIMOLI**, *Stato sociale (dir. Cost.)*, in *Enciclopedia giuridica Treccani*, Istituto della Enciclopedia italiana, Roma,



Con specifico riferimento alla realtà italiana, l'indispensabilità dell'intervento statale in ambito sanitario e le modalità di tale intervento-consistenti in un sistema ispirato al principio dell'universalità delle prestazioni, finanziato con fiscalità generale², trovano fondamento e indirizzo nella peculiare natura del diritto alla salute.

Sancito dall'art. 32 Cost., tale diritto è qualificato dalla Corte costituzionale come patrimonio innato della persona, oggetto di un pubblico servizio che è adempimento di un dovere di solidarietà, umana e sociale, cui corrisponde una pretesa, fondamentale e inviolabile, destinata a piena ed esaustiva tutela³.

Il carattere della fundamentalità, pertanto, è proprio dei due principali profili nei quali si articola il diritto alla salute: il diritto a ricevere trattamenti sanitari *appropriati* alla tutela dell'integrità psico-fisica della persona (cfr. art. 32, primo comma, Cost.)- e, dunque, all'ottenimento del bene salute quale stato di *completo benessere* fisico, mentale e sociale⁴ -, e il

Aggiornamento 2004, pp. 1-16.

² Sulle caratteristiche del Sistema sanitario nazionale italiano così come costituito dalla legge n. 833 del 1978 cfr. *Il Servizio Sanitario Nazionale*, a cura di F. A. Roversi Monaco, Giuffrè, Milano, 1979. Per l'evoluzione di tale Sistema, determinata dalle nuove esigenze poste dall'attuazione del diritto alla salute e dalla conseguente riorganizzazione del servizio sanitario nazionale si veda **C. BOTTARI**, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, 2^a ed., Giappichelli, Torino, 2011.

³ Questi caratteri del diritto alla salute sono stati costantemente sottolineati dalla Corte costituzionale. A titolo indicativo, fra le diverse pronunce sul diritto alla salute quale fondamentale diritto della persona si veda Corte cost., 18 febbraio 1975, n. 27; Corte cost., 12 luglio 1979, n. 88; Corte cost., 12 ottobre 1988, n. 992; Corte cost., 11 luglio 1991, n. 356; Corte cost., 16 aprile 2012, n. 107 (in www.cortecostituzionale.it).

Sul diritto alla salute quale oggetto di un pubblico servizio cui l'infermo ha pieno e incondizionato diritto cfr. invece *ex multis* Corte cost., 24 maggio 1977, n. 103; Corte cost. 25 ottobre 1982, n. 175 (in www.cortecostituzionale.it).

Per la tutela piena del diritto alla salute, che si dispiega anche nei rapporti fra privati, cfr. fra le diverse pronunce Corte cost., 10 dicembre 1987, n. 559; Corte cost., 30 giugno 1986, n. 184; Corte cost., 14 giugno 1990, n. 307; Corte cost., 23 aprile 1991, n. 202; Corte cost., 23 aprile 1993, n. 184 (in www.cortecostituzionale.it).

⁴ La definizione della salute come stato di completo benessere fisico e psichico, e non, semplicemente, come assenza di malattia o infermità, è contenuta nel preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Significativamente, il riferimento a questo concetto di salute, che coinvolge l'interiorità della persona e la percezione che questa ha di sé in relazione alle proprie convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche, si rinviene nell'*iter* argomentativo seguito dalla Corte di Cassazione nella definizione del caso Englaro: Cass. civ., sez. I, 16 ottobre 2007, n. 21748 (in www.giurcost.org/casi-scelti/linksCassazione). Su questa pronuncia, che ha acuito il dibattito sul rapporto fra diritto all'autodeterminazione terapeutica e fine vita, si vedano i contributi contenuti nell'opera collettanea *Thanatos e Nomos. Questioni bioetiche e giuridiche di fine vita*, a cura di P. Falzea,



diritto all'autodeterminazione terapeutica (cfr. art. 32, secondo comma, Cost.), quale diritto a scegliere se, come e quando curarsi sulla base della propria percezione di benessere psico-fisico⁵.

Pur tuttavia, il diritto alla salute è, anche, un diritto finanziariamente condizionato, la cui attuazione va bilanciata con la stringente necessità di contenere la spesa pubblica e utilizzare efficacemente le risorse disponibili⁶.

Le negative congiunture economiche degli ultimi decenni, il processo d'integrazione e unione europea, la costituzionalizzazione del vincolo tendenziale al pareggio di bilancio hanno posto a tema la sostenibilità finanziaria del diritto alla salute in tutti i suoi aspetti, e la necessità di una revisione degli strumenti allocativi e distributivi delle risorse e del modello di *welfare* sanitario⁷.

Jovene, Napoli, 2009. Tra i numerosi contributi sul tema cfr., altresì, *Bioetica e confessioni religiose*. Atti del Convegno tenuto presso la Facoltà di Giurisprudenza di Trento, 12 maggio 2006, a cura di E. Camassa, C. Casonato, Università degli Studi di Trento, Trento, 2008; *Il diritto alla fine della vita. Principi, decisioni e casi*, a cura di A. D'Aloia, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 2012.

⁵ Su questi due profili del diritto alla salute ex art. 32 Cost. si veda tra le opere a carattere monografico: **D. MORANA**, *La salute nella Costituzione Italiana. Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002. Per una visione di sintesi: **M. LUCIANI**, *Diritto alla salute (dir. Cost.)*, in *Enciclopedia giuridica Treccani*, Istituto della Enciclopedia italiana, Roma, 1989, vol. XI, pp. 1-14; **A. SIMONCINI, E. LONGO**, *Sub art. 32*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di R. Bifulco, A. Celotto, M. Olivetti, Utet, Torino, 2006, vol. I, pp. 655-674; **C. TRIPODINA**, *Sub art. 32*, in *Commentario breve alla Costituzione*, a cura di S. Bartole, R. Bin, 2^a ed., Cedam, Padova, 2008, pp. 321-332; **V. ZAGREBELSKY**, *Un'introduzione al diritto fondamentale alla salute*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, a cura di C. Bottari, L.S. Rossi, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013, pp. 11-14.

⁶ Per il riconoscimento di quest'esigenza di bilanciamento a opera della Corte costituzionale si veda *ex plurimis* Corte cost., 7 luglio 1998, n. 267; Corte cost., 20 maggio 1998, n. 185; Corte cost., 13 novembre 2000, n. 509; Corte cost., 15 giugno 2016, n. 203 (in www.cortecostituzionale.it). In tali pronunce la Corte include i limiti oggettivi che il legislatore incontra, in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, tra gli elementi di cui lo stesso legislatore deve tener conto nel bilanciare il diritto alla salute con altri interessi costituzionalmente protetti.

⁷ Sul punto e con specifico riferimento alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali: **R. BALDUZZI**, *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, a cura di F. Roversi Monaco, C. Bottari, Maggioli, Rimini, 2012, pp. 79-95; **R. NANIA**, *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, in *L'erogazione delle prestazioni sanitarie tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, a cura di M. Sesta, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014, pp. 29-43.

Specificatamente sull'incidenza dell'ordinamento europeo sulla realizzazione dei servizi sociali cfr. **F.A. CANCELLA**, *Servizi del welfare e diritti sociali nella prospettiva dell'integrazione europea*, Giuffrè, Milano, 2012; **L. DIMASI**, *Il welfare sanitario in Italia e in*



Ebbene, è proprio nella prospettiva di una realizzazione sostenibile del diritto alla salute che viene in rilievo, sotto diversi profili, l'identità religiosa e culturale dei titolari di tale diritto⁸.

Il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie, infatti, è posto in crisi non solo dalla limitatezza delle risorse ma, anche, dalle nuove e peculiari domande di salute che emergono da una società caratterizzata, in ragione dei fenomeni migratori, da una pluralità di culture, tradizioni e religioni.

L'utenza multiculturale e plurireligiosa, invero, se mal gestita o non compresa, accresce il divario fra le richieste di salute e di cura e una offerta sanitaria già fortemente limitata dai vincoli di spesa.

Tale divario, tuttavia, va evitato o colmato. E ciò per almeno tre, differenti, ragioni.

Come inequivocabilmente chiarito dalla Corte costituzionale⁹, nel suo nucleo irriducibile il diritto alla salute è proprio anche degli stranieri,

Europa: quali prospettive? in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, cit., pp. 31-42; **D. NATALI**, *Le fondamenta normative del welfare state: lo stato dell'arte e nuove prospettive di ricerca. Un commento*, in *Stato e Mercato*, 97, 2013, pp. 81-93.

Per una recentissima analisi dell'unilateralismo di natura economica che, da alcuni anni, rappresenta la costante dei provvedimenti normativi in materia sanitaria si veda altresì **L. FORNI**, *La sfida della giustizia in sanità. Salute, equità, risorse*, Giappichelli, Torino, 2016.

⁸ In questa sede la cultura e la religione sono considerati fra i principali fattori in relazione ai quali si costruiscono le identità individuali e collettive e, dunque, fra i principali fattori costitutivi della alterità o specificità dei singoli e dei gruppi che modificano le interpretazioni dei beni giuridici fondamentali, compreso il diritto alla salute. Resta, tuttavia, che, mentre la religione è una delle matrici della cultura (si veda al riguardo e per un'analisi del rapporto fra cultura e religione **G. ANELLO**, *Tradizioni di giustizia e Stato di diritto, I, Religioni, giurisdizione e pluralismo*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2011, pp. 61-139), sotto il profilo del riconoscimento giuridico la differenza religiosa tende a prevalere su quella culturale. Mentre, infatti, l'indeterminatezza semantica del concetto di cultura rende complessa la sua definizione e tutela giuridica, il riconoscimento della religione come fonte di diritti è, usualmente, più radicato, intuitivo e circoscritto. Su questo aspetto si veda **P. CONSORTI**, *Conflitti, mediazione e diritto interculturale*, Pisa University Press, Pisa, 2013, pp. 207-2015; **C. PICIOCCHI**, *La libertà terapeutica come diritto culturale. Uno studio sul pluralismo nel diritto costituzionale comparato*, Cedam, Padova, 2006, pp. 231-233; **M. D'ARIENZO**, *Le sfide della multiculturalità e la dimensione religiosa*, in *Diritto e pluralismo culturale. I mille volti della convivenza*, a cura di F. Abbondante, S. Prisco, Editoriale scientifica Napoli, 2015, pp. 45- 67.

⁹ Cfr. Corte cost. 5 luglio 2001, n. 252 (in www.cortecostituzionale.it). Su questa pronuncia, che riafferma, in relazione a un profilo specifico, la natura del diritto alla salute quale diritto della persona non limitabile, pertanto, sulla base della cittadinanza, si veda **A. ALGOSTINO**, *Espulsione dello straniero e tutela del diritto alla salute: spetta al giudice decidere caso per caso*, in *Giurisprudenza italiana*, 5, 2002, pp. 908-910.



regolari e irregolari, ai quali vanno assicurati gli interventi necessari alla attuazione di tale diritto, ammettendosi, come previsto dalla normativa nazionale, differenze solo nei modi di esercizio, in ragione della posizione del soggetto rispetto agli obblighi relativi all'ingresso e al soggiorno nel territorio italiano¹⁰.

Il *welfare* sanitario, quindi, pur se tradizionalmente identificato con i confini nazionali e concepito, pertanto, come servizio ai cittadini, non può non farsi carico delle nuove istanze di salute

Per una visione d'insieme della giurisprudenza sul tema cfr. **E. GROSSO**, *Stranieri irregolari e diritto alla salute: l'esperienza giurisprudenziale*, in *Cittadinanza, corti e salute*, Cedam, Padova, 2007, pp. 157-170.

Tra le pronunce più recenti: Corte cost., 18 ottobre 2010, n. 299; Corte cost., 11 marzo 2013, n. 40 (in www.cortecostituzionale.it).

Significativamente, l'interpretazione della Corte costituzionale è speculare a quella giurisprudenza per la quale nel caso di lesione del diritto alla salute dello straniero questi ha titolo al risarcimento dei danni subiti *al pari* del cittadino italiano. In questo senso si veda per tutti Cass. civ., sez. III, 7 maggio 2009, n. 10504, in *Danno e Responsabilità*, 8-9, 2009, p. 891. Resta peraltro che, oltre l'interpretazione del dato costituzionale, la dimensione globale del diritto alla salute trova fondamento e tutela a livello europeo e internazionale. Per un primo orientamento su questo specifico aspetto **C. BOTTARI**, *La tutela della salute tra solidarietà e sussidiarietà*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, cit., pp. 21-29; **B. CATALLO**, *Il diritto alla salute nel contesto delle migrazioni e la protezione sussidiaria: l'orientamento della Corte di Giustizia dell'Unione europea nella sentenza C-542/13 del 18 dicembre 2014*, in *DPCE online*, 2015, 1-24; **L.S. ROSSI**, *Unione europea e sanità*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, cit., pp. 15-17.

¹⁰ Segnatamente il diritto alla salute di tutti gli stranieri è sancito e regolamentato negli artt. 2, 34-36 del d.lgs. n. 286 del 1998 (*Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*) e nel D.P.R. n. 394 del 1999 di attuazione. Tali disposizioni, nel riconoscere agli stranieri il diritto alle cure essenziali e ai programmi di medicina preventiva a tutela della salute individuale e collettiva, operano una distinzione tra lo straniero regolarmente soggiornante nel territorio dello Stato e obbligatoriamente iscritto al SSN, e gli stranieri presenti nel territorio nazionale ma non in regola con le norme sull'ingresso e il soggiorno. Per un'analisi dettagliata di tale normativa si veda **F. BIONDI DAL MONTE**, *Immigrazione e welfare: condizioni di accesso e principio di non discriminazione*, in *Le Regioni*, 6, 2008, pp. 1099-1123; **A. CIERVO**, *I diritti sociali degli stranieri: un difficile equilibrio tra principio di non discriminazione e pari dignità sociale*, in *Le nuove frontiere del diritto all'immigrazione. Integrazione, Diritti, Sicurezza*. Atti del Convegno di Roma, 2-3 febbraio 2011, a cura di F. Angelini, M. Benvenuti, A. Schillaci, Jovene, Napoli, 2011, pp. 370-375; **G. BASCHERINI**, *Immigrazione e diritti fondamentali. L'esperienza italiana tra storia costituzionale e prospettive europee*, Jovene, Napoli, 2007, specialmente pp. 302-305; **L. PIERI, F. SANTOMAURO**, *Il quadro normativo di riferimento per l'assistenza sanitaria agli immigrati*, in *Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione*, a cura di S. Nuti, G. Maciocco, S. Barsanti, il Mulino, Bologna, 2012, pp. 35-46; **F. SCUTO**, *Il diritto alla salute, all'istruzione e all'abitazione degli stranieri «irregolari»: livelli di tutela*, in *Rassegna Parlamentare*, 2, 2008, pp. 381-423.



Ancora: mentre studi specifici rilevano e quantificano le crescenti disuguaglianze di salute e le difficoltà di accesso ai servizi sanitari sperimentate dagli stranieri in Italia¹¹, scelte volte a superare tali disuguaglianze - aggravate dalla differenziazione conseguente al ruolo assunto dalle Regioni nella programmazione sanitaria¹² -, appaiono ineludibili per evitare tensioni che ledono la pace e la coesione sociale¹³.

Infine: disinteressarsi della diversità dei bisogni sanitari legati all'appartenenza religiosa e culturale significa non solo negare il diritto alla salute dei portatori di tali bisogni ma, anche, dell'intera collettività, giacché malati non assistiti o mal assistiti determinano un sovraffollamento delle strutture di cura e aumentano il rischio della reviviscenza di patologie ritenute scomparse¹⁴.

¹¹ Per questo dato si veda: *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie*, a cura di A. Morrone, M. Mazzali, Franco Angeli, Milano, 2000, specialmente pp. 9-72; **S. BARSANTI**, *L'utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata: dati a confronto*, in *Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione*, cit., pp. 85-155; **M. GIANNONI, P. CASUCCI, Z. ISMAIL**, *Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane*, Franco Angeli, Milano, 2012; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), *Pari opportunità e diritto alla tutela sanitaria degli immigrati*, in *Dossier Statistico Immigrazione 2015*, a cura di IDOS, Roma, 2015, pp. 236-237.

¹² Sui riflessi in materia d'immigrazione e di diritto alla salute del riparto di competenze fra Stato e Regioni si veda **G. BASCHERINI, A. CIERVO**, *L'integrazione difficile: il diritto alla salute e all'istruzione degli stranieri nella crisi del welfare state*, in *L'evoluzione costituzionale delle libertà e dei diritti fondamentali*, a cura di R. Nania, Giappichelli, Torino, 2012, pp. 343-383; **A. RUGGERI, C. SALAZAR**, "Ombre e nebbia" nel riparto di competenze tra Stato e Regioni in materia di emigrazione/immigrazione dopo la riforma del Titolo V, in *Quaderni regionali*, 1, 2004, pp. 27-54.

¹³ Sulla piena realizzazione dei diritti sociali come unico strumento per garantire integrazione e coesione a fronte della crescente sfida posta dalle migrazioni di massa si veda **F. POLITI**, *Dignità dell'uomo, diritti sociali e tutela dell'immigrato*, in *Paura dell'altro. Identità occidentale e cittadinanza*, a cura di F. Bilancia, F. M. Di Scullo, F. Rimoli, Carocci, Roma, 2008, pp. 319-330; **F. RIMOLI**, *Stato sociale (dir. Cost)*, cit., p. 14.

¹⁴ Sul legame fra la massiccia presenza di stranieri e l'aumento del tasso di malattie contagiose e sulla discutibile reazione di alcuni governi europei, che hanno pensato a un certificato di salute per consentire ai migranti di permanere nel Paese di approdo, si veda in particolare **A. CIERVO**, *Una frattura insanabile. Il diritto alla salute dei lavoratori stranieri al tempo della crisi del welfare state*, in *Migrazioni, Salute e Crisi*, cit., pp. 79-84; **R. MARCHESINI**, *Mosaicismo culturale: il valore della scelta*, in *Medicina e Multiculturalismo. Dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie*, Apèiron, Bologna, 2000, pp. 185-186.

Con specifico riferimento alla realtà italiana, l'enfatizzazione del nesso fra malattie infettive, origine etnica e provenienza geografica ha determinato il moltiplicarsi di ordinanze comunali che sanciscono il divieto di dimora per migranti e rifugiati privi di regolare certificato sanitario attestante le condizioni di salute e l'idoneità a soggiornare (sul punto si vedano i materiali reperibili nei siti: www.unar.it; www.asgi.it). Tali ordinanze, cioè,



Non a caso recentissimi dati statistici mostrano che i migranti accedono ai servizi sanitari nella fase acuta della malattia, a conferma del fatto che l'assistenza effettuata nei loro confronti è, prevalentemente, emergenziale e, dunque, complessivamente più costosa¹⁵.

non guardano al diritto alla salute in prospettiva globale e solidaristica, ma solo in termini di sicurezza per gli autoctoni. Si tratta, pertanto, di opzioni che perseguono, con specifico riferimento al tema della sanità, quella politica di assecondamento dei timori e umori della cittadinanza locale che, a fronte delle questioni poste dal fenomeno migratorio, caratterizza il governo di molte comunità locali. Per ulteriori esempi di tale politica e per una sua critica si veda **F. ABBONDANTE, S. PRISCO**, *La condizione giuridica degli immigrati e le politiche degli enti territoriali tra integrazione e rifiuto*, in *Stabilità dell'esecutivo e democrazia rappresentativa*, a cura di M. Scudiero, Jovene, Napoli, pp. 747-790.

Sull'approccio ai problemi posti dalla convivenza multiculturale in termini, esclusivamente, di garanzia della sicurezza sociale che caratterizza anche le scelte legislative cfr. altresì **P. CONSORTI**, *Conflitti, mediazione e diritto interculturale*, cit., pp. 42-62; **R. MAZZOLA**, *Laicità e spazi urbani. Il fenomeno religioso tra governo municipale e giustizia amministrativa*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, Rivista telematica (www.statoechiese.it), marzo 2010, specialmente pp. 10-18.

¹⁵ Cfr. **L. FACCHINELLI, N. LOSI**, *L'accesso dei migranti ai servizi psicologici*, in *Dossier Statistico Immigrazione 2015*, cit., pp. 238-239.

Va, peraltro, osservato che i migranti, mentre sono in buone condizioni di salute nel momento in cui intraprendono i cc.dd. "viaggi della speranza", al termine di questi viaggi sono prostrati sia fisicamente, sia psicologicamente. Questo stato di prostrazione, unito alla difficoltà di doversi repentinamente adattare allo stile di vita occidentale, rende la salute dei migranti particolarmente vulnerabile. Una vulnerabilità di poi accresciuta dai lavori gravosi e debilitanti ai quali essi di solito possono accedere. Si consideri, altresì, che se è vero che l'utenza sanitaria straniera è potenzialmente costituita, soprattutto, da giovani di sesso maschile, è anche vero che con il tempo anche i servizi pediatrici e geriatrici sono toccati dal fenomeno. Sul punto e per un'analisi delle condizioni di salute della popolazione immigrata condotta su dati empirici si veda **B. CATALLO**, *Il diritto alla salute nel contesto delle migrazioni*, cit., p. 2; **F. DERIU**, *Sistema sanitario e bisogni dell'immigrazione*, in *La rivista delle scienze sociali*, 3, 2004, pp. 329-338.

Per ulteriori profili della interazione fra diritto alla salute, fenomeno migratorio e riorganizzazione dei servizi sanitari, che confermano la necessità o opportunità di farsi carico dei bisogni sanitari derivanti dalla specificità religiosa e culturale si veda altresì: *Migrazioni, Salute e Crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni*. Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (Atti del XII Congresso Nazionale, Viterbo 10-12 ottobre), a cura di S. Geraci, M.L. Russo, M. Affronti, Pendragon, Bologna, 2012; **A. MORRONE**, *Aspetti sanitari del fenomeno migratorio*, in *Immigrazione e salute*, a cura di G. Dalla Torre, Edizioni Studium, Roma, 1999, pp. 48-78; **A. ROMANO**, *Salute e immigrazione. Prospettive di osservazione della relazione tra l'accesso alle cure del non cittadino e l'organizzazione sanitaria*, in *L'erogazione delle prestazioni sanitarie*, cit., pp. 69-100, nonché oltre l'ambito nazionale *Achieving social cohesion in a multicultural Europe. Concepts, situation and developments*, Council of Europe Publishing, Belgium, 2006, specialmente pp. 101-149; **A. CONNOR, L. LAYNE, K. THOMISEE**, *Providing care for migrant farm worker families in their unique sociocultural context and environment*, in *Journal of Transcultural Nursing*, 21, 2010, 2,



Pertanto, mentre *prima facie* e in un'ottica di *spending review* la considerazione degli immaginari culturali e religiosi dei pazienti può apparire un lusso insostenibile, ignorare o non gestire tali immaginari comporta costi umani ed economici più gravi di quelli che si vogliono evitare.

Alla luce di queste considerazioni, ciò che ci si propone, allora, in questa sede è di evidenziare alcuni profili del rapporto fra servizi sanitari e specificità religiosa e culturale degli utenti di tali servizi.

L'intento è quello di delineare punti di osservazione e linee di ragionamento utili alla comprensione delle criticità di tale rapporto, quale presupposto per un loro superamento nella prospettiva di una realizzazione equa e sostenibile del diritto alla salute.

2 - Incidenza delle categorie religiose e culturali sulla *performance* dei servizi sanitari: a) barriere comunicative e inefficacia delle prestazioni erogate

L'appartenenza religiosa e culturale incide fortemente sul modo di concepire il corpo e la malattia, l'esperienza del dolore, i sistemi di cura, l'interpretazione della nascita e della morte¹⁶.

pp. 159-166; P. FERNANDEZ KELLY, A. PORTES, *Health care and immigration: understanding the connections*, Routledge, London-New York, 2014; I.C. GARCÉS, C. SCARINCI, L. HARRISON, *An examination of sociocultural factors associated with health and health care seeking among Latino immigrants*, in *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8, 2006, 4, pp. 377-385; L.A. LEBRUN, *Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among immigrants in Canada and the United States*, in *Social Science & Medicine*, 74, 2012, 7, pp. 1062-1072; A. PORTES, D. LIGHT, P. FERNANDEZ-KELLY, *The U.S. Health System and Immigration: an Institutional Interpretation*, in *Sociological Forum*, 24, 2009, 3, pp. 487-514.

¹⁶ Per questo dato, ampiamente sottolineato negli studi sul rapporto fra sanità e variabili culturali e religiose, si veda I. LÉVY, *La religion à l'hôpital*, Presses de la Renaissance, Paris, 2004, specialmente pp. 185-224; M. RICCA, *Pantheon. Agenda della laicità interculturale*, Torri del Vento, Palermo 2012, pp. 387-421; N.A. KIRKWOOD, *A Hospital Handbook on Multiculturalism and Religion*, Morehouse Publishing, Harrisburg, 1993, specialmente pp. 5-97; G. ANELLO, *Multiculturalità, "diritti" e differenziazioni giuridiche: il caso dei trattamenti sanitari*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., aprile 2013, pp. 1-15; J. LUJAN, H.B. CAMPBELL, *The Role of Religion on the Health Practices of Mexican Americans*, in *Journal of Religion and Health*, 45, 2006, 2, pp. 183-195; P.L. SCHILLER, J.S. LEVINEIS, *There a religious factor in health care utilization?: a review*, in *Social Science & Medicine*, 27, 1988, pp. 1369-1379.

Tra le opere collettive che evidenziano più profili dell'interazione fra salute e religione: *Diritto sanitario e fenomeno religioso. Materiali per attività seminariali*, a cura di G. Dammacco, Cacucci, Bari, 2005, specialmente pp. 71-103; *Diversity and Inclusion in Quality*



L'identità religiosa e culturale del paziente, pertanto, investe le diverse forme di realizzazione del diritto alla salute, soprattutto se inteso non solo come diritto all'integrità fisica ma, anche, come si è precisato, quale diritto alla condizione di benessere globale cui aspira la persona.

Se ciò è vero per tutti e in ogni relazione terapeutica, quando però chi si avvale dei servizi sanitari ha un'appartenenza culturale diversa dagli erogatori di questi servizi o, comunque, "altra" rispetto agli autoctoni, tale appartenenza si traduce, sovente, in una barriera comunicativa tra pazienti e operatori sanitari; una barriera che genera conflitti e fraintendimenti, vanificando l'efficacia dei percorsi di cura consueti.

Approcciandosi ai servizi sanitari del Paese di approdo con il proprio specifico sistema di valori e credenze il paziente straniero non si riconosce negli abiti culturali occidentali sottesi a tali servizi e alle modalità delle loro erogazione e, pertanto, non riesce a instaurare un rapporto di reale collaborazione con il personale sanitario¹⁷.

Patient Care, M.L. Martin, S.L. Heron, L. Moreno-Walton, A. Walker Jones (edited by), Springer, New York, 2016, specialmente pp. 31-55, 83-121, 179-203.

Specificatamente, sulla incidenza delle concezioni morali e religiose nella definizione giuridica delle questioni bioetiche: **F. FRENI**, *La laicità nel biodiritto. Le questioni bioetiche nel nuovo incedere interculturale della giuridicità*, Giuffrè, Milano, 2012; **M. VENTURA**, *Laicità e fattore religioso in bioetica*, in *Bioetica e Diritti dell'uomo*, a cura di L. Chieffi, Paravia Sciptorium, Torino, 2000, pp. 37-50; **D. ATIGHETCHI**, *Islam e bioetica*, Armando Editore, Roma, 2009, specialmente pp. 9-34.

Per le intersezioni fra concezioni religiose e politiche sanitarie: **C.E. COCHRAN**, *Religious Traditions and Health Care Policy: Potential for Democratic Discourse?*, in *Journal of Church and State*, 39, 1997, 1, pp. 15-35; **D.M. CRAIG**, *Health Care as a Social Good. Religious Values and American Democracy*, Georgetown University Press, Washington, 2014.

Sull'influsso esercitato dalle convinzioni religiose nella formazione dei parametri biomedici: **B. ZANOBIO**, *Scienze mediche, norme giuridiche e concezioni religiose: riflessioni di un medico*, in *Realtà e prospettive dell'obiezione di coscienza. I conflitti degli ordinamenti*, a cura di B. Perrone, Giuffrè, Milano, 1992, pp. 257-276; **F. IACOBELLIS**, *La bioetica islamica tra medioevo e modernità*, in *Comunità islamiche in Italia. Identità e forme giuridiche*, a cura di C. Cardia, G. Dalla Torre, Giappichelli, Torino, 2015, pp. 507-528.

¹⁷In particolare, sul disagio psicologico dei migranti rispetto al sistema di cura del Paese ospitante quale ostacolo alla fruibilità del diritto alla salute si veda **H.E. RANSFORD, F.R. CARRILLO, Y. RIVERA**, *Healthcare-seeking among Latino immigrants: blocked access, use of traditional medicine and the role of religion*, in *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21, 2010, pp. 862-878; **N. PASINI**, *Salute, diritti, territori: uno sguardo di insieme*, in *Confini irregolari. Cittadinanza sanitaria in prospettiva comparata e multilivello*, Franco Angeli, Milano, 2011, pp. 56-66. Sulla manifestazione di tale disagio e sulla radice culturale dello stesso con specifico riferimento al popolo Rom: **G. GIORGI**, *Il mediatore culturale*, in *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, Giappichelli, Torino, 2005, p. 155.



Le difficoltà non scaturiscono, semplicemente, dalla non conoscenza della lingua italiana, ma dal fatto che il paziente legge e vive la sua condizione di malattia secondo le proprie categorie culturali e religiose, che implicano, sovente, definiti modelli di cura¹⁸.

Essendo queste categorie e modelli diversi da quelli del personale medico o, comunque, diversi da quelli previsti dai protocolli sanitari, ne consegue un vuoto comunicativo che priva il medico d'informazioni indispensabili per capire il significato del disagio e le sue radici e, dunque, per elaborare una corretta diagnosi¹⁹.

Mentre, infatti, il paziente si ancora alle proprie tradizioni sanitarie, l'operatore sanitario, abituato a un approccio biomedico, non coglie elementi, messaggi e informazioni, espressi non solo a livello verbale, che invece emergerebbero spontaneamente nella relazione con malati isoculturali e isoterritoriali.

Oltre i dati statistici, la narrazione di un caso concreto, tratto dalla pubblicazione degli esiti di una ricerca condotta sul campo²⁰, può aiutare a comprendere questa realtà.

Un immigrato malese residente da tempo in Italia si sente stanco, nervoso e avverte un senso di oppressione all'addome. Ritiene che il suo *hati*, termine con il quale nella cultura malese si indica il cuore quale centro delle proprie emozioni, sia in sofferenza. Recatosi al pronto soccorso, però, esprime il suo malessere dicendo di sentire male al fegato, traducendo con questo vocabolo italiano - da lui evidentemente inteso come forza d'animo

¹⁸ Al riguardo è significativa l'esperienza di assistenza fornita dalla Croce Rossa dalla quale emerge che il credo religioso è uno degli elementi che più incidono sull'atteggiamento assunto dai rifugiati rispetto al sistema di cura del Paese di accoglienza e alla possibilità di accettazione di tale sistema. Sul punto si veda **F. CATAPANO, M. PETRAZZUOLO**, *Multiculturalismo in ambiente sanitario: esperienze e riflessioni di organizzazioni umanitarie. La Croce Rossa*, in *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, cit., pp. 175-185.

¹⁹ Utilizzando la distinzione, ormai consolidata nella antropologia medica, tra *disease* e *illness*, si può anche dire che la distanza culturale tra medico e paziente fa sì che l'interpretazione biomedica della malattia come patologia (*disease*) diverga dal significato attribuito dal paziente alla malattia (*illness*). Detto altrimenti, il medico cerca e vede il male oggettivo, il paziente, invece, sente e vive il suo dolore soggettivo.

²⁰ Ci si riferisce al volume di **I. QUARANTA, M. RICCA**, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2012, pp. 13-17.

Per un'ulteriore rassegna di casi clinici concreti riferiti dal personale medico si veda **F. CATAPANO, M. PETRAZZUOLO**, *Multiculturalismo in ambiente sanitario*, cit.; **A. FANTUZZI**, *Il rapporto medico-paziente immigrato. (In)comprensione e pratiche di mediazione linguistica e culturale*, in *Tendenze nuove*, 1, 2010, pp. 29-42, nonché i contributi raccolti in *Punto Omega. Dialoghi di bioetica e di Biodiritto*, 18, 2006.



o cuore -, il concetto malese *hati*. Il personale sanitario, intendendo per fegato la ghiandola che produce bile, procede a una ecografia addominale, diagnostica una plausibile sofferenza digestiva, prescrive la cura e dimette il paziente. Durante la notte, però, il paziente muore d'infarto, conseguenza di una sofferenza cardiaca non riconosciuta a causa dell'incomprensione, di matrice culturale, tra medico e malato. Un'incomprensione che ha determinato la perdita di una vita umana e la totale inefficacia di una prestazione sanitaria comunque erogata.

3 - (segue): b) un possibile esito: l'incremento della "medicina difensiva"

Se il *deficit* comunicativo medico-paziente si riflette, negativamente, sulla efficacia dei servizi sanitari, anche la consapevolezza di questo *deficit* da parte degli operatori sanitari può comportare, per sé, un ulteriore aggravio della spesa pubblica²¹.

A fronte delle difficoltà di comunicazione e diagnosi poste da pazienti di altra religione e cultura è plausibile, infatti, che il medico reagisca rifugiandosi in una esasperata visione oggettivistica del malato, ritenendo, cioè, di dover ovviare alle suddette difficoltà con un *surplus* di esami tecnico-diagnostici²².

Questa scelta però - mentre non è risolutiva quando emergono elementi che, comunque, non consentono un quadro diagnostico univoco - finisce per alimentare il già vasto fenomeno della c.d. "medicina difensiva", quale eccesso di farmaci, visite, esami di laboratorio e ricoveri che assorbe

²¹ Sulla diffusa consapevolezza negli operatori sanitari del malessere comunicativo e delle difficoltà poste dalle diversità di cui i migranti sono portatori cfr. a titolo esemplificativo **A. BAZZONI, A. TANESE**, *Laboratorio per l'accoglienza delle differenze e specificità culturali e religiose nella ASL Roma E*, in *Coscienza e Libertà*, 48, 2014, pp. 42-50; **G. CAPITANI**, *Il punto di vista degli operatori e le opinioni degli utenti immigrati*, in *Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione*, cit., pp. 155-220; **L. FACCHINELLI, N. LOSI**, *L'accesso dei migranti ai servizi psicologici*, cit., pp. 238-239; **E. ISEPPI, L. PRESSI**, *Competenze interculturali in ambito sanitario*, in *Competenze interculturali. Teoria e pratica nei settori scolastico-educativo, giuridico, aziendale, sanitario e della mediazione culturale*, a cura di A. Portera, Franco Angeli, Milano, 2013, pp. 95-110;

²² Un'analisi della dinamica relazionale tra medici e immigrati si rinviene in **A. MORRONE**, *Aspetti sanitari del fenomeno immigratorio*, cit., pp. 70-78, il quale evidenzia una prima fase nella quale il medico si aspetta che il paziente straniero sia affetto da morbi esotici dovuti alla sua provenienza; una seconda fase nella quale la mancanza di un modello interpretativo della malattia culturalmente condiviso spinge il medico a dubitare dello stato d'infirmità del paziente; una terza fase in cui il medico si rende conto di non aver compreso il paziente e, dunque, la sua patologia.



lo 0,75% del PIL, e che trova la sua unica ragion d'essere nella volontà dei medici di proteggersi da eventuali azioni giudiziali promosse dai pazienti nei loro confronti²³. Azioni, per il vero, altamente probabili, in un contesto nel quale i continui progressi della scienza medica, insieme al venir meno del modello paternalistico di cura e a una configurazione giurisprudenziale estesa del concetto di errore medico, inducono il paziente a credere di aver diritto non solo ad atti terapeutici correttamente eseguiti ma, anche, a una guarigione certa da qualsiasi patologia²⁴.

In questo quadro - nel quale la relazione fra sanitari e pazienti appare caratterizzata da crescente conflittualità, con un aumento esponenziale di denunce e reclami -, le peculiari difficoltà di prognosi e cura poste dai migrati possono, allora, determinare una forma specifica di medicina difensiva: la c.d. medicina difensiva *negativa*, che si verifica quando gli operatori sanitari, per proteggersi da un giudizio di responsabilità per *malpractice*, anziché aumentare visite ed esami evitano, se possibile, di occuparsi dei pazienti che considerano ad alto rischio²⁵.

Col che, però, la distanza tra medici e utenti non autoctoni si tradurrebbe in un'evidente violazione del diritto alla salute di quest'ultimi, difatti discriminati nella fruizione dell'assistenza sanitaria in ragione della loro identità religiosa e culturale.

4 - (segue): c) consenso informato, distanza culturale e responsabilità medica

²³ L'elevato costo della medicina difensiva, stimato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari in circa 10 miliardi all'anno, ha portato ad affidare alla Commissione ministeriale Alpa, nominata nel marzo 2015, il compito di elaborare nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario al fine di contrastare il fenomeno e contenere la spesa. Tali norme sono state approvate dalla Commissione Affari Sociali della Camera (in www.salute.gov.it).

²⁴ Al riguardo e per approfondimenti sul concetto di medicina difensiva si veda *Responsabilità sanitaria e medicina difensiva*, a cura di P. Mariotti, U. Genovese, Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna, 2013; G. ALTIMARI, *La voce del medico*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, cit., pp. 265-271; L. MASTROBERTO, *Medicina legale e rischio clinico. La gestione del rischio clinico fra errore medico, complicanza e reclamo*, *ibidem*, pp. 251-264; A. DE PALMA, *La medicina legale e la gestione del rischio*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, cit., pp. 233-250.

²⁵ Il rischio che la crescente presenza di pazienti non autoctoni conduca a un incremento della medicina difensiva negativa appare tanto più alto se si considera che i giovani medici, inevitabilmente destinati a farsi carico, ora e in futuro, di questo tipo di utenza, ricorrono più dei medici anziani ad atteggiamenti difensivi. Per questo dato si veda C. BOTTARI, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, cit., pp. 225- 226.



D'altro canto, in un sistema di tutela della salute incentrato sul diritto all'autodeterminazione terapeutica, l'interazione con malati immigrati pone almeno due ordini di problemi.

Il primo concerne il tema del consenso (o dissenso) consapevolmente prestato ai trattamenti sanitari e, di riflesso, la responsabilità del personale medico.

Fonti normative di vario livello - nazionali, internazionali ed europee, nonché regole di deontologia medica ²⁶⁻, sanciscono, inequivocabilmente, il principio - fondamentale e generale -, per il quale ogni trattamento sanitario (a esclusione di quelli obbligatori per legge), è legittimo solo se il malato, dopo essere stato informato dal medico sul trattamento, ha acconsentito allo stesso liberamente e consapevolmente²⁷.

²⁶ A livello costituzionale il principio del consenso informato trova fondamento negli artt. 2, 13, 32 Cost.

Tra le leggi nazionali si può ricordare, a titolo indicativo, l'art. 2 lett. d) del d.lgs. n. 211 del 2003 in tema di sperimentazione clinica, l'art. 6 della legge n. 40 del 2004 sulla procreazione medicalmente assistita o l'art. 3 della legge n. 219 del 2005 sulle attività trasfusionali e la produzione di emoderivati.

Nelle fonti di diritto internazionale ed europeo il principio trova, ad esempio, sanzione nell'art. 24 della Convenzione sui diritti del fanciullo del 1989; negli artt. 4 e 5 della legge n. 78 del 2006 di conversione del d.l. n. 3 del 2006 per l'attuazione della direttiva 98/44/CE in materia di protezione giuridica delle invenzioni biotecnologiche; negli artt. 5-9 della Convenzione sui diritti dell'uomo e la Biomedicina (c.d. Convenzione di Oviedo) del 4 aprile 1997, ratificata con legge n. 145 del 2001.

Infine il principio è oggetto degli artt. 16, 33-38 del Codice di deontologia medica del 18 maggio 2014.

²⁷ Su questo principio, l'iter dottrinale e giurisprudenziale della sua elaborazione e le principali questioni applicative a esso attinenti si veda, fra i contributi a carattere monografico: **G. CASCIARO, P. SANTESE**, *Il consenso informato*, Giuffrè, Milano, 2012. Per una visione di sintesi **D. DURISOTTO**, *Il valore del consenso al trattamento sanitario nell'ordinamento giuridico. Un difficile bilanciamento di principi*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., maggio 2009, pp. 1-66; **E. ROSSI**, *Profili giuridici del consenso informato: i fondamenti costituzionali e gli ambiti di applicazione*, in *Il diritto alla fine della vita. Principi, decisioni e casi*, cit., pp. 77-97; **G. FERRARO**, *Informazione e consenso in sanità*, in *La responsabilità in ambito sanitario*, a cura di S. Aleo, R. De Matteis, G. Vecchio, Cedam, Padova, 2014, pp. 373-427.

Sul consenso informato in relazione a ipotesi specifiche di trattamenti sanitari: **E. CAMASSA**, *Le questioni bioetiche: direttive anticipate di trattamento e libertà religiosa*, in *Proposte di riflessione per l'emanazione di una legge generale sulle libertà religiose*, a cura di V. Tozzi, G. Macrì, M. Parisi, Giappichelli, Torino, 2010, pp. 303-316; **F. FORNI**, *Il consenso informato quale presupposto per l'immissione in commercio del medicinale nell'Unione europea*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, cit., pp. 101-112; **M. FRANZONI**, *L'autodeterminazione nelle scelte di cura ed il testamento biologico*, *ibidem*, pp. 183-208; **M. INGLESE**, *Il consenso informato nelle direttive sulla donazione di sangue, tessuti, cellule ed*



Il personale sanitario, pertanto, è obbligato non solo a eseguire diligentemente la prestazione ma, anche, a dare una adeguata e corretta informazione sulla natura della terapia proposta, sui rischi e i vantaggi della stessa e sulle possibili alternative, all'interno di un rapporto diretto ed effettivo con il paziente²⁸.

Solo tale informazione pone il malato nella condizione di conoscere e comprendere integralmente le conseguenze dell'esercizio del suo diritto di scelta; diritto che è la sintesi del diritto all'autodeterminazione e del diritto alla salute²⁹.

A conferma di ciò la giurisprudenza - mentre avvalorata la natura del consenso informato quale strumento di realizzazione della persona³⁰ -, ha sancito che, senza un valido consenso, il medico risponde della violazione del diritto all'autodeterminazione del paziente anche se l'intervento terapeutico ha avuto esito favorevole³¹.

organi, ibidem, pp. 113-128.

²⁸ Come si evince dal Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Rifiuto e rinuncia al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico*, 24 ottobre 2008 (cfr. www.governo.it/bioetica/pareri) l'obbligo di comunicazione non è soddisfatto se si riduce a un onere burocratico all'interno di una relazione depersonalizzata. Occorre, invece, che tale obbligo sia adempiuto nel più ampio contesto di una necessaria "alleanza terapeutica" tra medico e paziente, quale momento di tale alleanza, cosicché il consenso è un atto di condivisione fra medico e malato, frutto di un consolidato rapporto fiduciario.

²⁹ Su questa definizione del diritto al consenso informato cfr. Corte cost., 15 dicembre 2008, n. 438 (in www.cortecostituzionale.it). Per riflessioni su tale pronuncia, che inserisce il diritto al consenso informato nell'ambito dei principi costituzionali, distinguendo fra diritto all'autodeterminazione in ordine alla propria salute e diritto alla salute **R. BALDUZZI, D. PARIS**, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 53, 2008, fasc. VI, pp. 4953-4970; **D. MORANA**, *A proposito del fondamento costituzionale per il «consenso informato» ai trattamenti sanitari: considerazioni a margine della sent. n. 438 del 2008 della Corte costituzionale*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 53, 2008, fasc. VI, pp. 4970-4981.

³⁰ Cfr. Cass. civ., sez. III, 18 settembre 2008, n. 23846, ove il diritto all'autodeterminazione terapeutica è considerato un diritto personalissimo, di spessore costituzionale, che la persona deve poter esercitare in ogni fase della vita e, dunque, anche nel caso di malattia terminale (in *Corriere Giuridico*, 2009, 6, pp. 809-814, con nota di **V. AMENDOLAGINE**, *La responsabilità del danno da perdita di "chance" conseguente alla omessa tempestiva diagnosi di un processo morboso terminale*).

³¹ Cfr. Cass. pen., sez. IV, 11 luglio 2001, n. 1572, in *Cassazione penale*, 6, 2002, pp. 2041-2051, con nota di **G. IADECOLA**, *Sugli effetti penali della violazione colposa della regola del consenso nell'attività chirurgica*. Si veda altresì Cass. civ., sez. III., 14 marzo 2006, n. 5444, ove si afferma che ai fini della sussistenza dell'illecito per violazione del consenso informato la corretta esecuzione del trattamento sanitario non assume alcun rilievo (in *Giurisprudenza italiana*, 2007, II, pp. 343-344).



Ora, se così è, come e quando può dirsi assolto, sotto un profilo giuridico ed etico, l'obbligo d'informativa del medico nei confronti del malato di altra cultura?

Posto, infatti, che le informazioni valide per il consenso sono solo quelle comprensibili ed effettivamente comprese, se medico e paziente sono "estranei morali", con coordinate, valori e credenze profondamente difformi - se, cioè, manca un orizzonte valutativo comune -, le informazioni *standard*, date nel modo usuale, possono non essere sufficienti per spiegare diagnosi e terapia, per porre il malato straniero in condizione di capire e di scegliere.

Il non soddisfacimento dei peculiari bisogni comunicativi del paziente, di poi, mentre definisce come *non appropriata* l'azione del medico-inteso il concetto di appropriatezza come accettabilità della cura e rispondenza alle attese del paziente³², conduce a due esiti apparentemente diversi ma di uguale matrice.

Il malato o subisce il trattamento che non comprende e, dunque, non condivide - con il rischio che l'invalidità del consenso e la conseguente responsabilità contrattuale del medico siano fatti valere in giudizio³³ -; o rifiuta il trattamento che mette in discussione la sua identità progettuale³⁴.

Un rifiuto cui segue, sovente, la decisione di non avvalersi più dei servizi sanitari del Paese di approdo, vanificando, così, la finalità di prevenzione primaria e secondaria di tali servizi³⁵.

³² Posto che il concetto di appropriatezza della prestazione medica è complesso è multidimensionale, uno dei suoi profili - spesso qualificato come *appropriatezza etica* -, è, infatti, dato dalla capacità della prestazione di rispondere alle aspirazioni del paziente e dei suoi familiari, intrecciandosi con il principio di autodeterminazione in campo sanitario. Sul punto si veda **M. ADVERSI, R. M. MELOTTI**, *Il principio di appropriatezza clinica quale criterio di erogazione della prestazione medica*, in *L'erogazione delle prestazioni*, cit., pp. 357-390; **R. NANIA**, *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, cit., p. 42.

³³ Sull'inidoneità del consenso non realmente informato a determinare tutte le conseguenze che si ricollegano alla manifestazione di volontà di un soggetto si veda lucidamente **S. RODOTA**, *Tecnologie e diritti*, il Mulino, Bologna, 1995, p. 160, nota 5.

Per l'ipotesi di richiesta di risarcimento per lesione derivata da un atto terapeutico che, pur salvaguardando la salute come assenza di malattia, ha pregiudicato il benessere spirituale, psicologico e sociale del paziente: **F. PECCENINI**, *Obbligo di informazione e lesione del diritto all'autodeterminazione*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, cit., pp. 179-182.

³⁴ Su quest'alternativa cfr. in particolare **F. MANTI**, *Il principio di tolleranza in medicina: il modello del consenso per intersezione*, in *Dimensioni della relazione terapeutica: profili comportamentali per una nuova missione della sanità*, Apeiron, Bologna, 2002, pp. 51-79.

³⁵ Cfr. al riguardo **G. CAPITANI**, *Il punto di vista degli operatori*, cit., pp. 178-179.



Per il vero, il dissenso ideologicamente o religiosamente motivato ai trattamenti sanitari volontari non nasce con il fenomeno migratorio, come evidenzia il caso, paradigmatico, del rifiuto della terapia trasfusionale da parte dei Testimoni di Geova³⁶. Tuttavia- e oltre la possibilità di applicare, indistintamente, schemi giuridici consolidati³⁷, la distanza culturale tra

³⁶ Sul punto e nell'ambito della tematica dei limiti costituzionali ai trattamenti sanitari si veda: **V. CRISAFULLI**, *In tema di emotrasfusioni obbligatorie*, in *Diritto e società*, 1982, III, pp. 557-568; **R. D'ALESSIO**, *I limiti costituzionali dei trattamenti «sanitari» (a proposito dei Testimoni di Geova)*, in *Diritto e Società*, 1981, III, pp. 520-570; **F. MODUGNO**, *Trattamenti sanitari "non obbligatori" e Costituzione*, in *Diritto e società*, 1982, III, pp. 315-325.

Sullo stesso tema ma con più specifici riferimenti alla dimensione religiosa **A. FUCCILLO**, *Giustizia e religione*, Giappichelli, Torino, 2011, t. I, pp. 235-247; **F. LAUDANTE**, **R. MANFRELOTTI**, *Costituzione e multiculturalismo: il caso del rifiuto a sottoporsi a trattamenti sanitari per convinzioni religiose*, in *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, cit., pp. 159-174; **A. PITINO**, *Salus del corpo o Salus dello spirito? Il rifiuto dei trattamenti sanitari per motivi religiosi*, in *Il diritto alla fine della vita. Principi, decisioni e casi*, cit., pp. 255- 273.

Per un quadro giurisprudenziale della questione **G.E. POLIZZI**, *"È vietato mangiare sangue": il divieto geovista alle emotrasfusioni nei recenti orientamenti giurisprudenziali e dottrinali*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 10, 2009, pp. 2112-2123.

In generale sul tema del rifiuto di prestazioni sanitarie nell'ottica della gestione ottimale delle risorse a disposizione del comparto sanitario: **R. CAMPIONE**, *Il rifiuto di cure quale limite all'erogazione delle prestazioni sanitarie*, in *L'erogazione delle prestazioni sanitarie*, cit., pp. 269-302.

³⁷ Invero -anche se in caso di pericolo grave e immediato o di stato d'incoscienza del paziente la giurisprudenza è particolarmente rigorosa nell'accertare la prova del dissenso al trattamento-, il tema del rifiuto di trattamenti sanitari sembra definito nel senso della prevalenza del principio di autodeterminazione del malato capace d'intendere e di volere sull'interesse dello Stato a tutelare la salute dei cittadini. La libertà di scelta del malato trova unico limite nella necessità di salvaguardare un eventuale interesse di terze parti, mentre nell'ipotesi specifica di conflitto fra la libertà religiosa dei genitori e il diritto alla integrità fisica del minore questo ultimo diritto ha netta prevalenza.

Per quanto concerne, invece, la responsabilità del medico e della struttura sanitaria, se in linea generale questa viene meno quando l'obbligo d'informativa risulta assolto, a fronte dei peculiari problemi posti dalla utenza multiculturali si propende, anzitutto, per l'applicazione dei diversi strumenti già predisposti dall'ordinamento, invocando, ad esempio, l'applicazione dell'art. 54 c.p. quando il medico procede, comunque, al trattamento allorché il rifiuto del paziente straniero appare frutto di un violenza psicologica esercitata sul malato dai congiunti o dal gruppo etnico di appartenenza. Per un primo inquadramento su questi specifici aspetti si veda **L. CHIEFFI**, *I diritti di cittadinanza in una società multietnica*, in *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, cit., pp. 11-13; **C. CIOTOLA**, *Preliminari a uno studio del rapporto tra diritto alla salute e fattore religioso*, in *Diritto e Religioni*, 2, 2008, pp. 218-230; **G. IORIO**, *La responsabilità medica e le sfide del "Multiculturalismo". Brevi note su alcuni casi pratici*, in *Gli stranieri*, 2, 2011, pp. 85-107; **S. PRISCO**, **L. CAPPUCCIO**, *Obiezione di coscienza e trattamenti sanitari obbligatori*, in *Bioetica e Diritti dell'uomo*, cit., pp. 51-81.



migranti e personale sanitario e, ancora oltre, tra migranti e società occidentale, per un verso ostacola quel reciproco riconoscimento valoriale che, proprio nel caso dei Testimoni di Geova, ha agevolato la messa a punto di pratiche alternative alle trasfusioni³⁸; per l'altro verso rende difficile riconoscere, inequivocabilmente, l'atto di dissenso.

Una situazione concreta, in cui si imbattono frequentemente gli operatori sanitari, può essere, al riguardo, esplicativa.

Una donna musulmana si reca al pronto soccorso accompagnata dal marito. Alle domande del personale ospedaliero il marito risponde al posto della moglie e si oppone a che la stessa sia visitata dall'unico medico disponibile di sesso maschile³⁹.

Ebbene, in questa situazione il silenzio della donna può essere interpretato, pacificamente, come un atto espresso, libero e personale di rifiuto della prestazione sanitaria, che esonera il medico e la struttura ospedaliera da ogni responsabilità per la mancata visita?

In tale ipotesi, cioè, è la donna musulmana che non esercita il suo diritto all'autodeterminazione sanitaria- a causa dei condizionamenti religiosi e culturali-, o è il nostro concetto giuridico di autodeterminazione che è culturalmente condizionato e, dunque, non applicabile universalmente?

³⁸ Cfr. al riguardo **R. FATTIBENE**, *Gli interventi sul corpo umano a fini non terapeutici nella società multietnica e multiculturale*, in *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, cit., p. 101, il quale evidenzia che in Italia la messa appunto di pratiche alternative alla trasfusione è stata agevolata, anche, dal radicamento dei Testimoni di Geova nel Paese, e, dunque, dalla reciproca riconoscibilità dei valori in gioco tra paziente (o i suoi congiunti) e medico.

Sulla necessità che le differenze tra medico e paziente siano ricomponibili all'interno di un quadro di riferimento comune, affinché la procedura ordinaria di richiesta del consenso non ponga problemi di comunicazione, con reciproca soddisfazione delle parti si veda **R. PRODOMO**, *Il consenso informato. Da procedura deontologica a scelta morale*, in *Bioetica e scelta terapeutica*, Macro/ Edizioni, San Martino di Sarsina, 1996, pp. 68-69.

³⁹ Il caso è narrato in **P. BORSELLINO**, *Le mutilazioni genitali femminili*, in *Punto Omega. Dialoghi di bioetica e di Biodiritto*, 18, 2006, pp. 50-51 e in **G. CAPITANI**, *Il punto di vista degli operatori*, cit., pp. 190-193. Difatti, la massiccia presenza in Italia di migranti musulmani, provenienti da diverse aree geografiche, fa sì che l'interazione di tali pazienti con il sistema sanitario evidenzia, in modo peculiare, la capacità o incapacità di tale sistema di soddisfare le nuove domande di salute attraverso approcci culturalmente diversificati sul piano della pratica clinica. Per un primo approfondimento sulle questioni specifiche poste dalla assistenza sanitaria ai pazienti musulmani si veda **D. ATIGHETCHI**, *Il paziente musulmano*, in *Bioetica, Metodo ed elementi di base per affrontare i problemi clinici*, a cura di P. M. Cattorini, Elsevier, Milano, 2011, 4^a ed., pp. 227-232; **M. EQUIZI**, *La medicina transculturale e il multiculturalismo in ambito sanitario: l'esperienza islamica*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, cit., pp. 202-222; **J. PACINI**, *Le relazioni dei centri islamici con enti ed istituzioni locali*, in *Comunità islamiche in Italia. Identità e forme giuridiche*, cit., pp. 262-269.



La questione si inserisce all'interno del più ampio dibattito sulla ammissibilità d'indiscutibili *standard* etici cui ancorare i protocolli sanitari. Dibattito oscillante fra la posizione di chi crede in principi morali non negoziabili, applicabili senza distinzioni, e la posizione di chi ritiene i diritti individuali una categoria aperta e culturalmente determinata, con la relativa messa in discussione dei protocolli che, difatti, impongono schemi di una data cultura a tradizioni diverse⁴⁰.

Fermo questo orizzonte teorico, se si guarda alle linee guida predisposte dalle Aziende sanitarie italiane in tema d'informazione e consenso e ai relativi moduli tipo - la firma dei quali da parte del paziente prova l'avvenuta informazione e la conseguente scelta -, i riferimenti alla ricomposizione delle differenze religiose e culturali appaiono indiretti e insufficienti.

Così è vero che il consenso è definito informato quando l'informazione del medico è - fra l'altro -, *esauriente, comprensibile e personalizzata*⁴¹. Tuttavia, per informazione personalizzata si intende una

⁴⁰ Su questo dibattito si veda, per un inquadramento generale, **M.A. LA TORRE**, *Il problema di una giustizia interculturale in bioetica*, in *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, pp. 65-78; **R. MACKLIN**, *Ethics in global health. Research, Policy and Practice*, Oxford University Press, Oxford, 2012.

Più specificatamente, per la posizione di coloro che ritengono possibili giudizi morali transculturali in ambito sanitario: **R. BAKER**, *A theory of International Bioethics: the negotiable and the non-negotiable*, in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1998, 8, pp. 233-273.

Contro un approccio universalista in ambito sanitario e con specifico riferimento al tema del consenso informato si veda invece **L.H. NEWTON**, *Ethical Imperialism and Informed Consent*, in *IRB: Ethics & Human Research*, vol. 12, N. 3, 1990, pp. 10-11.

È peraltro evidente che tale dibattito riproduce, in un settore specifico, la difficoltà di ricomporre le differenze culturali e religiose all'interno delle categorie giuridiche consuetamente intese e, dunque, il disagio che deriva dalla non condivisione, determinata dalle dinamiche migratorie, delle premesse culturali della tradizione giuridica occidentale. A fronte di tale disagio, ampiamente rilevato nella riflessione giuridica contemporanea, due essenzialmente i metodi di ricomposizione emersi. Metodi ai quali in questa sede si può solo accennare: il multiculturalismo, che sancisce il diritto al riconoscimento della identità culturale-considerata come valore in sé-, attraverso l'attribuzione di speciali diritti alle minoranze e ai gruppi culturali (si veda al riguardo per tutti **M.L. LANZILLO**, *Il Multiculturalismo*, Laterza, Roma-Bari, 2006) e l'approccio interculturale, che, invece, si propone di non isolare le differenze culturali, ma di valorizzarle e porle in comunicazione attraverso procedimenti di transazione e traduzione delle rispettive istanze (si veda al riguardo per tutti **M. RICCA**, *Oltre Babele. Codici per una democrazia interculturale*, Dedalo, Bari, 2008).

⁴¹ Si veda a titolo esemplificativo il *vademecum* predisposto dall'Azienda Regionale Socio-Sanitaria del Veneto, *Linee di indirizzo per l'informazione del paziente ed il consenso dell'atto sanitario*, Quaderno n. 13, 2009 (in www.arsveneto.it).



informazione adeguata alla cultura del paziente intesa più come grado di scolarità che come identità culturale.

Ancora rispetto al paziente straniero l'informazione è ritenuta comprensibile se il medico si è avvalso (solo) di un traduttore, mentre nella definizione del concetto d'informazione esauriente non sono presi esplicitamente in considerazione i diversi schemi psicologici del malato straniero.

Infine si specifica che l'informazione deve essere data solo al paziente, e che il consenso espresso dai familiari - coinvolti solo se il malato acconsente esplicitamente -, è giuridicamente irrilevante⁴².

Ora, rapportando queste linee guida al citato caso della donna musulmana è evidente lo scarto tra moduli giuridici consolidati e la specifica identità dell'utente.

Nella concezione islamica, infatti, la volontà della famiglia è considerata una naturale estensione della volontà del malato, cosicché non solo il medico deve informare i congiunti del paziente ma la scelta di quest'ultimo è una scelta di tutta la comunità familiare, che condivide il consenso o il dissenso al trattamento⁴³.

In adempimento dei precetti islamici, inoltre, è possibile che il paziente si rifiuti di essere visitato non solo da un medico di sesso diverso ma, anche, di religione diversa⁴⁴.

Ebbene, in questa e altre ipotesi cosa garantisce meglio il diritto all'autodeterminazione terapeutica e il diritto alla salute? L'applicazione indifferenziata delle procedure previste o un ripensamento delle stesse rispetto, anzitutto, al concetto di autonomia individuale?

Al riguardo due dati possono essere significativi.

Il primo: nell'esperienza anglosassone, dalla quale trae origine la figura del consenso informato, tende oggi ad affermarsi l'idea che la formazione di un vero consenso debba avvenire attraverso un processo di *shared decision making*. Ebbene, tale processo, finalizzato ad accrescere l'autonomia del paziente e una reale alleanza terapeutica fra questi e il medico, prevede tra i suoi punti chiave la conoscenza e rispetto della cultura

⁴² Cfr. Azienda Regionale Socio-Sanitaria del Veneto, *Linee di indirizzo per l'informazione del paziente ed il consenso dell'atto sanitario*, cit., pp. 10-13.

⁴³ Al riguardo cfr. per tutti **D. ATIGHETCHI**, *Islam e bioetica*, cit., specialmente pp. 235-254, il quale evidenzia la funzione difensiva del malato, soprattutto grave o terminale, che la cultura islamica attribuisce alla famiglia.

⁴⁴ Cfr. sul punto **M. EQUIZI**, *La medicina transculturale*, cit., p. 222; **D. ATIGHETCHI**, *Il paziente musulmano*, cit., pp. 228-231.



del malato e delle prospettive che ne derivano e il coinvolgimento della famiglia e degli amici⁴⁵.

Il secondo dato: in sede di raccolta del consenso informato alla sperimentazione clinica di malati appartenenti a Paesi in via di sviluppo, il coinvolgimento della comunità locale nella formazione del consenso si è dimostrato più adeguato del divieto, per via giuridica, di tale coinvolgimento, comunque radicato nella cultura dei malati⁴⁶.

In ogni caso, anche in assenza di un'esplicita e specifica previsione normativa dell'obbligo del personale sanitario di gestire e superare le barriere culturali, non può escludersi che il paziente straniero riesca a dimostrare la violazione del dovere di corretta ed esaustiva informazione, con conseguente lesione del suo diritto all'autodeterminazione e, eventualmente, del diritto alla salute e richiesta di risarcimento danni.

Ma il singolo medico, che non è stato formato a gestire la differenza culturale e che non ha a disposizione strumenti per farlo, è realmente responsabile?

Di certo la classe medica, sempre più consapevole dei rischi connessi alla interazione con il paziente non autoctono, chiede il supporto della struttura di appartenenza, chiamata a predisporre strumenti che permettano di farsi comprendere, agendo con diligenza⁴⁷.

Resta il problema dell'esigibilità giuridica di tale richiesta.

Al riguardo, e spostando l'attenzione dal medico al paziente, una prima soluzione potrebbe scaturire dall'attuale modo di intendere sia il rapporto tra utente e struttura sanitaria, sia la responsabilità di quest'ultima.

È ormai consolidata l'idea che l'assistenza sanitaria è oggetto di un rapporto contrattuale tra struttura e paziente che si conclude quando il malato è accettato nell'azienda per un ricovero o una prestazione

⁴⁵ Cfr. al riguardo **S. PELOTTI**, *Per un nuovo consenso informato*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, cit., pp. 147- 156.

Sulla comunità familiare - intesa in senso ampio quale comunità affettiva -, alla quale il malato, soprattutto se terminale, deve poter fare riferimento per prendere una decisione, si veda altresì **S. PRISCO**, *La dignità del malato tra pluralismo delle morali ed etica dello Stato*, in *Il diritto alla fine della vita. Principi, decisioni e casi*, cit., pp. 71-76.

⁴⁶ Cfr. sul punto **F. FORNI**, *Il consenso informato*, cit., p. 109-110.

Per riflessioni generali sulla necessità di adeguare il consenso informato come procedura deontologico-giuridica al valore etico di riferimento del malato: **R. PRODOMO**, *Il consenso informato*, cit., pp. 57-59.

⁴⁷ In questo senso si veda, a titolo indicativo, il rapporto redatto dall'Azienda ospedaliera di Modena nel V Convegno Nazionale *Star bene in Ospedale. "Accoglienza Qualcosa è cambiato ..."*, Bologna, 26-27 maggio 2006 (in <http://www.policlinico.mo.it/>).



ambulatoriale. Tale contratto, definito di assistenza sanitaria o di ospedalità, è un contratto atipico che implica una serie di obbligazioni funzionali alla attività diagnostica e terapeutica, quali ad esempio le prestazioni di carattere alberghiero o la predisposizione di personale e attrezzature qualitativamente e quantitativamente adeguate⁴⁸. In quest'ottica, pertanto, l'adempimento del contratto di ospedalità comporta che l'azienda garantisca al paziente una adeguata ed efficiente organizzazione delle proprie risorse, che diviene oggetto del contratto.

Al contempo, configurato il servizio sanitario come una prestazione complessa, all'interno della quale è difficile separare l'attività del medico dall'apparato organizzativo nel quale opera, si è definita, in giurisprudenza, una responsabilità della struttura sanitaria per fatto proprio, autonoma dalla responsabilità del personale sanitario legato alla azienda da un rapporto di lavoro⁴⁹.

Ebbene, alla luce di questi presupposti, i supporti per gestire la differenza culturale potrebbero essere inclusi tra le obbligazioni accessorie del contratto di ospedalità che l'azienda è tenuta a garantire al paziente⁵⁰.

L'assenza di strumenti per consentire ai medici di relazionarsi con utenti non autoctoni si tradurrebbe, cioè, in un deficit organizzativo non imputabile al singolo sanitario ma a una carenza strutturale, cosicché sarebbe l'azienda a rispondere di una eventuale lesione della integrità e della libera determinazione del paziente conseguenti a tale deficit.

5 - (segue): d) diritto all'autodeterminazione terapeutica, cure non convenzionali e trattamenti sanitari culturalmente qualificati

La seconda questione che nasce dall'interazione fra specificità religiosa e culturale e autonomia decisionale del paziente concerne la richiesta di terapie diverse da quelle previste dal Servizio sanitario nazionale.

⁴⁸ Cfr. in questo senso Cass. civ., sez. III, 4 giugno 1979 n. 3158, in *Giurisprudenza italiana*, 1979, I, c. 953; Cass. civ., sez. un., 11 gennaio 2008, n. 577, in *Danno e Responsabilità*, 8-9, 2008, pp. 871- 879 con nota di A. Nicolussi; Cass. civ., sez. un., 1 luglio 2002, n. 9556, in *Foro Italiano*, 2002, I, 3060.

⁴⁹ Si veda sul punto **R. CUCCIA**, *La responsabilità dell'azienda sanitaria da deficit organizzativo*, in *Le responsabilità in ambito sanitario*, cit., pp. 1121-1150.

⁵⁰ Sulla possibilità di tale configurazione **I. QUARANTA, M. RICCA**, *Malati fuori luogo*, cit., pp. 105-107.



Il problema è stabilire se il diritto all'autodeterminazione terapeutica degli utenti implichi, anche, il diritto di chiedere e ricevere trattamenti e interventi che appartengono alle tradizioni dei Paesi di origine dei migranti.

E ciò sia che si tratti d'interventi con valenza terapeutica o profilattica, sia che si tratti di pratiche rituali, come la circoncisione o le mutilazioni genitali femminili.

Difatti- e nel contesto di una crescente domanda generale di cure non convenzionali⁵¹-, la predisposizione a carico dello Stato di un servizio di medicina alternativa rispondente alla identità sanitaria dei migranti- anche con operatori sanitari dei paesi di provenienza di quest'ultimi-, parrebbe soluzione plausibile sotto diversi profili.

Tale servizio, infatti, per un verso sarebbe funzionale alla realizzazione del principio di uguaglianza sostanziale nel godimento del diritto alla salute inteso, soprattutto, come benessere psicologico; per l'altro verso contrasterebbe i casi di esercizio abusivo della professione medica fra i migranti o la rinuncia di questi alle cure sanitarie⁵².

⁵¹ Sulla crescente sensibilità verso la possibilità di cure alternative a quelle della medicina convenzionale e sull'attenzione al tema in ambito europeo e nelle scelte legislative delle Regioni italiane si veda **I. CAVICCHI**, *Pluralismo o Babele medica? Chi, come e che cosa scegliere per curarsi*, in *Medicina e Multiculturalismo*, cit., pp. 63-84; **C. CIOTOLA**, *Preliminari a uno studio*, cit., pp. 231-232; **L. CHIEFFI**, *Introduzione. I diritti di cittadinanza in una società multietnica*, in *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, cit., pp. 16-19; **F. MANTI**, *Bioetica e Tolleranza. Lealtà morali e decisione politica nella società pluralista*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2000, pp. 93-97.

Per un'analisi del rapporto fra autodeterminazione terapeutica e diritto di chiedere cure specifiche si veda **L. PASCUCCI**, *Autodeterminazione terapeutica ed esigibilità delle cure*, in *L'erogazione delle prestazioni sanitarie*, cit., pp. 207-268.

⁵² Mentre, invero, il concetto di libertà di cura può essere inteso, anche, come libertà del medico di curare con metodi non contemplati nel sistema sanitario nazionale (cfr. sul punto **C. PICIOCCHI**, *La libertà terapeutica come diritto culturale*, cit., pp. 165- 201) l'interazione dei migranti con operatori sanitari a essi culturalmente e moralmente omogenei potrebbe favorire l'instaurarsi di una relazione terapeutica quale momento di incontro tra la libertà del medico e quella del malato.

Per ulteriori spunti di riflessione sul rapporto fra medicina non convenzionale e diritto alla salute dei migranti si veda **G. COLETTA**, *Libertà di ricezione della cura e terapie "non convenzionali"*, in *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, cit., pp. 79-98; **J. H. LEE**, **M.S. GOLDSTEIN**, **E.R. BROWN**, **R. BALLARD-BARBASH**, *How does acculturation affect the use of complementary and alternative medicine providers among Mexican-and Asian-Americans?*, in *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12, 2010, 3, pp. 302-309; **P. LILLO**, *Il diritto alla salute degli immigrati: libertà fondamentale o diritto sociale?*, in *Justitia*, 50, 1997, III, pp. 315-327; **R.A. LOPEZ**, *Use of alternative folk medicine by Mexican American women*, in *Journal of Immigrant Health*, 7, 2005, 1, pp. 23-31; **B.I. ORTIZ**, **K.M. SHIELDS**, **K.A. CLAUSON**, **P.G. CLAY**, *Complementary and alternative medicine use among Hispanics in the United States*, in *Annals of Pharmacotherapy*, 41, 2007, 6, pp. 994-1004.



Purtuttavia, mentre ogni richiesta di trattamento culturalmente motivata va, comunque, vagliata alla luce della sua conformità con i principi fondamentali dell'ordinamento⁵³, la limitatezza delle risorse disponibili impone una selezione dei trattamenti da garantire improntata sulla assoluta priorità dei rimedi terapeutici la cui efficacia è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche.

⁵³ Può essere esemplificativa la riguardo l'ipotesi di richiesta di mutilazioni genitali femminili, rito di passaggio dall'infanzia alla pubertà in alcuni paesi asiatici e dell'Africa Sub-sahariana che comporta, oggettivamente, danni fisici e psichici e un alto tasso di mortalità.

A fronte della possibilità di qualificare la richiesta di mutilazione, da parte di donna maggiorenne, come espressione del diritto all'autodeterminazione sanitaria, - arrivando a configurare il rifiuto del medico di effettuare il trattamento come una negazione del diritto alla salute e alla identità personale della donna (si veda in questo senso **S. FERLITO**, *Le religioni, il giurista e l'antropologo*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2005, pp. 60-61) -, nel 2006 l'ordinamento italiano ha qualificato le mutilazioni genitali femminili come un reato, introducendo apposita norma (cfr. art. 583 *bis* c.p.).

La teorica possibilità di enucleare il diritto culturale a una mutilazione medicalmente assistita è stata, quindi, esclusa in radice dal legislatore, che ha considerato il rito incompatibile con i beni giuridici penalmente tutelati. Trattasi di una scelta di politica legislativa particolarmente significativa, sia per la matrice della pratica, difatti al confine fra religione e cultura, sia perché la scelta di prevedere un'apposita figura di reato, punito più severamente delle lesioni di analoga gravità, è usualmente intesa o come il paradigma dell'approccio assimilazionista italiano nella gestione della differenza culturale (cfr. in questo senso **V. MASARONE**, *L'incidenza del fattore culturale sul sistema penale tra scelte politico-criminali ed implicazioni dommatiche*, in *Diritto e pluralismo culturale. I mille volti della convivenza*, cit., pp. 89-122; **C. SANTORO**, *La tutela penale dei soggetti vulnerabili nell'Italia multiculturale tra simbolicità ed ineffettività*, in *ibidem*, pp. 123-157) o come un esempio della capacità dell'ordinamento di reagire a tutela dei diritti umani (si vedano in questo senso i risultati della ricerca raccolti nel volume *Sessualità e culture. Mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari*, a cura di A. Morrone, A. Sannella, Franco Angeli, Milano, 2010, specialmente pp. 19-163; **M.G. RODOMONTE**, *Diritto alla salute, pluralismo culturale e questioni di genere*, in *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute*, a cura di R. Nania, Sapienza Università editrice, Roma, 2013, pp. 327-349).

Per ulteriori spunti di riflessione sul tema si veda *ex multis*: **A. BERNARDI**, **B. PASTORE**, **A. PUGIOTTO**, *Legalità penale: tre atti di una crisi*, in *Legalità penale e crisi del diritto, oggi. Un percorso interdisciplinare*, a cura di A. Bernardi, B. Pastore, A. Pugiotto, Giuffrè, 2008, pp. 6-27; **L. CANAVACCI**, *Le mutilazioni genitali femminili*, in *Medicina e Multiculturalismo*, cit., pp. 85-104; **F. CAGGIA**, *Tradizione e laicità nella circolazione dei modelli giuridici: il caso delle mutilazioni genitali femminili*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2009, pp. 1-30; **C. PASQUINELLI**, *Donne africane in Italia (Mutilazioni genitali femminili, identità di genere e appartenenza etnica)*, in *Questione Giustizia*, 3, 2001, pp. 489-501; **D. SCOLART**, *Le mutilazioni genitali femminili e l'ordinamento italiano*, in *Bioetica, diritti umani e multiethnicità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale*, a cura di F. Compagnoni, F. D'Agostino, San Paolo, Milano, 2001, pp. 299-316.



Detto altrimenti, il diritto all'autodeterminazione terapeutica trova un limite nel principio di appropriatezza clinica della prestazione medica⁵⁴.

Pertanto se, come evidenziato in dottrina⁵⁵, a fronte della domanda di cure culturalmente e religiosamente motivate gli operatori sanitari reagiscono o rifiutando, a priori, qualsiasi istanza non prevista dai protocolli esistenti o, invece, cercando di accogliere ogni richiesta del paziente, il principio di appropriatezza clinica appare come uno dei criteri in grado di equilibrare queste due opposte tendenze, contemperando la richiesta del malato con l'impatto sociale ed economico delle sue scelte di cura.

6 - Per un'attuazione differenziata del diritto alla salute

Da quanto sin ora detto emerge che l'utenza culturalmente e religiosamente differenziata mentre accresce - immediatamente o potenzialmente -, i costi complessivi del sistema sanitario determina, all'interno di tale sistema, situazioni non solo d'inefficacia ma, anche, d'inequità, giacché le barriere culturali impediscono, di fatto, ai migranti di accedere alle cure al pari degli autoctoni e con lo stesso grado di soddisfazione delle proprie esigenze di salute.

Soprattutto, è evidente l'emergere, esplicito o implicito, d'istanze di servizi sanitari diversificati, rispondenti alla specificità degli utenti⁵⁶.

La questione che si pone, dunque, è quella dell'ammissibilità di un sistema di *welfare* sanitario differenziato, i cui assetti siano definiti in funzione della identità culturale e religiosa dei pazienti.

La società multiculturale e multireligiosa, cioè, pone in crisi l'approccio impersonale e universale del *welfare* tradizionale, costruito sulla erogazione di prestazioni *standard* rispondenti alla uguaglianza dei cittadini.

⁵⁴ Sul punto cfr. significativamente Corte cost., 19 giugno 2002, n. 282 (in www.cortecostituzionale.it.) ove si precisa sia che il diritto a essere curati deve realizzarsi secondo i canoni della scienza e dell'arte medica, sia che il medico è obbligato a tener conto dello stato delle evidenze scientifiche e sperimentali.

Sulla autonomia professionale del medico quale libertà scientificamente condizionata si veda altresì in dottrina I. CAVICCHI, *Questione medica. I nuovi conflitti fra società, economia e sanità*, in *La responsabilità in ambito sanitario*, cit., p. 8.

⁵⁵ Cfr. D. ATIGHETCHI, *Il paziente musulmano*, cit., pp. 228.

⁵⁶ Sull'affiorare di queste istanze si veda, per un'analisi globale, N. PASINI, *Welfare differenziato, multiculturalismo, cittadinanza sanitaria*, in *Confini irregolari. Cittadinanza sanitaria in prospettiva comparata e multilivello*, cit., pp. 35-36, 49-53, 193-195.



Piuttosto, a fronte dell'eterogeneità dei bisogni posti dalla eterogeneità delle identità (individuali e collettive), la concezione e attuazione dei diritti sociali tende a perdere la sua tradizionale connotazione, ugualitaria e neutrale, per declinarsi nel senso della specificità culturale dei titolari di tali diritti, che *concorrono* alla definizione dei beni e servizi che lo Stato deve fornire⁵⁷.

Si aggiunga a ciò un altro dato: ricerche scientifiche ed evidenze empiriche dimostrano che l'adozione di politiche sociali di riconoscimento della diversità culturale e religiosa è una via percorribile, che non intacca la capacità del *welfare state* di determinare e mantenere la solidarietà sociale⁵⁸.

⁵⁷ Sul rapporto tra uguaglianza e appartenenza nella realizzazione delle politiche sociali e sulla sfida posta dall'emergere nella società multiculturale dell'idea di *cittadinanza culturale*, con conseguenti richieste di riconoscimento del valore della propria differenza, cui corrispondono diritti e bisogni differenziati e asimmetrici si veda **A. FACCHI**, *Identità migranti, libertà ed uguaglianza*, in *Paura dell'altro. Identità occidentale e cittadinanza*, cit., pp. 193-195; **E. BUONOMO**, *Verso una definizione della "violenza ermeneutica". Diritti umani tra globalizzazione e obiezioni di imperialismo*, in *Diritto e pluralismo culturale. I mille volti della convivenza*, cit., pp. 231-249.

Con riferimento al tema della sanità **F. MANTI**, *Prendersi cura. Dall'etica individuale all'etica pubblica*, in *Pluriuniverso*, 2, 1998, pp. 5-35; **R. PRODOMO**, *Pluralismo e integrazione sociale. Un'etica e una bioetica liberali*, in *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, cit., pp. 45-49; **C. PICIOCCHI**, *La libertà terapeutica come diritto culturale*, cit., pp. 11-105, 233-256, la quale evidenzia che le strutture di cura, in quanto luoghi obbligati di convivenza, sono spesso gli ambiti nei quali gli ordinamenti giuridici riconoscono capacità negoziale anche ai gruppi che fuori dalle comunità obbligate non sono riconosciuti come identità giuridicamente rilevanti.

Per specifiche considerazioni sulla relazione fra condizione femminile e riconoscimento di diritti culturali, all'interno della più ampia questione della compatibilità fra diritti culturali, intesi quali diritti collettivi, e autodeterminazione dei singoli, si veda altresì **F. ABBONDANTE**, *Multiculturalismo e dimensioni di genere: una difficile convivenza tra differenza e uguaglianza*, in *Diritto e pluralismo culturale. I mille volti della convivenza*, cit., pp. 4-44. A conferma del processo di co-definizione fra Stato e "nuovi utenti" dei diritti e bisogni di quest'ultimi, l'autrice ritiene che una ampia partecipazione delle donne ai processi decisionali sia lo strumento per comprendere (anche) i bisogni effettivi delle donne di culture "altre" ed evitare che il riconoscimento della diversità culturale dei gruppi si traduca in un nocimento dei membri vulnerabili di tali gruppi.

In generale, sul coinvolgimento, nel dibattito pubblico, delle diversità culturali e religiose ai fini di una loro dinamica interazione quale strumento funzionale alla gestione delle società multireligiose si veda **L. ZANNOTTI**, *La politica ecclesiastica nel tempo della secolarizzazione e del multiculturalismo*, in *La libertà di manifestazione del pensiero e la libertà religiosa nelle società multiculturali*, a cura di N. Fiorita, D. Loprieno, Firenze University Press, Firenze, 2009, pp. 277-283; nonché con particolare riferimento al tema della sanità **M. VENTURA**, *Laicità e fattore religioso in bioetica*, cit., pp. 43-47.

⁵⁸ Al riguardo cfr. per tutti **W. KYMLICKA**, **K. BENTING**, *Immigrazione, multiculturalismo e welfare state*, in *la Rivista delle Politiche Sociali*, 2, 2010, pp. 13-44. Il



Ma come realizzare un'attuazione differenziata del diritto alla salute?

Posto che un sistema sanitario aperto alle differenze può essere più efficace, equo ed efficiente, occorre individuare misure specifiche, che concorrono alla definizione di tale sistema.

Guardando al rapporto medico-paziente straniero, per assicurare modalità di assistenza efficaci è indubbiamente necessario che gli operatori sanitari siano posti nella condizione di conoscere le categorie culturali e religiose del malato.

Al riguardo, una soluzione emerge all'esito di molte delle numerosissime ricerche sull'impatto dei migranti nel sistema sanità.

Tali ricerche - sovente finanziate o condotte da associazioni o enti no profit, a dimostrazione del tendenziale affidamento dei nuovi compiti dello Stato sociale al terzo settore⁵⁹ -, propongono raccomandazioni e linee guida che esplicitano e spiegano i diversi possibili approcci di matrice religiosa e culturale in ambito sanitario⁶⁰.

L'obiettivo sembra quello di offrire agli operatori sanitari schemi-costruiti per aree geografiche o appartenenze religiose-, che illustrano le diverse culture sanitarie dei migranti, evidenziando le differenze tra queste culture e il modo di descrivere i sintomi e di vivere la malattia degli autoctoni. Schemi ai quali ricondurre, in modo univoco e astratto, ogni caso individuale, nell'ottica di un riconoscimento della identità culturale e religiosa come identità collettiva.

contributo si muove nell'orizzonte teorico, delineato da **J. RAWLS**, *Liberalismo politico*, traduzione italiana, Edizioni di Comunità, Milano, 1994, della necessità di reinterpretare il paradigma della neutralità liberale a favore di un modello di convivenza sociale che rapporti il consenso espresso sui valori politici attinenti alla società alle diverse concezioni del bene in cui ciascuno si riconosce.

⁵⁹ Cfr. sul punto **S. BUDELLI**, *Immigrazione: salute, sicurezza, sussidiarietà*, Giappichelli, Torino, 2012, specialmente pp. 40-50.

⁶⁰ Segnatamente, tali linee guida per ogni fase essenziale dell'assistenza sanitaria forniscono informazioni di natura religiosa e culturale al fine di anticipare i bisogni dei pazienti stranieri o, comunque, di religione diversa da quella cattolica e pianificare le attività a loro favore in base alla confessione di appartenenza. Si veda, ad esempio, il Report *Modelli e prospettive future per il servizio socio-sanitario interculturale*, a cura di E. Messina, G. Nardini, V. Savelli (in www.eurel.info/IMG/pdf/Label_report.Roma-Torino2014) o il Report *L'accoglienza delle differenze e specificità culturali e religiose nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali della Regione Lazio- Raccomandazioni per gli operatori sanitari da parte delle comunità religiose*, a cura della ASL Roma E (in www.asl-rme.it).

Anche il Ministero della Salute nel 2012 ha istituito una commissione per la definizione di "Linee guida nei Servizi sanitari regionali per l'accoglienza multireligiosa all'interno dei servizi e presidi ospedalieri e distrettuali" (cfr. www.salute.gov).



Eppure, anche ipotizzando di fornire ogni struttura sanitaria di siffatti *vademecum* o linee guida, la loro utilità appare residuale allorché si consideri che tra appartenenza culturale e/o religiosa e schema dei comportamenti e delle scelte determinati da tale appartenenza c'è un divario, dato dalla unicità e dinamicità della persona.

L'identità culturale e religiosa, infatti, non è statica e unitaria, totalmente coincidente con quella del gruppo originario di appartenenza. Piuttosto tale identità si definisce e trasforma attraverso le relazioni, in modo aperto e dinamico⁶¹.

Le categorie religiose e culturali dei pazienti stranieri, pertanto, non sono schematizzabili in modo assoluto, giacché suscettibili di un processo di ridefinizione, in relazione alla cultura del paese di accoglienza.

Ciò posto, il secondo strumento più frequentemente invocato e (relativamente) utilizzato al fine di rendere il personale sanitario consapevole del sapere culturale degli utenti è la mediazione culturale.

Il mediatore culturale è un operatore sociale, solitamente straniero e/o con conoscenza di lingue straniere, il cui compito è facilitare la relazione tra migranti e Paese di accoglienza, favorendo la rimozione delle barriere linguistiche e culturali e assistendo le strutture di servizio nel processo di adeguamento delle prestazioni offerte alla utenza immigrata. Si tratta di una figura richiamata in numerosi testi legislativi nazionali e regionali⁶², mentre, con specifico riferimento al campo sanitario, la necessità d'istituzionalizzare tale figura, precisandone il percorso formativo e le caratteristiche, è stata riconosciuta dalla Commissione "Salute e immigrazione" istituita presso il Ministero della salute⁶³.

⁶¹ Sulla natura intrinsecamente dinamica e aperta delle culture e sul fatto che ogni credo religioso, vissuto in un contesto diverso da quello originario, diviene suscettibile di modificazioni si veda, pur con diversità di sfumature, **M. BOUCHARD**, *Identità culturale, uguaglianza e diversità*, in *Questione Giustizia*, 3, 2001, pp. 469-486; **F. MANTI**, *Le relazioni terapeutiche nella società pluralista. Aspetti bioetici e biopolitici per una medicina transculturale*, in *Medicina e Multiculturalismo*, cit., pp. 144-145; **E. OLIVITO**, *Immigrazioni e identità culturali*, in *Le nuove frontiere del diritto dell'immigrazione*, cit., pp. 27-38; **C. PINELLI**, *Società multiculturale e Stato costituzionale*, in *il Multiculturalismo*, a cura di V. Boldini, Cedam, Padova, 2012, pp. 91-112.

⁶² Cfr., ad esempio, l'art. 42 del d.lgs. n. 286 del 1998 o la legge reg. Lazio n. 7 del 2007. Per il quadro normativo sul punto si veda **C. BERGONZINI**, *La mediazione culturale: uno strumento (sottovalutato?) per l'integrazione degli immigrati*, in *Diritto immigrazione e cittadinanza*, 1, 2009, pp. 68-74.

⁶³ Cfr. **COMMISSIONE "Salute e immigrazione"**. *Programma della Commissione e proposte dei gruppi di lavoro-Relazione di sintesi* (luglio 2007), pp. 1-10 (in www.ministerosalute.it).



Pur tuttavia, la possibilità di configurare la mediazione culturale quale servizio essenziale di assistenza, da garantire in tutto il territorio nazionale, è ostacolata sia dal fatto che i mediatori non sono riconosciuti come categoria professionale, sia dalle incertezze sulla esatta natura della attività di mediazione e sugli indicatori che fanno di tale attività una buona pratica⁶⁴.

Difatti se è vero che, a fronte dei casi più complessi, gli operatori sanitari possono chiedere l'ausilio dei mediatori culturali - al punto che alcune strutture ospedaliere stipulano contratti con agenzie di mediazione -, è anche vero che, sovente, l'attività di mediazione si risolve in un supporto linguistico-culturale vicino all'interpretariato, al (solo) fine di garantire che i migranti abbiano compreso le indicazioni dei medici o l'iter burocratico di accesso ai servizi.

Parimenti, inserendosi nella complessa ed esclusiva relazione medico-paziente, l'azione di mediazione può non essere realmente accettata né dal medico - che potrebbe vedere il mediatore come una figura che gli si sovrappone -, né dal malato.

L'appartenenza del mediatore allo stesso gruppo religioso e culturale del paziente, infatti, può non essere sufficiente per indurre quest'ultimo a fidarsi del mediatore, mentre la crescente varietà dei contesti di origine dei migranti, che caratterizza l'esperienza italiana, trova spesso impreparate le stesse agenzie di mediazione, che faticano a garantire operatori al passo con l'estrema frammentazione e diversificazione del fenomeno migratorio⁶⁵.

⁶⁴ Su tali profili si veda *La mediazione interculturale nei servizi. Il caso della provincia di Bologna*, a cura di E. Gentile, T. Caponio, in *Dossier Migrazione*, 1, 2006, pp. 1-39; **T. CAPONIO**, *Cultural competences in improving migrant's access to health services*, in *Achieving social cohesion in a multicultural Europe-Concept, situation and developments*, cit., pp. 113-130; **G. GIORGI**, *Il mediatore culturale*, cit., pp. 139-158.

⁶⁵ Per una valutazione negativa, da parte degli operatori sanitari dell'operato dei mediatori, spesso poco formati e inesperti, al punto che il loro intervento rischia di compromettere la relazione terapeutica si veda **E. ISEPPI, L. PRESSI**, *Competenze interculturali in ambito sanitario*, cit., pp. 99-100.

Sull'inutilità dell'introduzione, nel sistema sanitario italiano, della figura del mediatore linguistico-culturale quale soluzione ai problemi posti dall'interazione con i pazienti migranti cfr. ancora **B. MAISANO**, *Esperienze di mediazione culturale in sanità*, in *L'Arco di Giano. Rivista di medical humanities*, 22, 1999, pp. 102-113. Con riferimento all'esperienza dei sanitari impegnati nei poliambulatori della Caritas di Roma, l'autrice evidenzia che i medici non avvertono la necessità di mediatori culturali, ritenendo di poter essi stessi fungere da mediatori tra medicina tradizionale e specifica realtà del malato con un lavoro di équipe. Ciò che i medici chiedono, piuttosto, è la possibilità di poter operare in uno spazio accogliente, con mezzi e tempi che favoriscono l'instaurarsi di una relazione interculturale con il paziente.



Infine, il ricorso alla mediazione quale unico strumento di risoluzione delle difficoltà poste dal paziente eteroculturale rischia di risolversi in una prassi contingente ed emergenziale, che non modifica l'assetto strutturale e sistemico dei servizi.

Per il vero, nella ricerca di strumenti che incidono sulla relazione di cura, ponendo il personale sanitario in grado di comprendere e interpretare il paziente straniero, particolare attenzione merita il metodo narrativo. Tale metodo, elaborato dalla antropologia medica, consiste nel mettere il paziente in condizione di potersi raccontare, di esplorare le proprie concezioni e far emergere il significato della esperienza di malattia nel dialogo con un medico attento e aperto all'ascolto che provoca risposte di tipo narrativo⁶⁶.

Si tratta di una pratica che, rifiutando la concezione della malattia come mero dato biologico, ridà spazio alla medicina come sapere storico, come ricostruzione narrativa più che come misurazione quantitativa, riconducendo, con una vera e propria opera di traduzione, i parametri quantitativi e clinici alla storia individuale. Questo approccio evita, pertanto, che la differenza culturale e religiosa sia oscurata dal modello bio-medico e, nello stesso tempo, evita che il fattore culturale sia inteso come uno schema rigido, che annulla la specificità della persona, cosicché è più probabile che tale specificità sia armonizzabile con le oggettive esigenze di cura.

Consentendo di cogliere sia il retroterra culturale del paziente, sia la sua individualità, l'approccio narrativo permette di cogliere, altresì, il processo di trasformazione del malato immigrato, sospeso tra cultura sanitaria originaria e processo d'integrazione. Ancor oltre tale approccio, facendo affiorare le varianti antropologiche e religiose della relazione sanitaria, è funzionale a un reale esercizio del diritto al consenso informato, poiché pone il paziente in condizione di comprendere gli elementi in relazione ai quali compiere la propria scelta terapeutica.

Infine, il metodo narrativo - permettendo diagnosi e terapie adeguate a una differenza culturale letta all'interno di una visione integrata della persona - non si risolve in forme di medicina alternativa, né si sostituisce al metodo bio-medico, ma lo integra e ne rafforza l'efficacia.

⁶⁶ Si veda sul punto **B.J. GOOD**, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino, 2006, specialmente pp. 207- 253; **F. MANTI**, *Le relazioni terapeutiche nella società pluralista*, cit. pp. 148-149; **R. PRODOMO**, *La medicina tra misurazione e narrazione*, in *Medicina e Multiculturalismo*, cit., pp. 3-22.



Resta, però, da stabilire quali scelte di politica sanitaria sono necessarie per far sì che l'approccio narrativo concorra alla definizione del rapporto salute/immigrazione.

Al riguardo emergono, almeno, due aree d'intervento.

In primo luogo, il percorso formativo dei medici, che dovrebbe preparare a gestire anche la diversità culturale e religiosa, quantomeno in termini di consapevolezza e d'informazioni generali di natura antropologica e religiosa⁶⁷.

In secondo luogo, una revisione dei protocolli d'intervento sanitari. Tali protocolli andrebbero modulati in modo da consentire al medico di riporre al centro la relazione terapeutica, di utilizzare l'approccio narrativo in tale relazione e di optare per soluzioni di cura che siano il risultato della integrazione o contaminazione tra modelli della medicina occidentale e credenze e codici di altre culture.

Col che si risponderebbe, in un ambito specifico ma d'estremo rilievo, alla pressante esigenza di sostenibilità delle differenze che caratterizza, ormai, il nostro quotidiano.

Parole chiave: diritto alla salute, religione, immigrazione, consenso informato, cure alternative, barriere culturali.

Abstract: The paper analyzes the impact of religious and cultural factor in the therapeutic relationship and the performance of health services, highlighting the need for management policies of religious and cultural diversity to achieve strategies and approaches to fair and efficient health care.

⁶⁷ Sull'importanza di un supporto antropologico all'attività medica si veda **G. RAMALANJAONA, M.L. MARTIN**, *Culturally Competent Faculty*, in *Diversity and Inclusion in Quality Patient Care*, cit., pp. 31-37; **B. MAISANO**, *Esperienze di mediazione culturale in sanità*, cit., p. 110.

Per la necessità di una formazione dei medici che vada nel senso della realizzazione di una medicina transculturale cfr. altresì il Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Problemi bioetici in una società multietnica*, 16 gennaio 1998 (in www.governo.it/bioetica/pareri).

Va, peraltro, rilevato che la funzionalità della consulenza antropologica alla gestione del paziente straniero è speculare alla funzionalità della consulenza antropologica all'attività degli organi giudiziari dei Paesi di accoglienza. Su questo specifico aspetto cfr. **I. RUGGIU**, *Il giudice antropologo. Costituzione e tecniche di composizione dei conflitti multiculturali*, Franco Angeli, Milano, 2012.

Ancor oltre, sulla necessaria interazione fra diritto e antropologia postulata dalla società multietnica si veda **M. RICCA**, *Culture interdette. Modernità, migrazioni, diritto interculturale*, Bollati Boringhieri, Torino, 2013, specialmente pp. 201-322; **S. FERLITO**, *Le religioni, il giurista e l'antropologo*, cit., specialmente pp. 93-135.



Keywords: right to health, religion, immigration, informed consent, alternative care, cultural barriers.