

Articoli/Articles

IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE MIGRANTE E LA  
CENTRALITA' DELL' APPROCCIO TRANSCULTURALE:  
PROBLEMI ETICO-GIURIDICI

CATERINA BASSETTI\* E MATTEO GULINO\*\*

\*Dipartimento di Medicina Sperimentale, "Sapienza" Università di Roma

\*\*Dottore di Ricerca in Medicina Legale e delle Assicurazioni, "Sapienza"  
Università di Roma

SUMMARY

MULTIFACETED ASPECT OF PHYSICIAN-MIGRANT PATIENT  
RELATIONSHIP

*The failed approval of the abrogation of the irregular immigrants signalling ban and the introduction of the law n.94/2009, "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica", offer an interesting starting point for the analysis of the multiethnic Italian society. The Italian health system is oriented toward the equal treatment of the immigrant patients (regular and irregular) and the Italian citizens. Despite this theoretical equality the relationship between the physician and the foreign patient is problematic to be managed. There are several linguistic and cultural barriers that undermine the good effect of the medical treatment from both physical and psychological point of view. The article pays special attention to the causes of the incomprehension and it draws a possible meeting point between different cultures. The traditional western medicine approach must be integrated, in a multiethnic society, with an approach that emphasizes the human intercultural contact. The challenge of the health professionals nowadays and in the future is represented by the overcoming of the merely scientific diagnosis in favour of the rediscovering of the listening instrument, especially when the patients belong to a different cultural and values system.*

**Key words:** Immigrant patients - Multiethnic society - Italian Health System.

*L'attualità come spunto di riflessione*

Sono passati pochi mesi dalla ricorrenza del primo anniversario del “Noi non segnaliamo day”, iniziativa promossa da Medici senza frontiere (Msf), Società italiana di medicina delle migrazioni (Simm), Associazione studi giuridici sull’immigrazione (Asgi) e Osservatorio italiano di salute globale (Oisg<sup>1</sup>). L’iniziativa ha rappresentato la ferma bocciatura degli operatori del settore sanitario della proposta avanzata da sei senatori della Lega Nord e approvata in prima battuta dal Senato il 5 Febbraio 2009, finalizzata all’abrogazione del divieto di segnalazione alle competenti autorità dell’immigrato sprovvisto di regolare permesso di soggiorno.

L’abrogazione del divieto di segnalazione avrebbe modificato il comma 5 dell’articolo 35 del Decreto Legislativo N. 286 del 1998, recante il Testo Unico sull’immigrazione., che, come noto, testualmente recita: “*l’accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all’autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano*”<sup>2</sup>. Tale articolo costituisce parte integrante di una normativa favorevole agli immigrati, fedele al dettato costituzionale e ad un sistema sanitario di tipo universalistico ed imparziale. Il D.lgs. n. 286 del ‘98 prevede, infatti, per gli immigrati irregolari e clandestini il diritto ad essere assistiti non solo nei casi di urgenza ma anche per le cure essenziali (quelle non gravi nell’immediato ma che se trascurate potrebbero portare direttamente ed indirettamente a situazioni critiche) e per gli interventi di prevenzione e di continuità assistenziale (in particolare per donne, bambini e per pazienti affetti da malattie infettive).

*Aspetti etico-giuridici*

Sebbene la proposta non sia stata tradotta in legge, merita ad avviso di chi scrive, esporre brevemente le ragioni della ferma opposi-

zione del settore sanitario all'introduzione e all'applicazione di quel disposto sia sotto il profilo etico e deontologico che propriamente giuridico. Le riflessioni che seguono, infatti, rappresentano un interessante punto di partenza per un'analisi delle problematiche circa l'aspetto relazionale del rapporto medico-paziente "migrante".

Sotto profilo etico e deontologico, il rapporto medico-paziente è essenzialmente fondato sulla fiducia che il malato nutre nelle competenze tecnico-scientifiche dell'operatore sanitario. Le aspettative del paziente si proiettano sulle conoscenze e sull'esperienza del medico, soprattutto nelle situazioni in cui l'estrema vulnerabilità - causata dal particolare stato psico-fisico del paziente - determina un bisogno di conforto e di rassicurazione. Questo è ancor più vero nelle situazioni in cui il paziente immigrato incontra problemi di comunicazione nella società di accoglienza dati dal non aver ancora spezzato i legami con il passato e dal non aver compreso a pieno la cultura del paese ospite. È proprio l'aspetto relazionale il fulcro del rapporto tra il paziente ed il medico cui segue come necessario corollario il segreto professionale di quest'ultimo. L'opzione di segnalare l'immigrato irregolare alle competenti autorità non solo avrebbe vanificato quella segretezza e violato l'essenza del giuramento di Ippocrate, ma impedito la prestazione di un'adeguata cura degli irregolari con conseguente marginalizzazione sanitaria degli stessi<sup>3</sup>. Inoltre, in casi particolarmente gravi, il mancato trattamento di malattie trasmissibili avrebbe potuto costituire un serio pericolo per l'intera comunità.

Sotto il profilo strettamente giuridico, fermo restando il divieto di segnalazione in sanità, poco chiaro è risultato il nuovo quadro giuridico in seguito all'approvazione del testo finale recante *Disposizioni in materia di sicurezza pubblica* (legge n. 94/2009). Con esso infatti è stato introdotto in Italia il reato di ingresso e soggiorno illegale che, costituendo reato perseguibile d'ufficio ai sensi degli articoli 361 e 362 c.p., obbliga i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio alla denuncia<sup>4</sup>. Si ricorda che sono pubblici ufficiali o incaricati di pubblico

servizio tutte le persone che in concreto partecipano in modo attivo ad una funzione a contenuto legislativo, giudiziario o amministrativo nell'ambito della pubblica amministrazione. E' pubblico ufficiale, ad esempio, il medico che partecipa alla formazione della volontà della Pubblica Amministrazione o alle dichiarazioni di volontà, scienza o verità della stessa (per esempio, il medico incaricato del controllo della sussistenza di una malattia; il medico convenzionato che svolge l'attività di accertamento a carico dell'assistito in vista di una dichiarazione certificativa). La questione ha generato in un primo momento dubbi e perplessità tra gli operatori sanitari causando da un lato episodi di eccessiva arbitrarietà e dall'altro forti preoccupazioni da parte degli immigrati. A risolvere tali dubbi è intervenuta il 27 novembre 2009 una circolare del Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione – la quale ha chiarito che, ,continua a trovare applicazione per tutto il personale medico-sanitario operante presso le strutture ospedaliere il divieto di segnalare alle autorità lo straniero irregolarmente presente nel territorio dello Stato, che chiede accesso alle prestazioni sanitarie a parità di condizioni con il cittadino italiano, salvo il caso in cui sia previsto l'obbligo di referto<sup>5</sup>.

*Politiche europee a confronto :la linea inglese e l'azione strategica dell'UE*

Non è solamente la ricorrenza annuale della giornata di protesta del mondo medico a sottolineare ancora una volta la centralità e l'attualità - nell'odierno dibattito socio-giuridico – del tema dell'accesso alla salute da parte degli immigrati e delle classi sociali svantaggiate. Si riscontra infatti l'elaborazione di strategie politico-sanitarie volte a combattere le diseguaglianze sociali sia in alcune esperienze nazionali che di respiro internazionale.

Tra le esperienze nazionali si ricorda l'iniziativa del governo inglese del Novembre 2008. Il Segretario di Stato per la salute inglese ha incaricato in tale data il Professore Sir Michael Marmot di presiedere alla

stesura di una rivista indipendente (la Marmot Review-Fair Society, Health Lives) al fine di proporre le più efficaci strategie, fondate su di una vasta analisi empirica, per ridurre le disuguaglianze sanitarie in Inghilterra a partire dal 2010. Sulla stessa linea strategica si colloca il rapporto del National Institute for Mental Health in England intitolato *Inside Outside - Improving Mental Health Services for Black and Minority Ethnic Communities in England*, attraverso il quale il Governo si prefigge l'obiettivo di analizzare e combattere le disuguaglianze razziali in particolare nel campo della salute mentale.

In ambito internazionale, il tema delle disuguaglianze sanitarie in seno all'UE è stato da pochi mesi oggetto di una Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale e al Comitato delle Regioni. Nel testo del documento *Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE*, vengono identificate tra i gruppi vulnerabili e socialmente esclusi le persone provenienti da ambienti migratori o appartenenti a minoranze etniche. Tra le barriere all'accesso all'assistenza sanitaria sono annoverate quelle linguistiche e culturali, ivi incluse le scarse informazioni sui servizi forniti. Inoltre, per alcuni gruppi (come gli immigrati per l'appunto), la questione della disuguaglianza in materia di salute arriva a coinvolgere i diritti fondamentali. Concludendo, su un piano ancor più ampio, dove è auspicabile la collaborazione dell'intera Comunità Internazionale, troviamo l'azione strategica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>6</sup>.

#### *Elementi di criticità e possibili strategie d'azione*

Il denominatore comune di un simile ventaglio di esperienze (che certamente non si esaurisce qui), è costituito dalla volontà di elaborare delle concrete strategie d'azione volte a ridurre il gap sociale e culturale nell'accesso e nella fruibilità ai diversi servizi sanitari nazionali. Nell'era della globalizzazione, del progressivo abbattimento delle barriere infrastatali e della circolazione dei lavoratori,

tale problematica investe certamente in modo preponderante la categoria degli immigrati. Tuttavia, definirli categoria costituisce di per sé già un primo errore. E' noto infatti che, tra le difficoltà proprie dell'integrazione e le patologie di cui sempre più spesso soffrono gli immigrati, grande peso riveste proprio la comune etichettatura aprioristica dell'immigrato inserito in un gruppo eterogeneo che ne livella le diversità storiche, culturali, linguistiche, religiose e sociali. Questo è solo uno dei pregiudizi diffusi che andrebbero sfatati al pari della divulgazione di notizie (enfaticizzate dall'allarmismo dei media) sulla circolazione di pericolose malattie tropicali che "l'immigrato" porterebbe con sé in un altissimo numero di casi, minando la salute e la sicurezza dell'intera comunità nella quale si inserisce. Un recente studio condotto nel mese di ottobre 2009, smentendo tali preoccupazioni ha mostrato le 974 diagnosi effettuate su cittadini stranieri irregolari curati presso l'ambulatorio Naga di Milano confrontate con 981 diagnosi relative a pazienti italiani di pari età che si sono rivolti ad ambulatori di Medicina generale di Monza. Dallo studio è emerso che complessivamente non vi sono differenze significative circa le patologie riscontrate negli stranieri irregolari e nei pazienti italiani<sup>7</sup>. A ciò si aggiunga che, nell'odierna società in continuo movimento di beni e di persone, un turista o un uomo d'affari potrebbero, recandosi nei luoghi epicentri di alcune malattie tropicali, costituire un pericolo altrettanto grave. Infine, non si può trascurare il fatto che le condizioni di precarietà ed emarginazione che l'immigrato spesso trova nel paese di accoglienza possono contribuire in maniera decisiva a peggiorare le sue condizioni di salute, esponendolo al pericolo di contrarre malattie quali la tubercolosi o grave infezioni all'apparato respiratorio e digerente. Abitazioni in cui mancano i requisiti minimi di igiene e sicurezza e condizioni di lavoro non sempre ottimali completano un quadro precario tutt'altro che salutare. Di contro è importante sottolineare che, il più delle volte, si verifica una selezione psico-fisica del migrante nella società di partenza, volta

a scegliere la persona in buona salute, con capacità di adattamento fisico e mentale, idonea al lavoro, giudicata in grado di portare a compimento il disegno migratorio con successo, portando benefici per se e per il suo nucleo familiare<sup>8</sup>.

Ebbene, queste considerazioni rimandano ad una riflessione sociale e culturale più ampia volta ad individuare quali siano le nuove esigenze e problematiche che la moderna Medicina occidentale si trova ad affrontare. Particolare interesse suscita al riguardo la materia oggetto di trattazione della Medicina delle Migrazioni. E' nell'incontro/scontro tra culture, lingue e diverse concezioni della scienza medica che il dialogo tra l'operatore sanitario ed il paziente immigrato riacquista quel valore curativo che solo può oltrepassare le barriere dell'incomprensione e aprire la strada ad una relazione con esito positivo. All'interno di questo percorso acquista una valenza considerevole la figura del mediatore linguistico-culturale.

Il primo compito del mediatore è quello di palesare e rendere decifrabile il motivo dell'incomprensione<sup>9</sup> tra il medico e il paziente appartenente ad altra cultura, così da rendere consapevoli entrambi, attraverso gli appropriati strumenti linguistici, delle pretese e/o obiezioni reciproche. Tale fase di incomprensione è successiva ad un primo approccio (c. d. fase dell'esotismo) in cui possono riscontrarsi all'interno delle aspettative reciproche dei due soggetti due curiose sindromi che investono rispettivamente il paziente ed il medico: la Sindrome da General Hospital e la Sindrome di Salgari<sup>10</sup>. Per Sindrome da General Hospital si intende la credenza del paziente nella funzione salvifica della struttura sanitaria occidentale, considerata scientificamente avanzata ed ipertecnologica: in una parola infallibile. Questa certezza trova la sua premessa nella potenza degli strumenti mediatici e, in particolare nei popolari telefilm che hanno come protagonisti equipe mediche e ospedali il cui operato risulta invincibile e che contribuiscono a rendere la cultura e la società occidentale molto appetibili. Per quanto concerne invece la Sindrome di Salgari essa trova fondamento nel fascino esercitato dal nuovo, dall'eso-

tico che porta con se nuove e sconosciute malattie nonché insolite patologie che rivestono grande attrazione per il medico occidentale.

A questa fase segue poi la soprarichiamata fase di incomprendimento talvolta originata dai sindromi legate alla cultura, di cui il Dhat (si tratta delle c.d. *culture bound sex neurosis*) ne rappresenta un ottimo esempio. Si tratta di un disturbo psichico legato ad un definito contesto culturale diffuso in particolare nel subcontinente indiano e riscontrato di frequente tra gli indiani immigrati nel nostro paese. I sintomi che si presentano nel paziente sono apatia, astenia, perdita di appetito e conseguente dimagrimento, ansia e disfunzioni sessuali. A ciò si aggiunge non di rado una forte componente ipocondriaca che determina malesseri (o presunti tali) all'addome e al torace e forti emicranie. I pazienti indiani sostengono che la causa di tale stato psico-fisico sia la perdita di sperma o di una sostanza simil-spermatica (il Dhat) interiorizzata come un fluido ricco di forza vitale, linfatico, la cui perdita porterebbe gradualmente ad esaurimento delle energie fisiche e mentali del soggetto. Questa esperienza è di sicuro interesse nella trattazione delle problematiche culturali proprie della relazione medico-paziente migrante e sottolinea come la mediazione culturale sia un passaggio obbligato in una società multietnica quale la nostra. Segue, infine, la terza ed ultima fase del criticismo nella quale paziente e medico adottano uno spirito costruttivo, scevro da pregiudizi per cui il primo realizza i limiti della medicina occidentale ed il secondo esaurito l'iniziale entusiasmo esercitato dal fascino dell'esotico si pone l'obiettivo di una diagnosi integrata dall'ascolto.

### *Conclusioni e prospettive*

Solo attraverso una comunicazione transculturale e un atteggiamento di apertura mentale è possibile pervenire, talvolta con l'ausilio del mediatore, ad un abbattimento dei pregiudizi e ad un dialogo aperto nel rapporto medico-paziente migrante. E' interessante sottolineare come l'intero universo di valori e simboli propri di ogni cultura può rappresentare



una grande difficoltà per il medico nello svolgimento della sua attività professionale, in particolare in quelle culture in cui la distinzione e la separazione tra la mente ed il corpo non è di netta intuizione o ancora in quelle società in cui l'incontro/scontro di divergenze e opinioni non costituisce un possibile preludio di chiarimento e comprensione reciproca, come nella tradizione occidentale, ma stasi insormontabile<sup>11</sup>. Appare dunque fondamentale, alla luce della multiculturalità dell'odierna società italiana, valorizzare da un lato l'operato dei mediatori culturali e, dall'altro, fornire all'operatore sanitario gli adeguati strumenti per fronteggiare le difficoltà connesse con l'esercizio della professione medica nel complesso rapporto con il paziente migrante. Il medico si trova dinnanzi alla sfida di relazionarsi con pazienti i cui comportamenti differiscono sensibilmente da quelli degli utenti isoculturali e questo comporta la necessità di uno sforzo ulteriore del professionista verso il superamento della semplice diagnosi tangibile. E' importante dunque non cadere nella facile esca della sottovalutazione/sopravalutazione transculturale<sup>12</sup> predisponendo quindi un atteggiamento di ascolto finalizzato all'identificazione del malessere del paziente e al superamento dell'approccio meramente scientifico-razionale. Coadiuvati dall'impagabile supporto di volontari, professionisti, esperti linguistici e culturali, gli operatori sanitari possono ritrovare nello strumento relazionale il fulcro del rapporto con il paziente migrante riscoprendo così le antiche radici umanitarie ed universalistiche del concetto di salute proprio della tradizione italiana.

#### BIBLIOGRAFIA E NOTE

##### *Bibliografia generale*

CASTIGLIONI M., *Il ruolo del mediatore linguistico-culturale in un progetto di promozione comunitaria della Salute*. Studi Emigrazione 2007; XLIV, 165:127-140.  
COLASANTI R., GERACI S., *I livelli di incomprendimento medico - paziente*

- migrante. In: GERACI S. (a cura di), *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina della migrazione*. Roma, Perì Tecnés, 1995, pp. 213-220. DIASIO N., *Diventare bianco: crisi di passaggio e riformulazione dell'identità in un poliambulatorio per immigrato a Roma*. In: GERACI SALVATORE, (eds.), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Busseto, Perì Tecnés. 2000.
- MARMOT M., *Fair Society, Healthy Lives, the Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010*. 11 Feb. 2010 - The Marmot Review Final Report, [www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview](http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview)
- GERACI S., *Politiche sanitarie e immigrazione: crisi ed opportunità*. Caritas/Migrantes, Dossier Statistico 2009, Roma, Idos, 2009, pp. 223-228, Area sanitaria Caritas Roma, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.
- GERACI S., MAISANO B., MAZZETTI M., *Migrazione e salute. Un lessico per capire*. Studi Emigrazione; 2005; XLII, 157:7-52.
- GERACI S., BAGLIO G., MAZZETTI M., *Itinerari formativi sulla medicina delle migrazioni. Note a margine di una decennale esperienza*. Studi Emigrazione; 2005, XLII, 157:105-116.
- MAISANO B., *La medicina transculturale sarà la medicina. Nuovi percorsi interculturali in sanità*, Studi Emigrazione 2005; XLII, 157:75-85.
- MAZZETTI M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*. Roma, Carocci Faber, 2003.
- MORRONE A., SANNELLA A., *Salute, immigrazione e mediazione culturale*. Studi Emigrazione 2007; XLIV, 165:141-154.
- SOLE'-AURO A., CRIMMINS M., *Health of Immigrants in European Countries*. International Migration Review 2008; Vol. 42, 4: 861-876.
- SCHENKER M.B., *Migration and Occupational Health: Shining a Light on the Problem*, American Journal of Industrial Medicine 2010; 53:327-328. *Reducing health inequalities through action on the social determinants of health*, Sixty Second World Health Assembly, WHA 62,14, Agenda item 12.5, 22 May 2009.
- Solidarietà in materia di salute: riduzione delle diseguaglianze sanitarie nella UE*, Commissione delle Comunità Europee, Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, Bruxelles, Com (2009) 567/4.
- TARSITANI L., ARAGONA M., MARTINELLI B., COLOSIMO F., MAISANO B., GERACI S., *Un disagio nascosto: le somatizzazioni negli immigrati*. Studi Emigrazione 2005; XLII,157:153-167.

## *Il rapporto medico-paziente migrante*

### Referenze Online

AMOROSO R., *Il nuovo reato di clandestinità e l'obbligo al rapporto*, in *Altalex*, 21.5.2009. [www.altalex.com/index.php?idnot=46042](http://www.altalex.com/index.php?idnot=46042).

MORTATI L., *Obbligo di referto: considerazioni medico-legali*, Università La Sapienza, Istituto di Medicina Legale, Direttore: Prof. Paolo Arbarello, [www.meltingpot.org/IMG/pdf/obbligo.pdf](http://www.meltingpot.org/IMG/pdf/obbligo.pdf).

1. Hanno aderito anche la Federazione italiana degli ordini dei medici, chirurghi e odontoiatri, l'Istituto nazionale per la medicina delle migrazioni e lotta alla povertà, l'Associazione medici stranieri e l'Ordine degli psicologi.
2. Il referto è l'atto col quale l'esercente una professione sanitaria riferisce all'autorità giudiziaria di avere prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio (art.365 c.p.p.). E' tenuto al referto ogni esercente una professione sanitaria principale o ausiliaria (medico, odontoiatra, farmacista, veterinario, ostetrica, infermiere, ecc.) solo quando abbia effettuato una prestazione personale nei confronti dei terzi, quale l'assistenza, attività diagnostico-terapeutica, attività di tipo certificatorio. Il referto deve essere presentato entro 48 ore ovvero immediatamente se vi è pericolo nel ritardo (334 c.p.p.). La ratio della perseguibilità d'ufficio risiede nella soddisfazione dell'interesse pubblico a perseguire i responsabili di condotte illecite. Il referto va presentato al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo dove è avvenuta la prestazione del sanitario (art. 334 c.p.p.). Per il contenuto del referto e l'esenzione del medico si rimanda agli art. 334 c.p.p., 365 c.p., 622 c.p., 384 c.p.
3. In materia di emarginazione e diseguaglianze sanitarie in seno all'UE, la Commissione Europea pur riconoscendo la responsabilità statale delle politiche in materia di salute, si impegna a coordinare le azioni degli Stati Membri con l'obiettivo comune di agire su fattori che creano o contribuiscono ad aggravare le diseguaglianze in materia di salute. Per maggiori informazioni si veda la Comunicazione della Commissione Europea al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, *Solidarietà in materia di salute: riduzione delle diseguaglianze sanitarie nell'UE*, Bruxelles, Com (2009) 567/4. Cfr. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/cons\\_inqualities\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/cons_inqualities_en.htm).
4. Il rapporto è la denuncia sporta dalle persone che rivestono la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di un pubblico servizio, quando abbiano

avuto notizia di un reato perseguibile d'ufficio nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del servizio (art. 361 e 362 c.p.) La ragione dell'obbligo è la medesima del referto: la notizia di un reato perseguibile d'ufficio soddisfa l'interesse pubblico a perseguire i responsabili di condotte illecite. La denuncia deve essere presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o ad ufficiale di polizia giudiziaria (art. 331 c.p.p.) La differenza con il referto è duplice e risiede nelle finalità e nei contenuti. Il fine del referto è di prevenire e contrastare la criminalità, mentre la denuncia si propone un fine preventivo e clinico-statistico. In merito ai contenuti la denuncia espone gli elementi essenziali del fatto, con indicazioni riguardanti la fonte della notizia, la data di acquisizione della stessa, i dati riguardanti la persona autrice del fatto e la persona offesa, ma non presenta, a differenza del referto, dettagliati dati di natura biologica contenenti un giudizio diagnostico ed un prognostico delle lesioni nonché un'analisi sulla natura, sulla causa e sulle conseguenze delle stessa (comma 2 art. 334 c.p.p.).

5. La circolare n. 12/09 stabilisce, altresì, che "l'obbligo di referto, com'è noto, è disciplinato in base all'articolo 365 del c.p. e sussiste in presenza di delitti per i quali si deve procedere d'ufficio. Tale obbligo, in particolare, non sussiste per il reato di ingresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato, introdotto dall'art. 1, comma 16 della legge n. 94 cit, attesa la sua natura di contravvenzione e non di delitto. Inoltre, il comma 2 dello stesso articolo 365 espressamente esclude l'obbligo di referto nel caso in cui il referto stesso esporrebbe l'assistito a procedimento penale".
6. Si veda a tal proposito il documento: SIXTY – SECOND WORLD HEALTH ASSEMBLY, Reducing health inequalities through action on the social determinants of health, WHA62,14, Agenda item 12.5, 22 May 2009.
7. La popolazione di riferimento - da 18 a 50 anni - è stata esaminata con riguardo all'apparato osteomuscolare, respiratorio, gastroenterico, cardiovascolare, genito-urinario, problemi ginecologici, malattie metaboliche, malattie psichiche, malattie trasmesse sessualmente, malattie gravi e tubercolosi. L'indagine è stata condotta a cura di NAGA, Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Stranieri e Nomadi. Autori: Claudia Baiocchi, Medico specialista in Oncologia e in Ematologia. Azienda Ospedaliera Niguarda-Cà Granda Milano, volontaria NAGA; Stefano Dalla Valle, Medico di Medicina Generale, volontario NAGA; Guglielmo Meregalli Medico specialista in Pneumologia e in Allergologia. Clinica Pneumologica dell'Università di Milano, Bicocca, Monza, volontario NAGA.

*Il rapporto medico-paziente migrante*

8. Si tratta del c.d. “effetto migrante sano” termine coniato da Costa e dai suoi collaboratori nel 1990.
9. I livelli di incomprensione tra il paziente extracomunitario ed il medico occidentale sono principalmente di tipo linguistico e culturale. All’interno di queste categorie si riscontrano i seguenti sottogruppi: prelinguistico, linguistico, metalinguistico, culturale e filosofico/religioso. Il primo ostacolo risiede nella difficoltà di descrivere la propria interiorità e i sintomi avvertiti attraverso limitate funzioni linguistiche. Il secondo livello propriamente linguistico è aggravato dalla scarsa conoscenza reciproca dell’inglese e del francese come lingue intermedie di interazione a cui si associa la mancata corrispondenza di significati per uno stesso suono fonetico. Il terzo ed il quarto livello di incomprensione si ritrovano rispettivamente nella diversa traduzione simbolica e nella diversità culturale tra la società di partenza e quella di accoglienza. L’ultimo grande scoglio che si presenta all’interno della relazione medico – paziente immigrato è rappresentato dalle diverse concezioni filosofiche e religiose che investono inevitabilmente il significato stesso della scienza medica.
10. Colasanti, Geraci, Pittau, 1991; Geraci, Marceca, Colasanti, 1991; Morrone, 1993.
11. Per un approfondimento sulle fasi relazionali del rapporto medico-paziente straniero si veda: Mazzetti M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*. Roma, Carocci Faber, 2003.
12. MAZZETTI M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*. Roma, Carocci Faber, 2003.

Correspondence should be addressed to:

Matteo Gulino, [matteo\\_gulino@libero.it](mailto:matteo_gulino@libero.it)