

NATASHA COLA

LE SFIDE DEL COVID-19 ALLA BIOETICA: IL CASO DEI MIGRANTI IRREGOLARI

SOMMARIO: *1. Introduzione. 2. Virus Sars-Cov 19, disuguaglianze sociali e razzismo strutturale. 3. Emergenza sindemica e vulnerabilità. 4. Emergenza sindemica e medicina interculturale. 5. Emergenza sindemica e Migranti Temporaneamente Presenti.*

1. Introduzione

La vulnerabilità umana è una delle realtà prepotentemente evidenziate dalla comparsa del Virus Sars-Cov-2. Fattori caratterizzanti tale vulnerabilità sono l'interdipendenza degli eventi e, insieme, degli esseri umani. Tutti sono, parimenti, esposti al rischio, alla sofferenza, alla malattia e all'imprevedibilità. Ciò non toglie che, si riscontrino effetti maggiormente negativi per i soggetti meno abbienti e/o in condizioni di precarietà bio-psico-sociale.

Le condizioni che permettono alle società di prosperare e di svilupparsi sono le stesse che consentono anche alle persone di godere di una buona salute favorita da eque opportunità di accesso all'istruzione, al lavoro, a un'abitazione e a un reddito dignitosi.

La salute contribuisce all'aumento della produttività, a una maggiore efficienza della forza lavoro, a un invecchiamento più sano, a ridurre i costi sanitari e sociali. Per garantire la salute ed il benessere della popolazione è fondamentale che i governi di tutti i Paesi collaborino per affrontare i determinanti sociali e individuali condizionanti la salute ed il suo mantenimento.

Le performance sanitarie ed economiche sono strettamente interconnesse non solo per il ruolo che la salute ha sulla produttività delle popolazioni, ma perché il settore sanitario nei Paesi a reddito medio-alto è il maggior motore per la ricerca e di promozione dell'innovazione¹.

1 World Health Organization, *Public Spending on Health: a closer look at global trends*, 2018 pp. 5-20.

La salute è globalmente migliorata negli ultimi decenni, ma con modalità profondamente differenziate tra i Paesi e, all'interno degli stessi, molti gruppi tra i quali le minoranze etniche e gruppi e comunità di migranti ne subiscono le conseguenze maggiori². Nonostante ciò, l'impatto del Virus ha rivelato la globale inadeguatezza dei sistemi di protezione sociale e dei sistemi sanitari dei paesi più ricchi ed evoluti anche dal punto di vista tecnologico e medico.

La riflessione da cui vorrei partire è relativa alle motivazioni per cui una pandemia avvenuta nel III millennio abbia avuto effetti devastanti globali concentrandomi, in particolare, sugli effetti nazionali e locali delle disuguaglianze sociali e come essa abbia generato ulteriori stratificazioni tra i soggetti fragili ricordando l'apporto fondamentale della medicina intercultuale e prendendo in esame il caso paradigmatico dei migranti irregolari e l'urgenza per un ben-essere allargato e condiviso, di politiche aventi come obiettivo cardine lo sviluppo di azioni finalizzate alla promozione di una sanità globale sempre più equa ed inclusiva.

2. *Virus Sars-Cov 19, disuguaglianze sociali e razzismo strutturale*

Quanto evidenziato permette di rilevare come il Virus andrebbe auspicabilmente considerato e definito, alla luce degli effetti maggiormente negativi in presenza di patologie e/o situazioni di fragilità concomitanti, come una vera e propria sindemia³. Questo approccio permette di porre in relazione gli effetti della patologia virale con le condizioni socio-economiche (livelli di istruzione, livelli di povertà, perdita del lavoro, densità demografica) ed ecologiche dei territori (riscaldamento globale, deforestazione, desertificazione) in una prospettiva sistemica e planetaria.

Letto in quest'ottica l'evento Covid ha dimostrato la sua scarsa "attitudine alla democrazia", facendo emergere, con l'evidenza dei numeri, differenti livelli di vulnerabilità sociale in comunità sostanzialmente diseguali⁴.

La sua diffusione è stata agevolata dalla presenza, sempre più frequente, nei Paesi ad alto e medio reddito, delle patologie cronico degenerative che colpiscono in maniera significativa e con esiti maggiormente infausti le classi sociali meno abbienti.

2 Cfr. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1819_allegato.pdf

3 M. Singer et al, *Syndemics and the social conception of health*, *Lancet* 2017, pp. 941-950.

4 Cfr. S. Maffettone, *Il Quarto shock*, Luiss University Press, Roma 2020.

Gli effetti distruttivi di questa sindemia sono stati rilevati, immediatamente, dagli studiosi che da subito evidenziavano come il Virus avesse effetti maggiormente letali sui gruppi di popolazione affetti da malattie croniche: le statistiche americane registravano, ad esempio, significative differenze nella mortalità tra gli afroamericani e i bianchi, circa il doppio, perché i primi erano maggiormente colpiti da malattie croniche e più esposti al contagio a causa delle loro condizioni lavorative ed abitative⁵.

È, così, emerso un determinante di salute, il *razzismo strutturale*, tendenzialmente poco considerato dalle politiche americane nonostante la popolazione afroamericana rappresenti il 13% dell'intera popolazione e che ha rilevato come il 26% di tutti i morti da COVID-19 appartenessero alla comunità afroamericana. Il *razzismo strutturale* esiste perché le pratiche discriminatorie in un settore rinforzano pratiche parallele in altri settori, creando sistemi interconnessi che, alla fine, producono iniquità nelle leggi e nelle politiche: istruzione, lavoro, casa, credito, sanità e giustizia rinforzano pratiche che permettono o addirittura incoraggiano discriminazioni, stereotipi e diseguale distribuzione delle risorse⁶. Tale forma di razzismo colpisce la salute attraverso una varietà di percorsi: traumi da privazione economica causata dal ridotto accesso al lavoro, maggiore esposizione all'uso di sostanze, inadeguato accesso all'assistenza sanitaria, diminuita partecipazione a stili di vita salutari, maggior esposizione al degrado socio-culturale⁷. Andando più nel dettaglio, le cause che sono alla base di maggiori indici di mortalità degli afroamericani sono i seguenti: maggiore impiego in lavori a medio-bassa qualifica diventati essenziali (addetti all'assistenza e alle pulizie negli ospedali e nelle residenze per anziani), commessi nelle catene di supermercati, operai delle industrie alimentari, fattorini. Questi lavoratori vivono, spesso, in contesti urbani e abitativi dove è più difficile mantenere il distanziamento fisico e soffrono di patologie croniche derivanti da scorretti stili di vita che facilitano le forme più gravi di COVID-19, sono meno coperti dalle assicurazioni sanitarie e hanno spesso riscontrato maggiori ostacoli per eseguire un tampone⁸.

5 M. Ravazzini, *Covid-19 in USA. Le disuguaglianze su base etnica*, *Salute Internazionale*, 16 Aprile 2020, <https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/Covid-19-e-usa-disuguaglianze-su-base-etnica/>.

6 R. Lodge, *Why I'm No Longer Talking to White People About Race*, Bloomsbury Publishing, Londra 2018.

7 L.E. Egede and J. Rebekah, R.J. Walker, *Structural Racism, Social Risk Factors, and Covid-19 — A Dangerous Convergence for Black Americans*, *N Engl J Med*, 383, September 2020.

8 K. McIntosh Et al., *Examining The Black-white gap*, February 27, 2020, <https://www.brookings.edu/blog/up-front/2020/02/27/examining-the-black-white-wealth-gap/>

Anche in Inghilterra si è riscontrato l'effetto del *razzismo strutturale* sulla pandemia: il tasso di mortalità per 100 mila abitanti è stato il più alto tra le persone di colore, 486 nelle donne e 649 negli uomini e più basso tra i bianchi, 220 nelle donne e 224 negli uomini⁹.

Una situazione piuttosto simile ha avuto luogo, secondo gli studi più recenti, anche in Francia dove il tasso di mortalità delle persone nate in paesi stranieri è risultato doppio rispetto alle persone nate nel paese e, soprattutto durante la prima ondata Covid-19, il tasso di mortalità tra le persone africane ed asiatiche è aumentato in maniera esponenziale¹⁰.

Nel nostro paese gli esperti, al momento, non hanno rilevato queste criticità, ma permangono comunque profonde disuguaglianze sociali e di salute.

Affrontare il razzismo strutturale e le disuguaglianze sanitarie è essenziale affinché i servizi sanitari siano accessibili a tutti. Per raggiungere l'uguaglianza nella salute, tutte le persone dovrebbero poter accedere all'assistenza sanitaria indipendentemente dalla propria identità razziale.

Si tratta di un tema di grande rilevanza etica che pone il problema dell'individuazione delle disuguaglianze giuste e ingiuste¹¹ e, per estensione, del ruolo che dovrebbero assumere le istituzioni e i governi quali principali soggetti promotori della equa distribuzione di beni, risorse ed opportunità.

Una teoria politica della giustizia parte necessariamente dalla rilevazione che il pluralismo è un aspetto permanente della cultura pubblica e della democrazia: la crisi economica, sociale e sanitaria che stiamo vivendo, tuttavia, ha determinato la messa in discussione di diritti e criteri di uguaglianza che parevano essere consolidati. L'attuale crisi economico-sociale, infatti, ha accentuato le condizioni difficili preesistenti e ha dato un'inattesa accelerazione all'avanzare lungo la pericolosa china della trasformazione dei diritti di tutti in privilegi di alcuni. Molti infatti, in poche settimane, si sono trovati a essere esclusi dall'esigibilità di alcuni diritti (la salute, la casa, il lavoro, l'educazione) che dovrebbero essere garantiti a tutti i "cittadini", nell'accezione più generale e inclusiva del termine, cioè quella di persone: da diversi anni, tuttavia, abbiamo utilizzato la cittadinanza non come elemento di costruzione di comunità di vita, bensì come uno strumento per esclu-

9 Public Health England, *Beyond the data: Understanding the impact of COVID-19 on BAME groups*, June 2020

10 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5353976#titre-bloc-1>

11 Cfr. Ph. Van Parijs, *Nuove forme dell'ingiustizia sociale e nuovi modi di combatterla*, in B. Giovananola (cura di), *Etica, giustizia sociale, disuguaglianze*, Carocci, Roma 2016, pp. 23-24.

dere alcune persone e tra queste i migranti e gli immigrati irregolari. Essi si sono trovati in non poche occasioni a non avere i requisiti per vedersi riconosciuti quei diritti umani fondamentali che dovrebbero essere universalmente garantiti senza ostacoli o limitazioni: nel periodo della pandemia è esplosa l'emergenza sanitaria si è abbattuta sui più fragili costringendoli sempre più all'angolo, ed escludendoli da tutti gli interventi statali di welfare. In questo quadro, si è finito, inoltre, per lasciare ancora più ai margini bambini, donne e uomini che le agende politiche degli ultimi anni hanno considerato solo come un problema da lasciare fuori dalle porte d'Europa.

I gruppi e le comunità straniere chiedono non tanto il riconoscimento astratto del diritto di cittadinanza quanto, piuttosto, il riconoscimento fattivo della propria differenza da cui far derivare diritti differenziati e asimmetrici: ciò costituisce una vera e propria sfida sia sul piano teorico, sia sul piano decisionale ed operativo politico.

Significativa, in tal senso, appare la definizione formulata da Manti che indica il pluralismo come fatto caratterizzante “nuovi paesaggi”¹² in cui sono presenti pluralismi valoriali, di appartenenza e culturali nei quali è necessario individuare strategie atte a governare i fattori di crisi ed innovazione cercando di minimizzarne i costi, compresi quelli morali¹³. Questi nuovi paesaggi sono costituiti da processi dinamici, evolutivi e coevolutivi in cui le identità, nella loro pluralità¹⁴, non possono essere pensate e gestite come una “federazione”¹⁵ ma coesistono nei diversificati contesti e coevolvono ibridandosi. Emerge, così, la centralità del processo relazionale che non si riduce all'interazione, ma determina la costruzione di relazioni capaci di trasmettere e condividere le regole formali del Paese e, insieme, di generare condivisioni di prassi nei diversi contesti realizzando il processo interculturale nella sua pienezza. La dimensione relazionale nelle sue componenti di incontro, confronto, conflitto, mediazione e ibridazione si pone, pertanto come elemento cardine per un'efficace gestione politica. Non fa eccezione l'emergenza pandemico-sindemica.

12 F. Manti, *Le relazioni terapeutiche nella società pluralista*, in *Medicina e multiculturalismo*, Apeiron, Bologna 2000, pp. 130-131.

13 *Ibidem*.

14 A. Sen, *Identity and Violence. The Illusion of Destiny*, W.W. Norton & Company, New York – London 2006, trad. it. *Identità e violenza*, Editori Laterza, Roma – Bari 2006, pp. 20-41.

15 Ivi, p. 120.

3. Emergenza sindemica e vulnerabilità

Le condizioni di salute degli stranieri sono determinate da diversificati e molteplici fattori derivanti sia dagli accadimenti intercorsi nell'ambito delle singole biografie e dell'intero percorso migratorio dei soggetti (condizioni socio-ambientali in cui matura il progetto migratorio, preparazione alla partenza, accadimenti in itinere, ecc.), sia dalla capacità di accoglienza politica e socio-culturale del Paese ospite che condiziona direttamente lo status giuridico e il grado di accessibilità e fruibilità dei servizi socio-assistenziali che permette (od ostacola) la loro *advocacy*¹⁶.

Le politiche discriminatorie a livello globale e locale nei confronti degli immigrati irregolari hanno finito per accrescerne il numero, prolungato la permanenza in condizioni di marginalità sociale ed innescato la domanda di prestazioni mediche frequentemente più urgenti (e costose) non potendo spesso accedere ai servizi di medicina di base previsti dal nostro SSN¹⁷.

L'emergenza sindemica ha obbligato tutti gli Stati Nazionali a superare, almeno dal punto di vista teorico, la prospettiva spesso permeante le attuali derive sovraniste e populiste e celebrata dal nostro locale "cattivismo"¹⁸ ponendo le basi per il riconoscimento dei diritti sociali come oggetto di tutela internazionale¹⁹ all'interno di un orizzonte sorretto da capisaldi di natura non solo giuridica, ma, soprattutto, di natura etica.

La pandemia ha, dunque, dilatato, in maniera solo apparentemente paradossale, le disuguaglianze: tutti ci siamo trovati nella stessa tempesta, ma non sulla medesima imbarcazione e coloro che si trovavano su quelle meno attrezzate hanno avuto maggiori probabilità di soccombere anche se lo stato di salute di coloro che si trovano sulle imbarcazioni più fragili condiziona in maniera significativa e continuativa quella di coloro che si trovano sulle imbarcazioni maggiormente attrezzate. Non a caso, una delle preoccupazioni sanitarie maggiore condivise dagli scienziati a livello mondiale è quella legata alla diminuzione dell'efficacia dei vaccini prodotta dal

16 Cfr. S. Geraci, *Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela*. Ann Ital Med Int 2001; suppl.1, pp. 167-171.; I. El-Hamad, C. Scarcella, M.C. Pezzoli, C. Scolari, S. Geraci, *Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione*, Studi Emigrazione 2005, 157, pp. 133-151; Parlamento europeo, *Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea*, Risoluzione n. 2010/2089 (INI) del 8 marzo 2011.

17 M. Ambrosini, *Immigrazione irregolare e welfare invisibile*, Il Mulino, Bologna 2013 p. 156.

18 M. Aime., L. Borzani, *Guida minima al cattivismo italiano*, Elèuthera, Milano 2020.

19 Cfr. J. Habermas, *Morale, Diritto, Politica*, Edizioni di Comunità, Torino 2001, p. 8.

moltiplicarsi delle varianti dovuta alla mancata immunizzazione di gran parte del globo. Nei Paesi classificati come ad alto reddito dalla Banca mondiale sono state distribuite 101 dosi ogni 100 persone; nei 29 paesi più sfruttati del mondo 1,7 dosi ogni 100 persone²⁰.

L'esperienza della pandemia ci porta, pertanto a una riconsiderazione critica di quelli che U. Beck definisce nazionalismo metodologico e nazionalismo normativo²¹ aprendo alla prospettiva di una cittadinanza planetaria. Si tratta di riconsiderare il paradigma della modernità caratterizzato dall'esigenza di definire la natura della sovranità e le sfere di pertinenza dell'intervento dello Stato.

Sotto questo profilo l'OMS dovrebbe promuovere, in maniera indipendente dai singoli Stati, la ricerca e l'individuazione dei fattori che agiscono negativamente sulla salute collettiva e l'implementazione dei fattori che agiscono favorevolmente in un'ottica di progressivo ampliamento dei determinanti di salute. Fra tali fattori, la medicina interculturale costituisce un aspetto fondamentale sia a livello specifico sanitario sia, più in generale, quale fattore di sviluppo del pluralismo e della democrazia.

4. *Emergenza sindemica e medicina interculturale*

La medicina interculturale pone interrogativi a livello antropologico, etico sociale, psicologico, gestionale e di formazione del personale che esigono da una parte il superamento di quelli che Beck definisce nazionalismo metodologico e nazionalismo normativo, dall'altra il principio di equità cui dovrebbe fare riferimento il SSN considerando disuguaglianze ingiuste quelle determinate dalla condizione di precarietà in cui vengono a trovarsi i migranti anche perché esse possono diventare barriere insormontabili tanto più pericolose, per l'intera società, data la crisi pandemico-sindemica. più specificamente, le difficoltà di tipo prelinguistico che si riferiscono ai casi in cui si cerca di denotare oggetti non ostensibili, come ad esempio le sensazioni interne in ambito sanitario possono pregiudicare operazioni fondamentali nel processo terapeutico quali, ad esempio, la comprensione di intensità del dolore percepita dal paziente. Alle difficoltà prettamente linguistiche si sommano quelle socioculturali determinate da diversificati fattori quali atteggiamenti, stili comunicativi, metacomunicativi e cogniti-

20 E. Mathieu, H. Ritchie., E. Ortiz-Ospina et al., *A global database of COVID-19 vaccinations. Nat Hum Behav* (2021).

21 L. Scuccimarra, *I confini dell'uguaglianza. Riconoscimento, inclusione, esclusione*, in *Scienza & Politica*, vol. XXVI, no. 51, 2014, pp. 209-229.

vi, aspetti culturali manifestati nella quotidianità della relazione terapeutica (gestione del tempo, dello spazio, della dimensione sociale...)

Percorsi di narrazione²², mediazione, interpretazione ed ibridazione possono consentire di interpretare adeguatamente taluni comportamenti estranei alla cultura sanitaria italiana e di adottare soluzioni efficaci per garantire il diritto alla salute del paziente immigrato e per illustrare, in modo efficace, anche i suoi doveri²³.

Il paziente straniero incontra numerose difficoltà di tipo giuridico, amministrativo, burocratiche e socio-economiche: l'organizzazione dei servizi, la dislocazione territoriale, gli orari sono spesso incompatibili con le possibilità reali di accesso da parte di coloro che hanno lavori precari, difficoltà di spostamento sul territorio o lavori che richiedono la costante e continua presenza (collaboratrici domestiche e badanti).

Le difficoltà semiotiche legate all'arbitrarietà dei segni rendono i campi semantici non sovrapponibili rendendo particolarmente difficoltosa la comunicazione nell'ottica della *evidence-based medicine*. Per questo l'approccio può adeguato ed efficace per garantire equità nel trattamento dei migranti è, a mio avviso quello della *Narrative Based Medicine* rappresenta per cui la medicina è intesa come

[...] un sistema culturale (...), un insieme di significati simbolici che modellano sia la realtà che definiamo clinica, sia l'esperienza che di essa il malato fa. Salute, medicina e malattia divengono così dei sistemi simbolici costitutivi da un insieme di significati, di valori e di norme comportamentali e delle reciproche interazioni tra queste componenti che in tutta la società funzionano come dei sistemi di significato che strutturano l'esperienza della malattia." ²⁴

La narrazione permette ai professionisti sanitari la comprensione del contesto di provenienza del paziente e delle sue attuali condizioni di vita, della sua visione del mondo, della salute, e della morte e, complessivamente, della sua concezione della giustizia. Partire dalla narrazione supporta la possibilità di una relazione terapeutica interculturale efficacemente capace di tradurre, interpretare e rispondere ai bisogni effettivi del paziente. La medicina narrativa permette, inoltre, di porre in atto la traduzione in

22 Cfr. R. Charon, *Narrative medicine, Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, Oxford 2006, tr. It., *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, Cortina, Milano 2019, pp. 189 – 246.

23 S. Macchetti, R. Siebetchu, *Che cos'è la mediazione linguistico-culturale*, Il Mulino, Bologna 2017, pp. 103-105.

24 A. Maturo, *Narrative Based Medicine*, in C. Cipolla (a cura di), *Manuale di sociologia della salute II*, Franco Angeli 2004, p. 103.

considerazione della flessibilità dei linguaggi rendendo possibile l'interpretazione dei sintomi riportati e/o manifestati dal paziente.

L'esperienza della malattia può essere interpretata attraverso tre differenti modalità a cui corrispondono altrettanti significati: con il termine *disease* viene indicata una disfunzione del corpo, una rottura, un danno, con il termine *illness* si indica l'esperienza di dolore e sofferenza vissute in prima persona dall'individuo²⁵ mentre con il termine *sickness* si indica la rappresentazione e la modalità adottata dal contesto socio-culturale di appartenenza della persona. La medicina allopatrica ufficiale ha, , tendenzialmente, interpretato il concetto di malattia secondo la prima modalità mentre, sempre più spesso, è possibile occuparsi di pazienti che hanno introiettato gli altri significati di malattia. Per quanto non si richieda ai medici e agli operatori sanitari di diventare antropologi culturali, al fine di un approccio tale da rispettare il principio di equità e di garantire una cura adeguata, risulta necessaria una formazione orientata alla conoscenza e alla gestione di relazioni capaci di costruire un percorso di conoscenza e terapeutico comune e condiviso con il paziente. Un approccio narrativo ai pazienti immigrati, inoltre, consente di comprendere la situazione di crisi che il delicato e talvolta doloroso processo di immigrazione comporta: l'accumulo di piccoli e grandi cambiamenti nello stile di vita e nelle abitudini, dalle condizioni ambientali all'organizzazione degli spazi urbani comportano senso di confusione e smarrimento difficilmente verbalizzabili e facilmente trasformabili in sintomi psico-somatici; la malattia si presenta in questo senso come la manifestazione del fallimento del progetto migratorio e viene rifiutata dallo stesso paziente. I disturbi in fase clinica rappresentano anche la componente psico-emotiva e il bagaglio esperienziale del migrante molto spesso vive un duplice spostamento biografico orizzontale e verticale: oltre allo spostamento geografico è presente un declassamento socio-culturale, una discesa sociale che ha pesanti ripercussioni sullo stato emotivo, psichico e fisico del soggetto.

Data questa caratterizzazione, la medicina interculturale assume un ruolo essenziale, a diversificati livelli, per il contenimento del Virus: permette la comprensione degli accadimenti legati alla sua diffusione, alla conoscenza e alla pratica di utili norme profilattiche utili al contenimento del contagio, supporta i soggetti che ne vengono colpiti nell'adozione dei comportamenti più adeguati, per quanto possibile, presso il proprio domicilio, è pratica di *care* per i soggetti ricoverati e risulta elemento essenziale per favorire la vaccinazione attraverso la relazione fiduciaria costruita.

25 M. Aime., *Il primo libro di antropologia*, Einaudi, Torino 2008, pp. 66-67.

5. Emergenza sindemica e Migranti Temporaneamente Presenti

A livello nazionale, secondo le stime delle principali Associazioni impegnate nell'assistenza ai più poveri e ai migranti, sono calcolate circa 700 mila persone che sono socialmente fragili, ma anche escluse, di fatto, dalla possibilità di aderire alla campagna nazionale di vaccinazione essendo gli stessi sprovvisti del permesso di soggiorno o con permesso di soggiorno scaduto.

Questa parte di popolazione, pur nella sua diversità, è accomunata dal fatto di non essere tutelata, di non poter essere in alcun modo tracciabile in caso di contagio e di essere difficilmente intercettabile per eventuali ed opportuni controlli; le condizioni di vita di queste persone (sovraffollamento, promiscuità, condizioni di scarsa igiene e condizioni di lavoro estremamente precarie e prive di qualsiasi copertura previdenziale) costituiscono un terreno particolarmente fertile per lo sviluppo e la trasmissione di virus che possono propagarsi negli ambienti e tra tutte le persone, anche tra quelle più distanti da questi gruppi

L'emergenza etica, accanto a quella sanitaria, rende auspicabile ritenere che dovremmo, in primo, luogo condividere l'idea che costituiamo una comunità di destino²⁶ e che, di conseguenza, il riconoscimento del diritto alla salute e alle cure, come fondamento (insieme alla libertà, alla vita alla proprietà a cominciare da quella del proprio corpo) per l'affermazione dei diritti sociali non conosce confini, non è riservata ai cittadini dei singoli Stati, ma riguarda ogni essere umano in quanto tale.

Gli stranieri che nel nostro paese accedono alle strutture sanitarie possono essere suddivisi in quattro categorie principali:

1. I pazienti stranieri provvisti di permesso di soggiorno
2. I pazienti stranieri sprovvisti di permesso di soggiorno
3. I pazienti entrati nel nostro paese con visto turistico che accedono alle nostre strutture sanitarie
4. I pazienti stranieri con permesso di soggiorno per motivi di salute

Se nella maggior parte dei casi la prima tipologia di utenza si affida alle cure della medicina occidentale come i soggetti rientranti nella terza e quarta categoria nel secondo caso l'utenza, che è maggiormente esposta ad una precarietà socio-economica ed igienico-sanitaria, incontra una serie di

26 E. Morin, *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*, Raffaello Cortina, Milano 2001.

ostacoli, che diventano vere e proprie barriere, pregiudicanti l'accesso alle cure primarie di questa parte di popolazione che è "fantasma" dal punto di vista giuridico ed amministrativo ma presente, con la sua corporeità e con le relative necessità, nei territori in cui e con cui quotidianamente entriamo in relazione.

Il caso paradigmatico della difficoltà di accesso alla vaccinazione contro il Sars-Cov2 per la popolazione priva di documenti presente sul territorio italiano evidenzia il ruolo che la vulnerabilità acquisisce per il potenziale sviluppo di politiche sociali capaci di favorire l'inclusione e l'equità di accesso a servizi e risorse inerenti beni fondamentali, quali il diritto al bene salute, in un'ottica sistemica.

Come per l'accesso alla medicina di base anche la possibilità di aderire alla campagna vaccinale risulta essere particolarmente difficoltosa per gli stranieri irregolari e pone importanti interrogativi etici.

La situazione complessiva è di difficile disamina non solo per le differenze di intervento adottate dalle singole Regioni ma anche perché le modalità molto spesso variano tra le province e tra i singoli distretti delle stesse.

La prima tipologia di problematica, in ordine temporale, è quella di tipo burocratico ed è stata rappresentata dall'impossibilità per i cittadini dotati di codice STP o ENI²⁷ di poter prenotare su piattaforma la vaccinazione in quanto il server non riconosceva questi codici rendendo di fatto impossibile la prenotazione; i numeri verdi non hanno potuto far fronte adeguatamente al numero di richieste; a tutto questo si sommano le barriere linguistiche, culturali, amministrative le difficoltà di accesso ad Internet per le persone più anziane e/o analfabete unitamente all'assenza istituzionale di sportelli e/o personale appositamente formato e predisposto.

La seconda tipologia è relativa agli interventi messi in campo per arginare la prima criticità elencata: sono state predisposte giornate in cui era possibile accedere agli hub vaccinali senza prenotazione tuttavia queste iniziative in alcuni casi sono state oggetto di una richiesta superiore alle aspettative e non hanno potuto rispondere adeguatamente alle necessità dell'utenza mentre in altri hanno registrato una presenza molto inferiore alle attese: tale mancanza di coordinamento ha generato il raggiungimento

27 Agli stranieri che si presentano per richiedere prestazioni sanitarie è assegnato un "Codice Identificativo Regionale a sigla STP" (Straniero Temporaneamente Presente) o ENI (Europeo Non Iscritto) che permette l'applicazione del diritto all'assistenza sanitaria ai cittadini extra-UE o UE irregolarmente presenti sul territorio; https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_199_allegato.pdf

parziale degli obiettivi, scontento tra gli operatori sanitari impiegati, spreco di risorse per i comuni e per il SSN.

Un' ulteriore criticità è rappresentata dalla somministrazione del vaccino monodose indicato dalla deroga alla circolare del Ministero della Salute del 18/6/2021, con oggetto "Completamento del ciclo vaccinale nei soggetti sotto i 60 anni che hanno ricevuto una prima dose di vaccino Vaxzevria e chiarimenti sulle modalità d'uso del vaccino Janssen" perché le nuove raccomandazioni del CTS e della Commissione tecnico scientifica AIFA indicano l'utilizzo di questo preparato solo per soggetti di età superiore ai 60 anni, e la possibile eccezione specificata nella circolare pone delicate questioni in quanto la controindicazione medica viene superata in deroga, rischiando di relativizzare la tutela della salute di quella che nella circolare è la popolazione genericamente definita "hard to reach".

Appare evidente l'inadeguatezza di questa deroga al contesto di riferimento e la necessità di superarla attraverso un modello centrato sull'Etica della cura maggiormente personalizzato e attento alle caratteristiche e ai bisogni specifici di un'utenza piuttosto disomogenea e capace di contempla intervenire, secondo le modalità proprie della medicina narrativa, rispetto a situazioni profondamente diversificate che necessitano di interventi centrati tanto sui singoli quanto sulle peculiarità dei singoli gruppi.

Più in generale, tenendo presente il carattere insieme pandemico e pandemico dell'emergenza Covid, si pone, la necessità di una medicina interculturale globale che, oltre all'affinamento delle capacità specifiche, compenetri "l'etica dei diritti e l'etica della cura come base per processi (...) capaci di originare ibridazioni e contaminazioni"²⁸ che possa soddisfare il diritto alla salute previsto non solo dall'art. 32 della nostra Costituzione, dall'art.3 dell'agenda 2030 e dall'art.25 della Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo ma richiesto dalla necessità di creare nuovi mondi per il progresso sociale e per il futuro delle prossime generazioni.