



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS)

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e
delle Relazioni Interpersonali**

Elaborato finale

Processi migratori e ostracismo sanitario

Migration processes and healthcare ostracism

Relatore

Prof. Adriano Zamperini

Laureanda: Lisa Zaccariotto

Matricola: 2011507

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO 1.....	7
1. Modalità di accesso all'assistenza sanitaria: il punto di vista dei migranti.....	7
1.1. Normative e legislazioni.....	7
○ Cos'è il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e con quali requisiti vi si accede.....	7
○ Differenza tra uno straniero regolarmente soggiornante e uno non regolarmente soggiornante.....	9
○ Denuncia di uno straniero irregolarmente soggiornante.....	10
1.2. Uno sguardo al reale: incoerenze nell'applicazione delle leggi.....	11
○ Disuguaglianze in termini di assistenza sanitaria.....	11
○ Barriere e permeabilità ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale.....	12
○ Stato di salute della popolazione migrante in Italia.....	14
CAPITOLO 2.....	16
2. Modalità di accesso all'assistenza sanitaria: il punto di vista degli operatori sanitari.....	16
○ Fattori che agiscono nella relazione tra il personale sanitario e i migranti.....	16
○ Il ruolo dell'istruzione e dei docenti delle facoltà di medicina.....	20
○ Autopercezione medica.....	23
○ Formazione di stereotipi e pregiudizi.....	24
CAPITOLO 3.....	27
3. Quali sono delle possibili risoluzioni per fronteggiare il problema?.....	27
○ La competenza culturale.....	27
○ Componenti della competenza culturale.....	28
○ L'approccio coproduttivo nell'incontro clinico.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	36

INTRODUZIONE

Il termine “ostracismo” deriva dal greco *ὄστρακον*, che letteralmente significa “frammento di terracotta”. Trova pertanto le sue radici nell’antica Grecia, precisamente nella città di Atene, e consisteva in un bando politico il cui obiettivo era allontanare dalla città un cittadino ritenuto pericoloso per lo Stato. La scelta avveniva tramite una votazione democratica da parte dell’assemblea popolare, l’*ecclesia*, il cui compito era decidere in merito a questioni di interesse pubblico e alla quale potevano partecipare solo i cittadini, ossia i maschi aventi diritto di voto. La votazione avveniva scrivendo il nome di una persona su un frammento di terracotta, e affinché il voto fosse considerato valido, vi dovevano partecipare almeno 6000 cittadini.

La persona ostracizzata era obbligata a trascorrere un certo periodo di tempo (inizialmente 10 anni) al di fuori del territorio cittadino. Tuttavia, continuava a godere di alcune leggi: conservava i suoi beni materiali e i suoi diritti, e non poteva essere nominato dall’ *ecclesia* più di una volta all’anno.

A subire l’ostracizzazione erano generalmente figure importanti e di spicco della storia sociale e soprattutto politica dell’epoca, come Aristide, Temistocle e Tucidide di Melesia.

Al giorno d’oggi, si utilizza il termine “ostracismo” soprattutto in antropologia, per riferirsi a determinati atteggiamenti e comportamenti che il membro di un gruppo sociale o politico può subire per mano della comunità stessa. In particolare, sono coloro che detengono determinati poteri o influenze all’interno della comunità ad escludere ed emarginare alcuni componenti del gruppo che hanno violato determinate regole del gruppo stesso. Queste forme di esclusione fanno spesso leva su forme di coazione sociale.

Nel presente elaborato, si accosta il termine ostracismo con i suoi vari significati al fenomeno migratorio, in particolare per quanto riguarda l’accesso dei pazienti migranti all’assistenza sanitaria nel paese di arrivo.

Il tema delle migrazioni è uno dei temi più caldi dell’attuale panorama socio-politico internazionale, uno dei più discussi e al contempo dei più controversi.

A fronte di tante teorizzazioni scientifiche, discussioni politiche e dibattiti animati da principi di equità ed uguaglianza, raramente corrisponde una risoluzione pratica delle problematiche. Eppure, non c’è mai stata tanta urgenza di dare una risposta concreta alle situazioni di difficoltà che quotidianamente un migrante su trova ad affrontare.

In questo elaborato si evidenzia la complessità di questo problema, il quale è strutturato su più livelli all'interno della nostra società. Partiamo passando in rassegna le legislazioni che normano l'accesso all'assistenza sanitaria da parte dei pazienti migranti, tenendo presente le distinte difficoltà incontrate dai migranti regolarmente soggiornati e da quelli invece non regolarmente soggiornanti; proseguiamo elencando le barriere che quasi ogni migrante incontra nel suo percorso di accesso alla salute; dedichiamo anche degli opportuni approfondimenti all'altro grande protagonista dell'incontro clinico, l'operatore sanitario, con le sue difficoltà ad approcciarsi a sua volta ad un paziente con un background sociale e culturale differente dal suo; concludiamo trattando specificatamente la relazione paziente migrante-medico, proponendo delle soluzioni per un miglioramento del rapporto diadico.

L'elaborato, quindi, si propone di esaminare le dinamiche che ruotano attorno all'accesso alla assistenza sanitaria, evidenziando come le difficoltà e le barriere si strutturino vorticosamente attorno ad essa. Possiamo pertanto riferirci a questo fenomeno con il termine di "violenza strutturale".

CAPITOLO 1

Modalità di accesso all'assistenza sanitaria: il punto di vista dei migranti

1. Normative e legislazioni

1.1. Cos'è il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e con quali requisiti vi si accede

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) comprende tutti i servizi e le strutture che garantiscono il diritto alla salute e all'assistenza sanitaria di tutti i cittadini, sia italiani che stranieri. Questo diritto è tutelato dall'articolo 32 della Costituzione Italiana, il quale sancisce che *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. Il diritto alla salute non può quindi dipendere dalla cittadinanza o dallo *status* (regolare o irregolare) di residenza, in quanto il diritto alla salute preserva l'integrità fisica della persona, intesa come garante della dignità umana, dalla quale a sua volta dipende la piena realizzazione della persona. Inoltre, non è solo un diritto individuale ma anche un interesse collettivo, nel rispetto della sicurezza e della salute della società in generale.

L'iscrizione al SSN avviene rivolgendosi all'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di riferimento, in base al luogo in cui si detiene la residenza oppure il domicilio effettivo; ha una durata che coincide con quella del permesso di soggiorno, e mantiene la sua validità in caso di necessità di rinnovo del permesso stesso. L'ASL dovrà provvedere all'eliminazione del nominativo del cittadino straniero (1) dall'anagrafe sanitaria solo quando la Questura comunicherà che il permesso di soggiorno non è stato rinnovato, oppure nel caso in cui sia stato revocato o annullato. Invece nel caso in cui il cittadino straniero certifica di aver presentato ricorso, l'iscrizione al SSN viene mantenuta fino ad ulteriori segnalazioni di inadempienza da parte della Questura.

L'iscrizione al SSN è certificata dalla Tessera Sanitaria, un documento individuale che permette di accedere ad una serie di prestazioni sanitarie. La tessera ha la stessa validità temporale del permesso di soggiorno. Nel caso in cui un cittadino straniero stia attendendo il rilascio del permesso di soggiorno, può comunque iscriversi al SSN tramite un codice fiscale provvisorio, fornito nel momento di rilascio all'ASL della ricevuta della richiesta di regolarizzazione. L'ASL in questo caso consegna un certificato sostitutivo con il numero identificativo della tessera sanitaria, la quale sarà fornita una volta ultimato l'iter di regolarizzazione.

L'iscrizione al SSN è di due tipologie: obbligatoria o volontaria. L'iscrizione obbligatoria è garantita per le seguenti categorie di persone:

- I cittadini stranieri che possiedono un permesso di soggiorno regolare, e che svolgano regolarmente un lavoro, che sia esso subordinato o autonomo, oppure che abbiano effettuato l'iscrizione alle liste di collocamento presso i Centri per l'Impiego, indipendentemente dalla cittadinanza
- I cittadini stranieri che soggiornano in modo regolare e che hanno fatto richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno per vari motivi (familiari, di asilo, di lavoro subordinato o autonomo, per protezione sussidiaria, per protezione speciale, per cure mediche o gravidanza, per riconoscimento della cittadinanza)
- I cittadini stranieri in procinto di ricevere il primo permesso di soggiorno
- In generale, l'iscrizione obbligatoria è gratuita e garantisce parità di diritti e doveri con i cittadini italiani

L'iscrizione volontaria è garantita invece per le seguenti categorie di persone:

- I cittadini stranieri che detengono un permesso di soggiorno per residenza, ma che non svolgono attività lavorative
- In generale, i cittadini stranieri che si stabiliscono in Italia per un periodo superiore a tre mesi, ma che non hanno il diritto ad accedere all'iscrizione obbligatoria, sono comunque tenuti a stipulare un'assicurazione in caso di malattia, infortunio o maternità, tramite una polizza assicurativa privata, ossia l'iscrizione volontaria al SSN tramite il pagamento di un contributo forfettario annuale. L'iscrizione volontaria ha la durata di un anno solare (1° gennaio – 1° dicembre), non dipende dall'eventuale scadenza del permesso di soggiorno (previa richiesta di rinnovo), non è frazionabile e non ha decorrenza retroattiva. Questa tipologia d'iscrizione garantisce parità di

trattamento rispetto al cittadino italiano, tranne per quanto riguarda il conferimento della tessera TEAM (in quanto essa non è prevista)

1.2. Differenza tra uno straniero regolarmente soggiornante e uno non regolarmente soggiornante

Innanzitutto, definiamo la differenza tra queste due categorie di persone. Gli stranieri regolarmente soggiornanti hanno perseguito canali legali di ingresso nel Paese. Invece gli stranieri non regolarmente soggiornanti non possiedono uno *status* legale nel Paese di arrivo.

Lo straniero regolarmente soggiornante ha diritto all'iscrizione al SSN, e di conseguenza all'assistenza sanitaria da esso fornita al pari di un cittadino italiano. Inoltre, l'assistenza sanitaria è garantita anche ai familiari (purché anch'essi regolarmente soggiornanti) a carico del cittadino straniero. Nell'eventualità in cui il cittadino straniero non sia iscritto al SSN, l'assistenza sanitaria viene comunque garantita, previo pagamento. In particolare, se il cittadino straniero proviene da Paesi con cui l'Italia ha stretto degli accordi internazionali bilaterali o multilaterali, l'assistenza sanitaria è accessibile secondo le modalità definite dall'accordo, e con obbligo di reciprocità tra i Paesi.

Lo straniero non regolarmente soggiornante (con permesso di soggiorno scaduto, oppure che ha effettuato l'ingresso nel Paese ma non ha seguito le procedure legali per accedervi a norma di legge) ha sempre il diritto a usufruire di assistenza sanitaria urgente ed essenziale (anche nel caso in cui ci fosse necessità di continuità delle cure) ed all'accesso ai programmi di medicina preventiva, per salvaguardare la propria salute e quella della collettività. La *Circolare del Ministero della Salute del 24 Marzo 2000 n.5** fornisce una definizione di cure urgenti ed essenziali. Per cure urgenti si intendono le cure imprescindibili per la vita di una persona, senza le quali essa sarebbe in serio pericolo di vita. Per cure essenziali invece si intendono le cure effettuate in caso di patologie non pericolose nel breve termine, ma che nel lungo termine potrebbero mettere seriamente a rischio la vita della persona. Inoltre, nel caso in cui l'utente non riesca autonomamente a coprire le spese mediche, esse vengono prestate ugualmente ed in modalità gratuita, compilando il modulo di "dichiarazione di indigenza" fornito dal Ministero della Salute, il quale ha validità di sei mesi. Questa dichiarazione permette di accedere comunque alle

cure (ma solo in caso di situazioni pericolose per la vita della persona) esonerandosi dal pagamento delle stesse, a parità di condizione dei cittadini italiani.

1.3. Denuncia di uno straniero non regolarmente soggiornante

Il diritto alla salute di uno straniero non regolarmente soggiornante è considerato più importante rispetto alla sua condizione di irregolarità, e anche alla sua intenzione di richiedere o meno un permesso di soggiorno. Ecco perché, com'è segnalato nell'*articolo 35, comma 5, Testo Unico sull'Immigrazione* (il quale fa riferimento alla *legge 6 Marzo 1998, n.40, art.33**), per il personale sanitario è vietato segnalare alle autorità di polizia la presenza di uno straniero non regolarmente soggiornante nel caso in cui egli si rechi presso una struttura ospedaliera, tranne nei casi in cui ci sia obbligo di referto (a parità di trattamento con il cittadino italiano). Il caso di obbligo di referto è disciplinato dall'*articolo 35 Codice Penale**. Inoltre, tramite la *Circolare del 27 Novembre 2009, n.12*, il Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione ha ribadito il divieto di segnalazione anche in seguito all'entrata in vigore del reato di ingresso e soggiorno irregolare sul territorio nazionale (sancito dalla *legge 15 luglio 2009, n.94**), in quanto si tratta di un reato classificabile come contravvenzione e non come delitto.

Per lo straniero non regolarmente soggiornante vi è un'ulteriore tutela, garantita dal divieto di espulsione nel caso in cui lo stesso necessiti di cure urgenti ed inderogabili. La decisione ultima spetta comunque al giudice designato per la conferma o meno dell'espulsione, sulla base di *Corte Costituzionale, Sentenza 17 luglio 2001, n. 252**, dopo un attento esame della situazione personale e di salute dell'interessato.

Al fine di garantire riservatezza e anonimato allo straniero non regolarmente soggiornante, è prevista un'ulteriore misura, ossia il "codice regionale STP (Straniero Temporaneamente Presente)". È una tipologia di tessera sanitaria che permette all'utente di non esibire documenti nel momento in cui si presenti la necessità di recarsi presso una struttura ospedaliera, in quanto gli assegna un codice identificativo, riconosciuto in tutto il territorio nazionale. È comunque necessario per il cittadino straniero registrarsi con le proprie generalità (anche se non possiede un documento d'identità) sia per l'accertamento di eventuali responsabilità da parte del personale sanitario, sia per riferire di eventuali malattie infettive e diffuse, che richiedono una comunicazione immediata

e obbligatoria. Il codice STP ha validità di sei mesi ed è rinnovabile. Consente di accedere alle cure per problematiche urgenti ed essenziali (anche quelle continuative), e alle prestazioni che salvaguardano la salute individuale e collettiva.

2. Uno sguardo al reale: incoerenze nell'applicazione delle leggi

A fronte della legislazione precedentemente presentata, sembrerebbe che l'incontro tra il migrante e l'assistenza sanitaria del Paese ospite garantisca le migliori condizioni di fruibilità e preservi il diritto alla salute, a prescindere dalle diversità. Ma questo quadro teorico contrasta fortemente con la realtà sanitaria del Paese di arrivo, contribuendo ad aumentare le disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria.

2.1. Disuguaglianze in termini di assistenza sanitaria

Le disuguaglianze sanitarie dipendono da una molteplicità di fattori. Per prima cosa però è importante inquadrare la situazione dal punto di vista politico.

Le leggi che tutelano l'immigrazione sono dettate *in primis* a livello europeo, e successivamente anche a livello nazionale. L'applicazione delle norme deve essere però garantita dalle amministrazioni locali, le quali sono le prime a renderle operative. Infatti, l'inserimento nella società, l'integrazione con il tessuto urbano e la promozione della salute dei migranti sono realizzati a livello della comunità locale. A fronte di questa struttura gerarchica della politica, che a livello teorico garantisce una buona suddivisione dei compiti, nella pratica si verifica spesso una discontinuità tra l'approvazione e l'emanazione delle leggi, e la loro applicazione nella quotidianità. Questa mancata applicazione uniforme delle normative è dovuta ad un processo di decentralizzazione amministrativa e politica dell'offerta sanitaria, soprattutto per quanto riguarda la garanzia di accesso all'assistenza sanitaria delle categorie più fragili, come i migranti irregolari. Sempre più spesso situazioni di difficoltà vengono prese a pretesto per non garantire l'applicazione delle leggi in modo adeguato. Nonostante le indicazioni siano emanate a livello nazionale, sono poi le varie regioni che si occupano della loro applicazione pratica. Possono quindi generarsi sostanziali differenze per quanto riguarda l'applicazione delle

normative vigenti e l'accesso all'assistenza sanitaria, e l'offerta dei servizi sanitari può essere anche molto lontana dalle indicazioni nazionali ed europee.

L'assenza di indicazioni in merito ad un'applicazione pratica delle norme che sia valida a livello nazionale non agevola nell'individuazione di metodologie per monitorare la modalità e frequenza di richiesta dei servizi sanitari e la capacità di risposta da parte delle strutture stesse. Questa diversità nelle modalità di accesso crea confusione all'utente migrante, ed ostacola ancora di più la comprensione del funzionamento del SSN, già di per sé complessa. Un altro ruolo chiave lo gioca il clima politico che aleggia tra partiti di ideologie diverse, sia a livello nazionale che locale, perché l'attenzione viene maggiormente concentrata sui diverbi tra i vari partiti, invece che sulla risoluzione delle problematiche quotidiane in tema di sanità.

2.2. Barriere e permeabilità ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale

Tra il migrante e l'accesso all'assistenza sanitaria si possono frapporre diverse barriere:

- Barriera giuridico-legale: comprende incertezze e disinformazione in merito ai propri diritti fondamentali, e alle normative in tema di assistenza sanitaria vigenti nel Paese di arrivo. Ad esempio, l'introduzione del reato di ingresso e di soggiorno irregolare ha aumentato il timore da parte della popolazione migrante di essere segnalata (soprattutto gli irregolari). Questo li porta a preferire l'autogestione in caso di malattia, piuttosto che il rivolgersi ad una struttura pubblica.
- Barriera economica: lo status di migrante è spesso associato alla condizione di indigenza, soprattutto per quanto riguarda i migranti irregolari e quelli regolari da poco stabilizzatisi nel nuovo Paese. Questa barriera è alimentata dalle condizioni sociali di marginalità, dalla povertà e dagli stili di vita insalubri, con i quali i migranti spesso si trovano ad interfacciarsi, specialmente le categorie più fragili.
- Barriera burocratico-amministrativa: paradossalmente, le pratiche burocratiche vengono considerate più importanti dell'applicazione delle stesse leggi. Per esempio, nel caso di richieste di rimborso alle Prefetture per ricoveri di migranti irregolari o indigenti, spesso le richieste vengono istruite con la segnalazione dei dati personali del migrante. Inoltre, la burocrazia può ostacolare le intenzioni di tutela e di cura,

senza citare il fatto che la burocrazia può essere fonte, oltre che di ritardo in termini temporali, anche di ambiguità.

- **Barriera organizzativa:** frequentemente i servizi sanitari mancano di flessibilità e non sono disponibili nelle giornate o nelle fasce orarie nelle quali potrebbero accedervi con maggiore comodità gli utenti. Quindi, ad esempio, alcune persone possono essere portate a scegliere di non curarsi pur di non perdere il posto di lavoro, in quanto impossibilitate a dirigersi fisicamente in una struttura sanitaria. Per barriera organizzativa si intende anche la tipologia di personale presente in determinate giornate e fasce orarie: si fa riferimento alla richiesta di donne provenienti da particolari contesti sociali e culturali, che hanno la necessità di essere visitate da medici donne. Viene perciò messa a rischio persino la fruibilità fisica del servizio.
- **Barriera linguistica, comunicativa:** solitamente, per un qualsiasi paziente è difficile esprimere attraverso il linguaggio la considerazione che egli ha del proprio disagio e il vissuto personale legato al sintomo, ossia il significato ad esso attribuito. Questo processo per un migrante che non conosce la lingua di riferimento è ovviamente ancora più complesso.
- **Barriera interpretativa:** questa tipologia di barriera evidenzia come la concezione di salute, malattia e cura dipendono dalla cultura di appartenenza, hanno significati simbolici culturalmente dipendenti. Non s'intende con questo pretendere che ogni operatore sanitario sia al contempo un medico e un antropologo sanitario, ma potrebbe porsi in una condizione di ascolto ed empatia, capacità venute meno con l'avvento della medicina dei nostri giorni, prettamente tecnologica ed iperspecialistica. Questo mette in evidenza come la relazione terapeutica possa essere interessata da dinamiche molto complesse, in quanto il rischio in cui si incorre è di risultare estranei al paziente, rendendo inefficace il rapporto e di conseguenza le prospettive positive di guarigione. Tende a diminuire la fiducia da parte del migrante, e di conseguenza da parte della comunità di appartenenza, verso nel sistema sanitario del Paese ospite, favorendo un progressivo allontanamento.
- **Barriera culturale:** i migranti fanno uso di concetti e categorie per riferirsi alle problematiche di salute differenti rispetto a quelle occidentali. Vi è dunque una stretta relazione tra condizione sanitaria e condizione sociale del migrante, tale che lo stesso SSN si presenta come un'istituzione che si fa garante anche della mediazione

culturale (o quantomeno, a livello teorico). La classificazione delle malattie e l'organizzazione della sanità stessa, oltre che al rapporto sintomo-malattia-terapia, sono diverse da Paese a Paese, e ancora di più quando si parla di continenti differenti. Ad esempio, in molti Paesi non esiste la possibilità di accedere alla medicina preventiva, e questa mancanza di conoscenza rende ancora più difficoltoso l'accesso da parte del migrante a questo strumento, di per sé assai utile.

- Barriera comportamentale: si verificano da parte del personale sanitario, il quale può venire influenzato da stigmi e pregiudizi, sia politici che culturali, e di conseguenza può avere un comportamento inadeguato dal punto di vista professionale. Allo stesso tempo, anche il migrante potrebbe aver già sviluppato una propria considerazione in merito alla sanità del Paese ospitante e del personale sanitario, in termini di pregiudizi.

2.3. Stato di salute della popolazione migrante in Italia

Lo stato di salute di un migrante dipende da varie condizioni. Può essere avvenuta un'esposizione a situazioni rischiose nel suo Paese d'origine, come disastri ambientali, epidemie e condizioni pericolose per la salute in generale; il percorso migratorio stesso, che mette a dura prova sotto tutti i punti di vista, da quello fisico a quello psicologico; e nondimeno l'arrivo nel Paese ospitante, dove le barriere a cui un migrante va incontro sono molte, come la disposizione all'accoglienza del Paese stesso (la quale a sua volta dipende dalle leggi, ma allo stesso tempo le può influenzare), la presenza di servizi volti a garantire assistenza al migrante e le condizioni di vita in generale (economiche, ambientali ecc). La maggior parte dei migranti che giungono in Italia è in buone condizioni di salute, in quanto (generalmente) vengono scelte per affrontare il viaggio persone che si trovano in un buon stato di salute. Si chiama "effetto migrante sano" ed è una sorta di selezione all'origine, prima che il viaggio venga intrapreso. Quando giungono a destinazione però subentrano condizioni di vita difficili, il che comporta un impoverimento del loro stato di salute. Inoltre, con l'aumento dei flussi migratori, l'"effetto migrante sano" avrà la tendenza a scomparire, in quanto il numero delle persone che partiranno aumenterà sempre più, a prescindere dalle condizioni di salute al momento della partenza.

Talvolta, le condizioni di salute dei migranti paradossalmente si aggravano nel Paese di arrivo. Questo non perché soffrano di una salute più cagionevole dei cittadini autoctoni, ma perché vivono in condizioni decisamente più sfavorevoli per quanto riguarda l'accesso ai servizi, il livello d'istruzione, il reddito, le difficoltà linguistiche, le barriere legali, la qualità degli alloggi, le incomprensioni culturali. Inoltre, la maggior parte dei migranti svolge i cosiddetti lavori "3-D" (*dirty, dangerous, demanding*), ossia lavori sporchi, pericolosi e impegnativi, che espongono maggiormente a rischi ed incidenti, e di conseguenza lo stato di salute ne risente.

CAPITOLO 2

Modalità di accesso all'assistenza sanitaria: il punto di vista degli operatori sanitari

1. Fattori che agiscono nella relazione tra il personale sanitario e i migranti

Dopo aver affrontato la questione dell'accesso all'assistenza sanitaria dal punto di vista dei migranti, affrontiamola ora dal punto di vista del personale sanitario. Quali sono le loro percezioni e i loro atteggiamenti? Quali sono le sfide che si trovano quotidianamente ad affrontare, e le barriere che incontrano nella loro pratica lavorativa?

Non c'è molta letteratura scientifica di pertinenza del contesto italiano che ponga l'attenzione sul personale sanitario e sulla sua visione in merito all'argomento. Ecco perché in questo capitolo citerò articoli provenienti dalla letteratura scientifica europea, e anche internazionale, ma che possono offrire uno spunto di riflessione anche per il panorama sanitario italiano.

Innanzitutto, definiamo cosa intendiamo con il termine "personale/operatore sanitario": sono tutte le persone che si occupano di fornire servizi (sia pubblici che privati) nelle strutture sanitarie (ospedali, unità di assistenza primaria, comunità cliniche). Anche l'OMS fornisce una definizione nel 2006, definendoli come *"tutte le persone impegnate principalmente in azioni con l'intento primario di migliorare la salute"* *.

Può essere utile nel corso di questa analisi fare riferimento ad un quadro teorico concettuale. Uno a mio parere interessante è il *"Modello a quattro livelli del sistema sanitario"* (Ferlie e Shortell, 2001, pp. 281–315)* (vedi figura 1), il quale spiega che un equo accesso all'assistenza sanitaria e una buona ripartizione dei servizi sanitari dipende dalla cooperazione a vari livelli dell'intero sistema sanitario: livello del singolo paziente, livello del team di assistenza, livello di organizzazione o luogo di lavoro (sono comprese le infrastrutture e le varie risorse che esso mette a disposizione), livello sociale (come la legislazione, l'economia e la cultura del paese di riferimento). Quindi le problematiche che un operatore sanitario può trovarsi ad affrontare dipendono non solo dalla relazione individuale con un paziente, ma da tutta una serie di condizioni proprie del contesto in cui lavora.

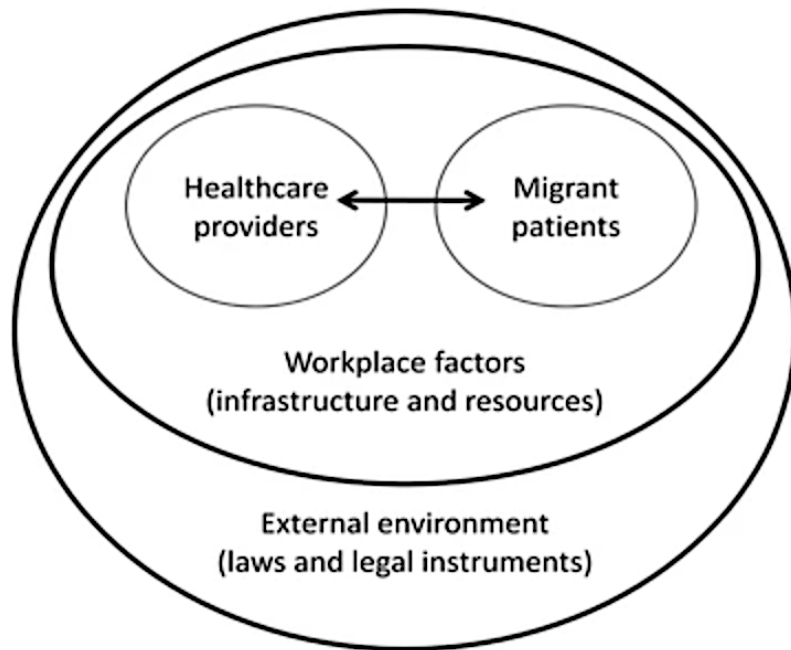


Figura 1 “Modello a quattro livelli del sistema sanitario” di Ferlie e Shortell

Analizzeremo la questione tenendo presente la suddivisione offerta dal modello, osservandola da tre punti di vista: il rapporto tra pazienti migranti e personale sanitario, il rapporto tra il contesto professionale e il personale sanitario, il condizionamento da parte di agenti esterni come le leggi che normano l’accesso all’assistenza sanitaria.

Iniziamo con il rapporto tra pazienti migranti e personale sanitario.

Un grande ostacolo è costituito dalla barriera linguistica e culturale, che impedisce una comunicazione efficace. Fa parte delle concezioni culturali anche il rapporto tra i generi, il quale differisce per ogni cultura. Spesso gli operatori uomini non riescono a comprendere le necessità delle donne in stato di maternità; viceversa, spesso le operatrici donne riportano una mancanza di rispetto da parte dei pazienti migranti maschi (s’intende della medicina occidentale).

Inoltre, vi è una mancata conoscenza del sistema sanitario del paese di arrivo da parte dei pazienti migranti, mentre gli operatori sanitari spesso non sono in grado di affrontare le malattie dei migranti in modo olistico. Ciò causa disinteresse da parte dei medici verso le problematiche che vanno oltre la malattia intesa in senso “fisico”, affrontando la malattia in modo più superficiale e diretto, senza soffermarsi su problematiche psicologiche e di interpretazione culturale. È più semplice avere questo tipo di atteggiamenti se si lavora in reparto di clinica, piuttosto che in reparti di emergenza,

dove è invece richiesto un approccio più rapido ed immediato, centrato sulla risoluzione istantanea dell'emergenza e senza la necessità di avere un contatto con il paziente prolungato nel tempo.

Passiamo ora al rapporto tra il contesto professionale e il personale sanitario.

Vi è una condivisa apprensione tra gli operatori sanitari per quanto riguarda i complessi e difficili carichi di lavoro (in termini di mansioni da svolgere e di tempistiche), e la scarsa disponibilità di risorse umane, nonché delle dubbie capacità istituzionali di far fronte a tali mancanze.

Per quanto riguarda l'ostacolo della comunicazione citato in precedenza, sono stati proposti dei servizi che garantiscono sia in presenza che in via telematica (ossia tramite telefono) assistenza. Ma, nonostante ciò, non si garantisce né qualità né un effettivo accesso al servizio, in quanto questo strumento aumenta in realtà il carico di lavoro del personale infermieristico, soprattutto nel caso in cui la problematica del paziente necessitasse di cure urgenti.

Un'altra proposta sarebbe assumere direttamente personale sanitario di varie origini etniche, in modo tale che gli operatori sanitari possano fungere direttamente loro da "intermediari culturali", in maniera più efficace e diretta di un servizio di interpretariato.

Un ulteriore ostacolo è insito nella discrepanza tra le linee guida per la fornitura dei servizi sanitari (normate anche dalle leggi), e gli atteggiamenti e convinzioni dei pazienti migranti. Questa contraddizione genera stress tra gli operatori sanitari. Ad esempio, in alcune culture c'è una partecipazione familiare collettiva alla malattia di un singolo membro della famiglia, e questo comporta che intere famiglie affollino i corridoi dell'ospedale per supportare il malato, impedendo così le procedure di assistenza del personale infermieristico. Un altro caso è rappresentato dall'assistenza al parto di donne che avevano subito l'infibulazione: spesso i medici si ritrovano ad eseguire un taglio cesareo piuttosto che un'operazione di defibulazione, in quanto quest'ultima non è prevista dai protocolli medici, causando così una maggiore probabilità di danni alla madre e al neonato.

Infine, abbiamo il condizionamento da parte di agenti esterni come le leggi che normano l'accesso all'assistenza sanitaria.

Le norme professionali hanno una ascendenza importante sul comportamento e l'atteggiamento del personale sanitario. A pesare invece sui pazienti migranti sono soprattutto le questioni amministrative, che causano notevoli ritardi, e il costo di alcune spese mediche, che grava soprattutto sui migranti privi di documenti.

Alcuni operatori sanitari hanno provato a sottrarsi a certe dinamiche statali e obblighi amministrativi tramite delle vie più informali, ad esempio rivolgendosi alle organizzazioni non governative (ONG)

le quali sono sottoposte a minori obbligazioni da parte delle autorità governative. In questi casi, il personale sanitario considera i migranti come una popolazione vulnerabile, a volte anche come una potenziale minaccia per i cittadini, in quanto potenziali veicoli di malattie infettive ed epidemiche. Alla luce di quanto appena analizzato, possiamo affidare a due tematiche la discussione dei contenuti esaminati: complessità nella gestione dell'assistenza sanitaria tenendo presente le diversità culturali, e gli errori culturali che si possono commettere; relazione tra l'etica professionale e le politiche sanitarie (a volte restrittive).

Iniziamo con la complessità nella gestione dell'assistenza sanitaria tenendo presente le diversità culturali, e gli errori culturali che si possono commettere.

L'assistenza sanitaria culturalmente sensibile è uno strumento utile ad incrementare il benessere dei migranti in termini di salute. Tuttavia, metterla in pratica nella realtà sanitaria non è un'azione priva di ostacoli. È stato prima citato il servizio di interpreti, che però richiede alla struttura ospedaliera uno sforzo in termini di risorse e tempistiche abbastanza cospicuo. Inoltre, non basta superare le diversità linguistiche per avere una comprensione del paziente completa, in quanto manca ancora la cognizione dei comportamenti e delle credenze culturali. Spesso, infatti, "difficoltà linguistica" è un termine generico (accettato dai più) per definire quelle che in realtà sono problematiche che non hanno a che fare con la capacità comunicativa in sé, ma con l'atteggiamento e la predisposizione ad affrontare i problemi di comunicazione. Tutto questo genera in alcuni operatori sanitari la paura di essere accusati di razzismo, se il paziente migrante non fosse stato soddisfatto del servizio di cura svolto. La probabilità di commettere degli errori, anche involontari, dal punto di vista culturale in un sistema come questo è infatti molto elevata, e la sfiducia da parte dei pazienti sempre maggiore.

Discutiamo invece ora la relazione tra l'etica professionale e le politiche sanitarie (a volte restrittive).

Il diritto internazionale garantisce (in teoria) i diritti dei migranti, e tra questi vi è quello relativo all'assistenza sanitaria. Ma se si guarda alla realtà dell'applicazione delle leggi, spesso esse vengono interpretate in modi differenti, sia in base al paese a cui ci si riferisce, sia all'interno del paese stesso, e dipendono anche dai cambiamenti economici e politici in atto in un preciso periodo storico.

I professionisti sanitari detti "formali" (ossia medici ed infermieri) hanno più margini di discrezionalità e manovra, qualora volessero aiutare comunque i migranti in particolare difficoltà (ad esempio, quelli irregolarmente presenti) aggirando quindi le leggi quando lo ritengono necessario; mentre il personale di supporto utilizza di meno questa tipologia di scappatoie, in

quanto è meno subordinato dalle leggi professionali. In genere questi professionisti, quindi, considerano i migranti come meritevoli di ricevere cure gratuite in quanto è un loro diritto. Ma non tutti la pensano così, infatti coloro che invece si oppongono all'accesso libero dei migranti all'assistenza sanitaria ritengono che essi approfittino del sistema sanitario, espropriandone perfino le risorse. C'è un'ulteriore categoria di professionisti, che si colloca nel mezzo tra le due sopracitate, la quale ritiene che i migranti possano accedere all'assistenza gratuita per una questione di aiuto umanitario o filantropia, più che per un diritto; è quindi un privilegio per loro, a cui possono accedere in quanto considerati popolazione vulnerabile.

La questione etica, dunque, può creare disagi nella relazione tra operatori e pazienti migranti, contribuendo ad allontanare il migrante dall'assistenza sanitaria.

Le istituzioni e i membri della politica dovrebbero prendere coscienza di questo, e dovrebbero contribuire a creare un contesto favorevole all'accoglienza, con una capacità istituzionale idonea alla gestione di questa tipologia di flussi.

Possiamo quindi dividere in tre macrocategorie le difficoltà riscontrate dagli operatori sanitari:

- Diversità linguistiche e nelle credenze culturali
- Capacità istituzionale limitata (vincoli temporali e di risorse all'interno dell'ambiente lavorativo)
- Antitesi tra l'etica professionale e le leggi che normano ai migranti l'accesso all'assistenza sanitaria

2. Il ruolo dell'istruzione e dei docenti nelle facoltà di medicina

Quali sono le motivazioni e le cause sottostanti a questa situazione? Per rispondere a questa domanda, ci viene in aiuto uno studio in particolare, *More than an education: The hidden curriculum, professional attitudes and career choice* (Phillips, Susan P; Clarke, Matthew; 2012) il quale si propone di capire il motivo per il quale spesso la pratica lavorativa degli operatori sanitari sia offuscata da comportamenti e convinzioni che comportano l'esclusione di determinate categorie di pazienti, in questo caso dei migranti.

Come accennato già in precedenza, è fondamentale per una buona risoluzione delle problematiche del paziente mantenere con lui una relazione permeata da uguaglianza, dignità ed empatia. Questi valori, al di là della sfera di vita privata ed delle esperienze personali di ogni medico, devono essere trasmessi in maniera continuativa anche durante la loro istruzione. Questo compito viene affidato

alle facoltà di medicina, le quali oltre ad insegnare dal punto di vista nozionistico e pratico che cosa fa un medico, veicolano anche importanti messaggi impliciti in merito a cosa significa essere un medico.

Spesso però i docenti, a prescindere dal fatto che lo facciano in modo intenzionale o involontario, lasciano trapelare nel corso delle lezioni le loro idee e valori personali. I concetti curricolari risentono sempre di un contesto di apprendimento modellato dagli insegnanti, che diventa una costante per lo studente.

Questo fenomeno l'articolo lo definisce con il nome di "curriculum nascosto", il quale plasma in maniera implicita gli studenti e le loro scelte professionali, i loro atteggiamenti e comportamenti. La presenza del curriculum nascosto è correlata a dei processi ben precisi: perdita di idealismo, adozione di un'identità professionale "ritualizzata", neutralizzazione emotiva, cambiamento della concezione etica, accettazione della gerarchia.

Ma cosa comporta la presenza di questo curriculum nascosto? Gli studenti si accorgono che gli aspetti scientifici sono messi sempre più alla prova da quelli etici e culturali, e devono quindi essere posti sempre in una posizione di rilievo rispetto ai secondi in quanto più importanti, mentre i secondi devono essere trattati in modo più superficiale. Di conseguenza, risulta più facile lasciare a lato dei gruppi di pazienti con particolari caratteristiche o appartenenti a gruppi di minoranza, soprattutto se anche i docenti a loro volta li scherniscono e hanno verso di loro dei pregiudizi negativi. Questi commenti vanno però a minare la professionalità dei docenti e ad incentivare una diminuzione della capacità empatica degli studenti man mano che i loro studi procedono.

Davanti a questa situazione gli studenti devono scegliere se mantenere le proprie idee e valori, oppure adeguarsi al pensiero del docente e, più in grande, del sistema. In genere rispondono identificandosi con le considerazioni dei docenti, in quanto lo ritengono necessario al fine di avere una buona carriera. Gli studenti cercano di dare un senso alle concezioni degli insegnanti, di adattarvisi e, qualora necessario, mettere in discussione i propri valori. Questo non li lascia privi di conseguenze, in quanto spesso passano attraverso fenomeni dissociativi oppure sviluppano narrazioni personali che giustificano il loro adeguarsi alle convinzioni dell'insegnante.

Il curriculum nascosto è sempre presente ma rimane implicito fino a che gli studenti non colgono la dissonanza tra le convinzioni degli insegnanti e i loro valori, o le norme istituzionali. Ad ogni modo, gli studenti (come riporta l'articolo) si sono dimostrati generalmente consapevoli della presenza del curriculum nascosto, in tre situazioni ben precise. In primo luogo, quando i valori e le concezioni del docente entravano in conflitto con quelli riconosciuti dalle istituzioni mediche (ad esempio quando

i pazienti migranti venivano emarginati solo in quanto appartenenti a gruppi di minoranza). In secondo luogo, quando lo studente si rendeva consapevole della contraddizione con i propri valori personali. In terzo luogo, quando l'atteggiamento empatico ed altruista verso i pazienti ha preso il posto degli interessi personali dell'insegnante, o delle aspettative che gli studenti avevano nei loro riguardi.

Quando si rendevano conto delle sopracitate incoerenze, come reagivano gli studenti? Generalmente, nonostante riconoscessero di avere delle possibilità di reazione e "ribellione", non si sono mai esposti con i propri docenti, forse per il timore di mettere in pericolo la propria carriera futura.

In conclusione, un giovane medico in formazione si trova a dover mediare tra tre mondi, ai quali appartiene ugualmente: il suo mondo personale, il mondo della medicina mostrato dai docenti, e la loro percezione del mondo del paziente. Questi tre mondi sono strettamente interconnessi, e quando si scontrano tra loro, gli studenti percepiscono come preponderante il sottostare alla gerarchia, e non desiderano reagire ai propri insegnanti bensì adeguarsi al loro mondo, anche se si chiedono se quanto è accaduto sia etico e professionale, o meno. Preferiscono piuttosto distanziarsi dalle loro altre identità. Se alcuni studenti, per vari motivi, si sentono "atipici" rispetto ad altri loro compagni, si trovavano a combattere costantemente contro il loro disagio e la negazione di ciò che sono pur di continuare la loro carriera.

Ad ogni modo, gli studenti riportano di non essere influenzati da tutte queste dissonanze, e spesso le ignorano, in quanto credono che il loro lavoro richiederà sempre una certa resilienza, nonché mettere da parte i loro valori o bisogni quando questi entrano in contrasto con la medicina che praticheranno. Nonostante la loro convinzione di un non-coinvolgimento, in realtà il curriculum nascosto ha un ruolo importante nella loro formazione accademica e poi professionale.

I docenti delle facoltà di medicina dovrebbero essere consapevoli di questa situazione e dovrebbero saper tenere distinti i propri valori e concezioni dalla loro pratica professionale ed educativa, in quanto già di per sé è un contesto in cui le differenze di potere limitano la capacità espressiva e di dialogo degli studenti.

Qui di seguito, per agevolare la comprensione degli argomenti sopracitati, inserisco un riassunto grafico (vedi figura 2):

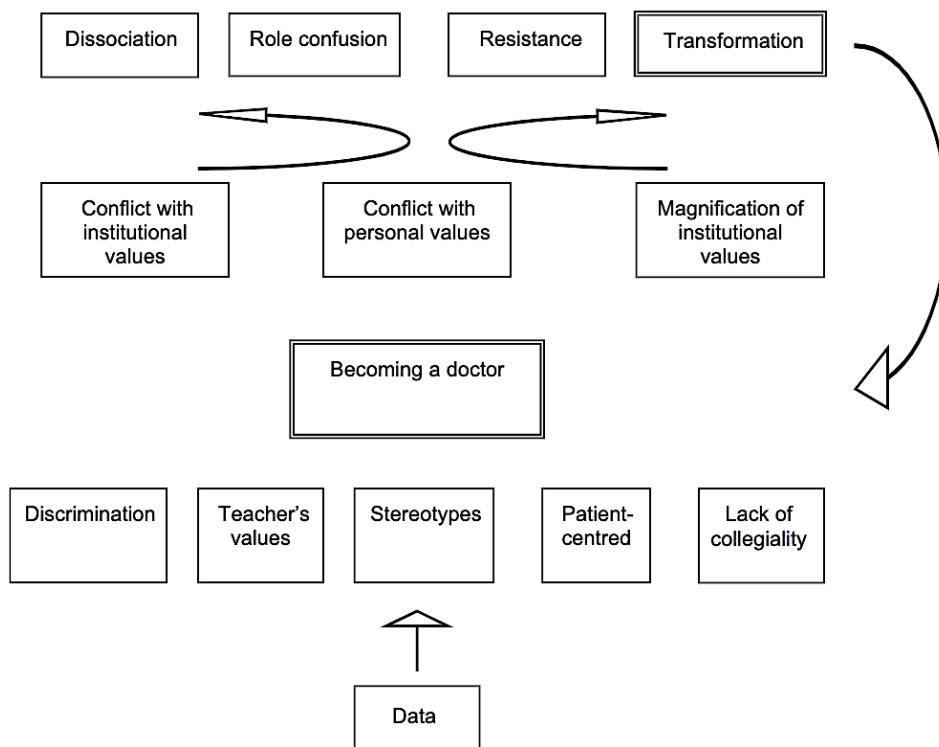


Figura 2 “Cosa hanno osservato gli studenti, come si sono sentiti e cosa hanno fatto”

3. Autopercezione medica

Generalmente, i medici hanno una percezione di sé distante rispetto ad un paziente con un background migratorio, e hanno difficoltà ad empatizzare. Il personale sanitario riporta descrizioni di sintomi e malattie incongruenti, esagerate ed imprecise da parte dei pazienti, che non corrispondevano (secondo i medici) alla realtà, alimentando il distanziamento emotivo e di conseguenza riducendo l’impegno nella cura delle loro problematiche. A loro volta i pazienti, vedendo gli operatori sanitari distanti, rifiutano con sempre maggior forza il trattamento clinico. La percezione del paziente migrante come un “estraneo” alimenta la paura del medico di occuparsi di lui per paura di commettere errori culturali.

Spesso a causa dell’exasperazione il personale sanitario accettava che i pazienti non fossero adeguatamente informati delle loro reali problematiche e dei trattamenti ai quali stavano andando incontro, facendo firmare le dichiarazioni di consenso anche quando il paziente non aveva oggettivamente capito cosa stesse firmando.

Si susseguono una delega di responsabilità dai medici ai pazienti, e viceversa. I medici attribuiscono il fallimento delle interazioni alle mancate capacità comunicative dei pazienti e ai loro comportamenti quasi sempre per loro incomprensibili e fuori luogo; i pazienti dal canto loro lamentano un comportamento inadeguato e poco empatico da parte dei medici.

Vediamo dunque come la non-conoscenza dell'altra cultura comporti esiti quasi sempre negativi.

Si viene a creare una situazione per la quale solo la lettura di un cognome straniero da parte del medico generava in lui preoccupazione e tensione, e il pregiudizio iniziava ad agire già anticipatamente rispetto al primo contatto. I pregiudizi svolgono un ruolo fondamentale in tutto questo. Spesso gli operatori sanitari compiono attribuzioni negative o peggiorative verso determinati gruppi etnici. Queste distinzioni sono effettuate sulla base di differenze linguistiche, di aspetto o comportamento, che risultavano diverse rispetto al paziente prototipico europeo. Siccome questi pazienti erano considerati come dissimili rispetto alla norma, automaticamente erano considerati irritanti e disturbanti (anche se la maggior parte delle volte l'attribuzione di caratteristiche negative non era dovuta tanto ad un comportamento del paziente in sé, ma piuttosto a delle irritazioni sporadiche dell'operatore sanitario, che venivano però attribuite ad interi gruppi etnici. Le esperienze negative individuali vengono dunque generalizzate). La presenza di pregiudizi nella pratica clinica comporta una declassazione dei pazienti migranti, i quali non vengono più considerati come individui, con le proprie peculiarità e diritti.

Quella che chiamiamo "cultura" lavora spesso al di sotto della nostra soglia di consapevolezza, di conseguenza quando ci confrontiamo con i fattori culturali propri di un paziente (e diversi dai nostri) possono emergere dei sentimenti molto forti che agiscono da meccanismi di difesa nel momento in cui le convinzioni dei medici non li rispettano e sono intolleranti verso l'ambiguità che l'incontro interculturale può generare.

4. Formazione di stereotipi e pregiudizi

Parlando di stereotipi, può capitare di trovarsi davanti ad una situazione piuttosto ambigua: come mai i pregiudizi razziali persistono nonostante le persone affermino mediamente di condividere i principi di uguaglianza sociale?

I processi umani di elaborazione delle informazioni possono essere caratterizzati da una disconnessione involontaria tra intenzionalità di un pensiero ed influenza sul processo decisionale da parte di tutta una serie di fattori. Sono stati individuati due sistemi di apprendimento e memoria,

distinti ma interconnessi, definiti “ad apprendimento lento” e “a legame veloce”. Il primo è un sistema molto adattivo, che non richiede impegno né elaborazione e agisce rapidamente ed inconsciamente, senza soffermarsi sull’interpretazione di ogni singolo stimolo. Presenta delle controindicazioni nel momento in cui le informazioni generiche associate ad una determinata categoria di persone sono in automatico riferite ad ogni membro appartenente alla suddetta categoria. Il secondo invece viene utilizzato quando ragioniamo consapevolmente su qualcosa, mettendo in atto un controllo attento e volontario dei nostri pensieri. Questa tipologia di elaborazione però necessita di risorse cognitive, una certa disponibilità di tempo e motivazione, e la presenza di poche distrazioni nell’ambiente circostante. Le informazioni processate da questo sistema sono facilmente verbalizzabili, in quanto sono atteggiamenti coscienti e accessibili da un’introspezione consapevole.

Vediamo ora come queste due tipologie di elaborazione hanno un ruolo nella formazione degli stereotipi all’interno del contesto sanitario.

Partiamo dalla considerazione che prendersi cura di un paziente e al contempo immagazzinare informazioni che lo riguardano richiede un notevole sforzo cognitivo, e la motivazione a prestare attenzione a tutte queste informazioni potrebbe non essere sufficiente.

Generalmente, i contesti clinici sono caratterizzati da carichi di lavoro pesanti, che comportano grande stanchezza, distrazione, pressione. Come accennato in precedenza, nel momento in cui siamo sottoposti a questo tipo di condizioni, è più facile prendere decisioni sulla base di cognizioni automatiche, come gli stereotipi, in quanto questi implicano un limitato utilizzo di risorse cognitive, permettendo alle rimanenti di concentrarsi sulle mansioni da svolgere e su altre responsabilità. Questo processo si chiama “cognizione implicita”, ed è caratterizzata da emozioni e script comportamentali non verbali.

La cognizione implicita si verifica anche se le cognizioni cosce degli operatori sanitari vanno in tutt’altra direzione, risultando così incoerenti con le loro reazioni automatiche ed inconsapevoli. È stato infatti dimostrato che anche se le convinzioni inconsapevoli hanno dimostrato la presenza di pregiudizi negativi verso i pazienti, le convinzioni consapevoli erano in realtà onestamente prive di pregiudizi ed egualitarie.

Spesso accade che i medici si trovino a dover effettuare delle diagnosi complesse in poco tempo, con poche o ambigue informazioni sul paziente, e possano colmare questo divario facendo uso di credenze associate al background sociale e culturale del paziente migrante. Gli stereotipi infatti sono

una struttura preconfezionata che permette un rapido accesso ad un insieme di conoscenze anche vasto in poco tempo e con poco dispendio di energie.

A tutto questo si aggiunge un fenomeno ampiamente studiato dalla psicologia sociale, ossia la differenza tra ingroup e outgroup, i quali danno un contributo non indifferente alla formazione dei pregiudizi.

Gli operatori sanitari, come tutti gli esseri umani, sono portati a favorire coloro ai quali si sentono simili, a prescindere dai loro valori egualitari, e alla formazione di pregiudizi intergruppo che favoriscono sempre l'ingroup.

Generalmente, i membri dell'ingroup hanno più probabilità di essere considerati sulla base delle loro caratteristiche individuali e sono visti come più eterogenei, sono più meritevoli di fiducia e quindi si tende a dare loro il "beneficio del dubbio" in caso di situazioni ambigue, oppure si attribuisce la colpa a fattori situazionali.

I membri dell'outgroup sono invece considerati come più omogenei tra loro, il loro comportamento è più facilmente associato a fattori stabili e disposizionali e nel caso in cui commettano delle infrazioni si presume che queste verranno con buona probabilità ripetute anche in un futuro.

Tutto questo causa un trattamento differenziale tra pazienti che appartengono allo stesso ingroup dell'operatore sanitario, e pazienti che invece appartengono ad un outgroup. Ad esempio, gli operatori sanitari possono interpretare gli stessi risultati clinici in maniera differente in base alla tipologia di paziente con cui si trovano ad interagire, proponendo diagnosi differenti.

Inoltre, i medici possono inconsapevolmente ricercare una "conferma comportamentale" delle loro preconcezioni in merito ad una determinata tipologia di paziente. Generalmente si trovano anche più a loro agio (sia pazienti che medici) ad interfacciarsi con un individuo etnicamente concordante, in quanto questo incontro genera soddisfazione e sicurezza da entrambe le parti.

Il comportamento dell'operatore sanitario può dunque concorrere ad aumentare le disparità razziali nell'accesso all'assistenza sanitaria anche involontariamente. Lo sviluppo di stereotipi e pregiudizi, infatti, non dipende solo dal singolo medico, ma dal contesto lavorativo in cui è inserito, che a causa degli elevati carichi di lavoro e delle condizioni spesso stressanti, causa affaticamento, pressione e una conseguente riduzione della capacità cognitiva.

Si evidenzia come sia importante introdurre dei cambiamenti strutturali affinché all'operatore sanitario siano garantite delle condizioni lavorative più agevoli, consentendogli di andare oltre la categorizzazione sociale e di avere le necessarie risorse cognitive per farlo.

CAPITOLO 3

Quali sono delle possibili risoluzioni per fronteggiare il problema?

1. La competenza culturale

Alla luce delle considerazioni espresse da parte del personale sanitario, esposte nel precedente capitolo, sorge spontanea una domanda: i medici, dunque, vengono opportunamente formati per approcciarsi in modo adeguato a pazienti con un background geografico, economico, etnico e sociale differente dal contesto di riferimento proprio dei medici stessi?

Abbiamo visto come la cultura giochi un ruolo chiave nel forgiare il modo di concepire e di approcciarsi alla salute, e più in grande al sistema sanità.

Da questa definizione di cultura nasce l'espressione "competenza culturale", come primo tentativo di riunire tutte le abilità e le conoscenze necessarie al fine di un miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e di una progressiva eliminazione delle differenze nell'accesso all'assistenza sanitaria da parte di realtà etniche diverse da quella dominante in un preciso contesto geografico. Inizialmente, i primi tentativi di approccio a questo nuovo "curriculum educativo" si sono focalizzati sull'insegnamento di valori, credenze, comportamenti e atteggiamenti propri di specifici gruppi di persone, accumulate da uno stesso background sociale e culturale, che si trovava spesso in contrasto con la medicina occidentale. Questo poteva facilitare la conoscenza delle loro convinzioni sanitarie, e portare forse ad un miglioramento della pratica clinica.

Si riscontrarono però presto delle lacune insite in questo tipo di approccio alla competenza culturale, in quanto i medici, a fronte di una moltitudine di culture differenti, erano spesso in difficoltà nell'immagazzinare tutta una serie di informazioni culturali in maniera puramente nozionistica. Questo comportò una scarsa fiducia da parte del personale sanitario verso questo tipo di metodologia, con una conseguente semplificazione delle varie sfaccettature intrinseche ad una cultura e ad una formulazione di ipotesi decontestualizzate e semplificate, nel tentativo di comprendere un paziente così diverso da sé. In questo caso, un approccio di questo tipo alla competenza culturale andava paradossalmente ad aumentare la stereotipizzazione di certi gruppi di pazienti, semplificando situazioni tutt'altro che semplificabili, e diminuendo la probabilità di un esito positivo nella cura.

Ecco perché l'approccio alla competenza culturale non deve consistere esclusivamente in un "manuale" che spiega come approcciarsi a pazienti con background differenti in maniera iperspecifica (e soprattutto così tanto teorica), bensì deve avvalersi anche di metodologie più pratiche e generali, che consentano di comprendere non solo le caratteristiche specifiche di ogni cultura, ma anche l'effetto che questi fattori culturali e sociali hanno nella formazione dei valori, delle credenze e dei comportamenti di una persona verso la tematica della salute, e di come questo si ripercuota nella relazione medico-paziente. Si tratta di competenze e abilità "transnazionali" e trasversali alle diverse culture, che è importante implementare nei curricula formativi dei giovani medici, ed implicano approfondimenti sull'importanza dell'empatia e del rispetto, oltre che della curiosità verso un contesto sociale così diverso dal proprio. È un curriculum che offre strumenti pratici e strategie diagnostiche e terapeutiche per essere efficaci in molteplici situazioni, e alla presenza di varie tipologie di pazienti.

L'educazione alla competenza culturale dovrebbe quindi colmare la distanza culturale che un medico ed un paziente potrebbero ritrovarsi a fronteggiare. Questa distanza potrebbe essere in taluni casi molto ampia, portando ad una negazione del trattamento da parte del paziente. In altri casi, potrebbe essere meno insormontabile e basata su una temporanea non-sintonizzazione tra le due parti.

Sicuramente l'acquisizione della competenza culturale da sola non basta, servono anche altri elementi come, ad esempio, adottare un approccio al paziente che lo metta al centro dell'assistenza sanitaria e una comunicazione efficace. Inoltre, l'educazione a questo tipo di approccio è molto lenta, in quanto non riguarda una mera interiorizzazione di nozioni.

Come abbiamo già detto in conclusione al secondo capitolo, la cultura offre una lente attraverso cui vedere il mondo, e a questa presa di consapevolezza già di per sé non scontata, si aggiunge il fatto che ognuno di noi appartiene a culture diverse (sociale, religiosa, professionale, familiare) seppure geograficamente possiamo trovarci in uno stesso luogo. Il concetto di cultura è complesso e sfaccettato, e proprio per questo interpretarlo in maniera univoca non è così semplice.

2. Componenti della competenza culturale

Essere competenti culturalmente parlando richiede dunque sia la conoscenza di aspetti specifici della cultura di riferimento, sia l'acquisizione di abilità generali e di atteggiamenti che favoriscano il dialogo interculturale. È importante dunque conoscere il contesto sociale in cui si sviluppa una

determinata malattia in una cultura diversa dalla nostra, ma anche la storia del gruppo sociale a cui il paziente appartiene, e in generale le informazioni storiche e culturali rilevanti.

Discuteremo ora di alcuni importanti elementi che fanno parte del costrutto più ampio denominato "cultura", e che sono particolarmente rilevanti soprattutto in tema di medicina non-occidentale: la religione, i rimedi casalinghi (o naturali), la sfiducia nei confronti delle figure autoritarie, la concordanza etnica, l'analfabetismo sanitario.

Iniziamo parlando del credo religioso.

Spesso un orientamento religioso molto radicato nella storia di vita di un paziente potrebbe accentuare un approccio olistico alla medicina e alla salute, in quanto la religione può essere una fonte di sostegno emotivo e correlare anche positivamente in un'ottica di miglioramento della salute del paziente stesso.

Tuttavia, nel momento in cui un migrante si affaccia alla concezione di medicina occidentale, questi due mondi potrebbero entrare in disaccordo tra loro, anche se a volte non si contraddicono l'un l'altro, ma vengono forzate a scontrarsi da altri fattori. In alcune religioni, si crede in alcuni poteri spirituali per migliorare determinati stati di salute particolarmente gravosi, con una conseguente influenza anche sugli atteggiamenti e sulle pratiche sanitarie. C'è un profondo senso della spiritualità, legata indissolubilmente a quasi tutti gli ambiti della loro vita.

I pazienti migranti spesso si aspettano che anche le loro credenze religiose e spirituali possano avere un ruolo nell'incontro clinico, e nel caso in cui ciò non si verifichi, la conseguenza più immediata è una forte sfiducia da parte del paziente verso l'operatore sanitario, ritardi nella diagnosi di malattie, e un accesso ritardato all'assistenza ossia quando ormai il disagio è presente in uno stadio avanzato del suo corso.

È vero anche che le credenze religiose possono influenzare l'atteggiamento dei pazienti migranti verso la medicina occidentale, spesso marcatamente, in alcuni casi facilitando l'avvio e il mantenimento di una costanza nel tempo di un determinato trattamento, in altri casi ostacolando. Bisognerebbe dunque facilitare l'influenza positiva che la fede potrebbe avere nella cura, e diminuire quella negativa (quest'ultima si manifesta ad esempio nel caso di ritardo diagnostico, scarsa adesione ad un eventuale trattamento farmacologico, e una generale visione fredda e distaccata della pratica clinica occidentale).

Un punto di vista medico-scientifico non è necessario che elimini completamente le prospettive più spirituali e sul versante del credo religioso, bensì potrebbe utilizzarle al fine di un trattamento di cura più efficace. D'altronde, anche in occidente vi sono vari ospedali, strutture o associazioni

mediche con un preciso orientamento religioso (anche se non estremista), ma ciò non impedisce un approccio alla malattia basato su evidenze scientifiche e comprovate.

Sono dunque i medici che hanno i compiti di spiegare ai pazienti che le loro credenze possono rappresentare un vantaggio nell'approccio alla malattia, e non per forza in conflitto con degli interventi clinici necessari e talvolta tempestivi. Questo renderebbe sicuramente più fruttuosi e positivi gli incontri clinici interculturali.

Quello che viene richiesto al medico è dunque un approccio rispettoso verso il credo di un paziente migrante, ad esempio discutendo assieme a lui e alla sua famiglia se le modalità con le quali verrà erogato un servizio o un intervento sono compatibili con i loro bisogni culturali, con una conseguente comunicazione più efficace e un miglioramento dello stato d'animo del paziente. I pazienti stessi definiscono un buon medico sulla base della sua capacità di considerare i bisogni spirituali al pari di quelli biologici.

Connesso al tema religioso abbiamo quello dei rimedi casalinghi o naturali.

Spesso i pazienti migranti (in particolare i più anziani) prima di rivolgersi alle istituzioni mediche, viste spesso come inospitali e poco disponibili, sono ricorsi a rimedi casalinghi (in genere erboristici), i quali sono spesso visti come una valida (e più rassicurante) alternativa alla medicina occidentale. Sono molto comuni nelle religioni e nelle credenze extra-occidentali, e possono anche comprendere componenti spirituali, con rituali specifici di invocazione e preghiera al fine di godere di uno stato di salute migliore.

Agli operatori sanitari è richiesta un'attenzione ancora maggiore a queste tematiche così radicate nella storia sociale di un individuo, in quanto riguardano delle concezioni che spesso ostacolano l'accesso alla componente farmacologica di un trattamento. Non viene richiesto ai medici certamente di condividere tali credenze, anche perché spesso è lecita una non approvazione dal punto di vista prettamente scientifico, ma di mantenere comunque un'attitudine non giudicante e non denigratoria, al fine di favorire una cooperazione con il paziente. Di nuovo, l'aspetto più importante è il rispetto, in quanto è su questo che si fonda una relazione di fiducia utile al fine più importante: il sollievo e la possibile guarigione del paziente.

La relazione medico-paziente, inoltre, può essere caratterizzata da una forte componente di sfiducia nei confronti delle figure autoritarie, e più in generale delle istituzioni.

Questa sfiducia si manifesta spesso a priori, ossia ancora prima dell'incontro clinico vero e proprio, ed è dovuta alla storia di discriminazione razziale che un paziente appartenente ad una determinata comunità culturale può aver subito nel passato anche per lunghi periodi, e che può star subendo

tutt'ora. A volte i timori dei pazienti trovavano conferma già nelle prime fasi dell'assistenza sanitaria, altre volte il loro timore di essere vittima di pregiudizi razziali anche nel paese di arrivo contribuisce a creare fin da subito un clima di disparità razziale. Al contrario, un clima più disteso e meno pervaso dai pregiudizi agevola l'adesione del paziente al trattamento di cura, nonostante le difficoltà dettate da altri fattori come i costi, la burocrazia e la barriera linguistica.

La diffidenza del paziente verso l'autorità trova a volte conferma nel suo credo religioso (soprattutto se è fondamentalista), e può contribuire a ritardare un approccio alla cura di tipo medico-scientifico, privilegiando trattamenti spirituali o mediati da rimedi erboristici.

Un fattore che invece indubbiamente facilita il dialogo interculturale in un contesto ospedaliero è la concordanza etnica tra medico e paziente.

Questi incontri vengono giudicati da parte dei pazienti come più gratificanti e funzionali ad una comprensione della malattia più chiara ed immediata. Tuttavia, è difficile che questa sia la condizione in cui un paziente migrante avrà più probabilità di trovarsi in un futuro, in quanto i dati demografici di pazienti migranti e medici evidenziano una netta maggioranza dei primi rispetto ai secondi, in termini di popolosità demografica. Inoltre, al giorno d'oggi vi è un grande movimento di medici per questioni accademiche e lavorative, per cui è inevitabile la presenza di medici provenienti da vari contesti etnici in uno spazio geografico preciso e delimitato, rendendo inevitabile il dialogo clinico interculturale. A maggior ragione è necessario quindi l'implemento dell'educazione alla competenza culturale nei *curricula* medici.

Infine, vi è il persistente e diffuso problema dell'analfabetismo sanitario, soprattutto nei gruppi con un background sociale ed economico svantaggiato.

Riguarda la marcata difficoltà a comprendere le informazioni, i ruoli e le procedure caratterizzanti l'incontro clinico. La conseguenza inevitabile è un prolungamento delle tempistiche con cui avviene un consulto medico, un aumento dei costi e una riduzione dell'efficienza dei servizi. Come citato in precedenza, una possibile soluzione a questo problema è l'introduzione della figura dell'educatore sanitario (nel caso in cui non ci fosse la possibilità di comunicare con un medico etnicamente concordante). L'educatore sanitario è una figura che si occupa di sostenere pazienti migranti con una scarsa alfabetizzazione sanitaria, una difficoltà a prendersi cura di se stessi dovuta anche alle complicazioni incontrate durante il viaggio e agli ostacoli nell'adattamento ad una nuova vita e società, e una importante barriera linguistica che si frappone fra loro e gli operatori sanitari.

In conclusione, possiamo affermare che l'educazione interculturale degli operatori sanitari si compone di tre parti: la promozione della consapevolezza dei propri atteggiamenti (che include

anche l'autoriflessione); la conoscenza delle problematiche che l'incontro interculturale può generare; lo sviluppo di competenze etnografiche per comprendere il contesto sociale e culturale in cui una malattia si sviluppa e viene intesa.

La competenza culturale è composta dunque da varie sotto-competenze, che riguardano sia la conoscenza che l'assunzione di determinati stili di comunicazione e attitudinali basati sulla consapevolezza delle diversità culturali.

All'interno dell'ambito delle conoscenze troviamo lo studio della storia, della sociologia, delle credenze culturali e religiose dei pazienti migranti, del razzismo storico e il ruolo che questi ambiti hanno nella concezione della salute e nel favorire o meno l'accesso all'assistenza sanitaria.

Nell'ambito dell'autoriflessione invece abbiamo le varie forme in cui si manifesta il pregiudizio. Vi sono varie tipologie di pregiudizio, che spaziano da quello personale, a quello istituzionale, a quello interiorizzato, a quello sottile ed inconsapevole.

Questa sfida è ancora più grande, e allo stesso tempo più necessaria, se si riflette sul fatto che viviamo in una società profondamente multiculturale, e dunque sia i pazienti che gli operatori sanitari sono spesso etnicamente lontani uno dall'altro.

Alla luce di tutte queste problematiche, esistono dunque degli approcci che possono essere implementati nella formazione pre e post-universitaria, utili ad un miglioramento della situazione? Qui di seguito ne riporterò in particolare una a mio avviso interessante: l'approccio coproduttivo nell'incontro clinico.

3. L'approccio coproduttivo nell'incontro clinico

Abbiamo finora discusso dell'importanza della centralità del paziente nell'incontro clinico. Ma come mai, nonostante l'utilità (e anche necessità) di adottare questo tipo di prospettiva nell'ambito dell'assistenza sanitaria, si riscontrano ancora delle difficoltà e delle inefficienze? Una causa è insita nell'eterogeneità degli stessi pazienti appartenenti a minoranze etniche, che rende difficile l'adozione di un approccio generalizzato. Un'altra causa consiste nell'accezione negativa che talvolta può accompagnare questo tipo di approccio al paziente, che può portare a considerarlo come un agente passivo nella relazione diadica paziente-medico, rendendolo per gran parte dipendente dall'operatore sanitario. È stato per cui segnalato che questo approccio possa condurre ad una erogazione standardizzata dei servizi, contribuendo a fornire più che un servizio al paziente, un prodotto preimpostato e poco differenziato in base alle sue caratteristiche e bisogni.

L'approccio coproduttivo è una valida soluzione a questo problema. E' un concetto relativamente nuovo nel panorama sanitario occidentale, e si propone di creare una collaborazione il più efficace possibile e di valore, sia per il paziente che per il personale sanitario. Questo approccio considera tutti i servizi erogati come imprescindibili da decisioni collaborative e coprodotte, e focalizza l'attenzione sulla relazione paziente-medico. La visione del paziente, dunque, muta da una concezione di passività nella diade paziente-medico, ad una concezione più attiva e partecipativa, in un'ottica di miglioramento della qualità dell'assistenza stessa.

Questo approccio si dota di strategie innovative che aiutano il paziente a presentare le sue preoccupazioni in merito alla sua condizione di disagio, sentendosi autorizzato a fare domande senza accettare la diagnosi e il trattamento a priori, e dichiarando le sue aspettative in merito. Pertanto, il processo di decisione del trattamento e delle tempistiche con cui questo venga erogato deve essere opportunamente condiviso.

In questo scenario esercita un ruolo attivo anche la famiglia del paziente, con le sue necessità sociali, culturali, economiche e sanitarie. Un approccio così integrato genera valore, benessere e soddisfazione.

La coproduzione può agire in due aree in particolare, entrambe riguardanti la vita del paziente: la coproduzione "pura" riguarda la relazione medico-paziente, l'incontro clinico e i risultati che esso produce; ma tratta anche di come l'esperienza dell'incontro clinico si integri con l'esperienza di vita del paziente, al di fuori dell'ambito sanitario.

La seconda area di interesse dell'approccio coproduttivo in particolare è assai interessante, in quanto oltre che riguardare un incoraggiamento alla condivisione dei valori e delle credenze da parte del paziente (ed eventualmente anche della sua famiglia), implica anche un'attenzione da parte dell'operatore sanitario nel creare delle relazioni tra il paziente e il sistema istituzionale in cui ora si trova inserito. Ecco, quindi, che il sistema della cittadinanza e delle istituzioni entra a far parte del sistema coproduttivo.

Alcuni pazienti, in particolare i più svantaggiati dal punto di vista economico e magari in una situazione di analfabetismo sanitario, possono trarre vantaggio dalla coproduzione, se essa riesce ad eliminare i vincoli sottostanti alla fruizione dei servizi sanitari. Ecco che la figura del medico si delinea come un ponte fondamentale tra il paziente migrante e le istituzioni giuridiche e legislative, che normano l'accesso all'assistenza sanitaria, aumentandone la permeabilità nell'accesso e l'equità nella distribuzione dei servizi. Si parla infatti, tramite questo approccio, di un aumento del "valore pubblico" e del raggiungimento degli obiettivi e del benessere della società 2.0.

A tale proposito, una realtà da cui prendere spunto per migliorare la coproduzione in ambito sanitario sono i servizi sociali nel settore comunitario. Questo perché mentre in ambito sanitario la coproduzione è in genere di natura involontaria, in quanto i pazienti sono tenuti a collaborare con il medico se vogliono risolvere le loro problematiche, in ambito comunitario invece la coproduzione si basa più su azioni volontarie e consapevoli, che sarebbe utile trasporre anche nell'ambiente sanitario. Ad esempio, in ambito comunitario la coproduzione consiste nell'incentivare l'empowerment del cittadino e migliorare l'erogazione dei servizi di suo diritto in generale.

Tuttavia, il servizio sanitario coprodotto da pazienti migranti e medici è soggetto alla presenza di numerosi fattori, sia individuali che contestuali, che hanno un effetto sulla capacità di coprodurre. I fattori individuali comprendono il background sociale e culturale del paziente, l'esperienza con il sistema sanitario nel paese d'origine e le aspettative verso il sistema sanitario del paese di arrivo, la sua capacità di relazione e la propensione al coinvolgimento nella diade paziente-medico. Alcuni gruppi di pazienti possono essere meno improntati all'assumere un ruolo attivo nell'incontro clinico, con un conseguente minor supporto da parte dell'operatore sanitario, che potrebbe essere più riluttante nel coinvolgerlo.

I fattori individuali di pertinenza dell'operatore sanitario riguardano invece la sua preparazione accademica, la sua esperienza lavorativa con i migranti, la capacità di comprensione dei bisogni del paziente, eventuali atteggiamenti o pregiudizi verso i migranti in generale. Può capitare anche che, nonostante l'operatore sanitario sia motivato a non avere pregiudizi nei confronti dei pazienti migranti, possa comunque involontariamente stereotipare questi gruppi di pazienti a causa della loro grande diversità intrinseca. Non solo presentano caratteristiche differenti da quella della popolazione principale, ma anche a loro interno presentano ampie sfaccettature (etnia, cultura, religione, motivo della migrazione). Inoltre, a volte gli operatori sanitari riscontrano delle difficoltà nella condivisione del "potere diagnostico" con il paziente, dovuto a tratti temperamentali e caratteriali, che limitano la loro capacità di coprodurre.

I fattori contestuali invece possono essere sia oggettivi, e riguardano ad esempio l'organizzazione del sistema sanitario in generale, la legislazione in termini di assistenza sanitaria e i costi che un approccio innovativo può comportare, sia soggettivi, in quanto è fondamentale tenere conto del significato che medici e pazienti attribuiscono a queste componenti contestuali oggettive. La loro interpretazione, infatti, influenza l'interazione diadica durante l'incontro clinico.

(1) Il termine “straniero” non è sinonimo di immigrato. Per straniero si intendono anche persone provenienti da altri paesi europei o extraeuropei a sviluppo avanzato (PSA), le quali godono di un trattamento a parità dei cittadini italiani in merito all’assistenza sanitaria. Gli immigrati invece vengono da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) e provengono sia dall’Unione Europea, sia da Paesi extraeuropei.

Bisogna ulteriormente distinguere gli immigrati regolari (residenti in Italia con cittadinanza in un PFPM) e immigrati irregolari (STP) con cittadinanza in un PFPM e residenza all’estero.

(2) *: fonte non direttamente consultata

BIBLIOGRAFIA

Burgess, D. J., Fu, S. S., & Van Ryn, M. (2004). Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *Journal of General Internal Medicine*, 19(11), 1154–1159. Scopus. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30227.x>

Codice Penale art. 365 [PDF file].

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=29&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=030U1398&art.idArticolo=365&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1930-10-26&art.progressivo=0

Come si fa a curarsi in Italia? Gli stranieri possono iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale? (s.d.).

<https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-news/Dettaglio-news/id/2641/Come-si-fa-a-curarsi-in-Italia-Gli-stranieri-possono-isciversi-al-Servizio-Sanitario-Nazionale>

Eiser, A. R., & Ellis, G. (2007). Viewpoint: Cultural competence and the African American experience with health care: The case for specific content in cross-cultural education. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 82(2), 176–183.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31802d92ea>

EpiCentro. (s.d.). *Migranti e salute*

<https://www.epicentro.iss.it/migranti/>

EpiCentro. (s.d.). *Salute dei migranti: Un nuovo report OMS* <https://www.epicentro.iss.it/migranti/world-report-health-of-refugees-and-migrants-2022>

Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281–315. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00206>

Geraci, S., & Hamad, I. E. (2011). *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: Luci e ombre*. 8(3).

INMP – Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà. *MSNA – L'accesso alla salute – Guida al Servizio Sanitario Nazionale*. [PDF file] [https://tutelavolontaria.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2023-06/MSNA_L%27accesso alla salute%20-%20Guida al Servizio Sanitario Nazionale.pdf](https://tutelavolontaria.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2023-06/MSNA_L%27accesso%20alla%20salute%20-%20Guida%20al%20Servizio%20Sanitario%20Nazionale.pdf)

Jr, B. (2006). Cultural competence and medical education: Many names, many perspectives, one goal. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(6).
<https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000225211.77088.cb>

Karger, A., Lindtner-Rudolph, H., Mroczynski, R., Ziem, A., & Joksimovic, L. (2017). [‘How strange is the patient to me?’]. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 63(3), 280–296.
<https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.3.280>

L'accesso ai servizi sanitari degli immigrati in Italia. (s.d.)
<https://www.juragentium.org/topics/global/it/giunti.htm#11>

La Camera dei Deputati e il Senato della Repubblica. (2012). *Legge 15 luglio 2009, n.94* (13 marzo 2012) [PDF file]
<https://www.prefettura.it/FILES/AllegatiPag/1209/Legge%2015%20luglio%202009%2C%20n.%2094.pdf>

La Corte Costituzionale (2001). *Sentenza 5* (17 luglio 2001) [PDF file]. Luogo di pubblicazione: Gazzetta Ufficiale n. 29 del 25 luglio 2001.
<https://www.biodiritto.org/ocmultibinary/download/2383/22540/11/0b7c6625aa790d2afea19bae3f7e00cf.pdf/file/252-2001.pdf>

Legge n. 40 del 1998. (s.d.).
<https://www.parlamento.it/parlam/leggi/98040l.htm>

Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione. (2009). *Circolare n. 12/09* (27 novembre 2009) [PDF file] <https://www.integrazionemigranti.gov.it/AnteprimaPDF.aspx?id=1395>

Ministero della Sanità. (2000). *Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 <<Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero>> Disposizioni in materia di assistenza sanitaria*. (24 marzo 2000, n.5) [PDF file]. Luogo di pubblicazione: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n.126 del 01 giugno 2000.
<https://www.integrazionemigranti.gov.it/AnteprimaPDF.aspx?id=1392>

ostracismo—Treccani. (s.d.). Treccani. <https://www.treccani.it/enciclopedia/ostracismo/>,

<https://www.treccani.it/enciclopedia/ostracismo/>

Radl-Karimi, C., Nicolaisen, A., Sodemann, M., Batalden, P., & Von Plessen, C. (2018). *Coproduction of healthcare service with immigrant patients: Protocol of a scoping review*. *BMJ Open*, 8(2). Scopus.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019519>

Salute. (s.d.)

<https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-norme/Dettaglio-norma/id/12/Salute>

Salute, M. della. (s.d.). *Assistenza ai cittadini dei Paesi extra UE in Italia*.

<https://www.salute.gov.it/portale/assistenzaSanitaria/dettaglioContenutiAssistenzaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=1764&area=Assistenza%20sanitaria&menu=stranieri&tab=2>

Salute, M. della. (s.d.). *Assistenza ai cittadini dei Paesi extra UE in Italia*.

<https://www.salute.gov.it/portale/assistenzaSanitaria/dettaglioContenutiAssistenzaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=1764&area=Assistenza%20sanitaria&menu=stranieri&tab=1>

Scopus - Document details - More than an education: The hidden curriculum, professional attitudes and career choice | Signed in. (s.d.).

<https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84865279988&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=d0eed41dd6fbf1f43827d14e3579e6f&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2C%22MEDI%22%2Ct%2C%22SOC%22%2Ct%2Bscolang%2C%22English%22%2Ct&s=TITLE-ABS-KEY%28doctors+AND+have+AND+prejudices+AND+about+AND+immigrant+AND+patients%29&sl=83&sessionSearchId=d0eed41dd6fbf1f43827d14e3579e6f&relpos=8>

Stranieri irregolari e accesso alle strutture sanitarie. Che cos'è il codice STP? (s.d.).

<https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-news/Dettaglio-news/id/1867/Stranieri-irregolari-e-accesso-alle-strutture-sanitarie-Che-cose-il-codice-STP->

Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: A systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*, 15(1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z>

Testo unico sull'immigrazione. (2023) [PDF file]. Luogo di pubblicazione: Collana Codici Altalex

Titolo II - Rapporti etico-sociali. (2015, novembre 15). www.governo.it. <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali>