

Osservatorio sulle fonti

LA LINGUA QUALE FATTORE DI INTEGRAZIONE NELLA TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE*

di Lucia Busatta**

SOMMARIO: 1. Delimitazione dell'ambito di indagine. – 2. Lingua e linguaggi(o) in medicina: il consenso informato. – 3. Lingua, salute e vecchie minoranze. – 4. La lingua quale fattore di prevenzione e integrazione: il diritto alla salute dei migranti. – 5. Osservazioni conclusive.

1. Delimitazione dell'ambito di indagine

La dimensione tradizionale dello studio dei profili giuridici relativi alla tutela, da un lato, del patrimonio linguistico storico e, dall'altro lato, degli idiomi dei gruppi sociali che, per effetto dei movimenti migratori, si sono – o si stanno – integrando nella compagine sociale e nel nostro ordinamento concerne il riconoscimento di una gamma complessa e articolata di diritti al singolo e alla comunità nella quale questo si riconosce¹. Fra tali garanzie, la possibilità, per una persona appartenente ad una minoranza nazionale, di utilizzare la propria lingua nella vita sociale e nelle relazioni con la pubblica amministrazione rappresenta la conseguenza del riconoscimento, da parte dell'ordinamento giuridico (e, in certi termini, di un gruppo cd. *maggioritario*) dell'esistenza di comunità minoritarie e «presuppone la consapevolezza dell'importanza che assume la difesa delle identità e delle diversità per la costruzione di società democratiche e pluraliste»².

* Intervento al convegno su “Progetto PRIN 2010-11. La lingua come fattore di integrazione sociale e politica. Le Regioni a statuto speciale”, Libera Università di Bolzano, 21-22 maggio 2015, in corso di pubblicazione in S. BARONCELLI (a cura di), *La lingua come fattore di integrazione sociale e politica. Le Regioni a statuto speciale fra promozione e conservazione dei diritti linguistici*, Giappichelli.

** Dottoressa di ricerca in Studi giuridici comparati ed Europei, Università degli Studi di Trento

¹ Sulla tutela dei diritti linguistici ai gruppi minoritari cfr. F. PALERMO-J. WOELK, *Diritto costituzionale comparato dei gruppi e delle minoranze*, Cedam, Padova, 2011; J. WOELK, *Il rispetto della diversità: la tutela delle minoranze linguistiche*, in C. CASONATO (a cura di), *Lezioni sui principi fondamentali della Costituzione*, Giappichelli, Torino, 2010, p. 177 ss.; E. PALICI DI SUNI PRAT, *Intorno alle minoranze*, Giappichelli, Torino, 2002; A. CARDONE-G. MOBILIO, *Diritti linguistici e autonomie speciali*, in A. MORELLI-L. TRUCCO (a cura di), *Diritti e autonomie territoriali*, Giappichelli, Torino, 2014, p. 493 ss.; E. CECCHERINI-M. COSULICH (a cura di), *Tutela delle identità culturali, diritti linguistici e istruzione: dal Trentino-Alto Adige/Südtirol alla prospettiva comparata*, Cedam, Padova, 2012; P. TORRETTA, *Diritti fondamentali e protezione delle “istanze collettive di diversità”: il caso delle minoranze linguistiche*, in *Diritto Pubblico comparato ed europeo*, 2, 2014, p. 695 ss.; R. MEDDA-WINDISCHER, *Nuove minoranze. Immigrazione tra diversità culturale e coesione sociale*, Cedam, Padova, 2010.

² G. LATTANZI, *La tutela dei diritti delle minoranze in Italia*, Relazione svolta in occasione dell'incontro con la delegazione della Corte costituzionale del Kosovo il 7 giugno 2013 al Palazzo della Consulta, disponibile sul sito internet della Corte costituzionale, all'indirizzo

Osservatorio sulle fonti

Un particolare ambito di applicazione dei diritti linguistici riguarda il rapporto con il settore sanitario e socio assistenziale. In questo contesto, il rapporto del singolo con la pubblica amministrazione dimostra l'importanza del fattore linguistico quale canale veicolare alla comunicazione e gestione di bisogni e necessità non aventi diretta correlazione con il profilo idiomatico, eppure funzionalmente dipendenti da quest'ultimo.

La tutela della salute, intesa quale garanzia di accesso alle prestazioni che integrano il contenuto di questo diritto sociale e, similmente, alle prestazioni socio-assistenziali di carattere sanitario, si realizza anche mediante la trasmissione di informazioni tra la persona e il curante. Nell'ambito della relazione tra medico e paziente (e, in senso lato, anche con le altre figure professionali del settore sanitario) riveste un ruolo fondamentale, anche dal punto di vista giuridico, il principio del consenso informato. Esso può essere definito quale «meditata conseguenza di un'informazione che sia (*o che tenda ad essere*) rapportata alle caratteristiche della particolare condizione morbosa che suggerisce quelle prestazioni ma anche, al tempo stesso, adeguata alle capacità di comprensione dell'interlocutore. Un'informazione, pertanto, a sua volta dinamicamente inserita in un valido processo *comunicativo-relazionale*»³.

In tale prospettiva, ci si propone di indagare quali strumenti siano a disposizione dell'ordinamento giuridico per garantire e promuovere i diritti linguistici nel settore sanitario e assistenziale.

Un primo profilo riguarda la possibilità di utilizzare lingue e idiomi tradizionali nell'ambito dei territori di insediamento delle minoranze linguistiche storiche: a tale proposito, l'esperienza maturata nelle Regioni a Statuto speciale dell'arco alpino (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige) appare particolarmente paradigmatica delle diverse soluzioni percorribili e delle varie declinazioni che i tradizionali strumenti promozionali possono assumere, in relazione agli specifici bisogni di territori caratterizzati da un plurilinguismo particolarmente accentuato. In tale contesto, il tema generale dei rapporti tra cittadino e dimensione pubblica può variamente articolarsi: vengono in rilievo, ad esempio, la previsione del diritto, per coloro che appartengono a un gruppo linguistico minoritario, ad utilizzare la propria lingua nei rapporti con l'amministrazione e i relativi accorgimenti volti a rendere effettiva tale facoltà; l'uso scolastico degli idiomi minoritari, finalizzati a garantirne la trasmissione anche alle nuove generazioni; la toponomastica bilingue; la predisposizione di finanziamenti per progetti aventi rilevanza per la tutela e la promozione anche della cultura delle minoranze⁴.

http://www.cortecostituzionale.it/documenti/relazioni_internazionali/RI_20130606_LATTANZI.pdf (ultima consultazione 1.12.2015).

³ P. BENCIOLINI, *Verso un consenso che sia davvero consapevole*, in *La Corte d'Assise*, 2(3), 2012, p. 615 ss.

⁴ V., ad esempio, J. WOELK-S. PENASA-F. GUELLA, *Minoranze linguistiche e pubblica amministrazione*, Cedam, Padova, 2014. E. CECCHERINI-M. COSULICH (a cura di), *Tutela delle identità culturali, diritti linguistici e istruzione: dal Trentino-Alto Adige/Südtirol alla prospettiva comparata*, cit.;

Osservatorio sulle fonti

Nel settore sanitario e assistenziale, invece, il profilo linguistico tende a passare in secondo piano rispetto al complesso sistema di diritti individuali che trovano tutela attraverso la garanzia, da parte dei pubblici poteri, di un accesso equo alle prestazioni sociali che riempiono di contenuto il diritto fondamentale alla salute. Eppure, anche in questo ambito pare esserci spazio per alcune considerazioni riguardanti il rapporto tra diritti linguistici e tutela di altre posizioni giuridiche rilevanti.

Un secondo aspetto concerne l'utilizzo della lingua quale veicolo di informazione e di comunicazione nei rapporti con i migranti presenti, a diverso titolo, sul nostro territorio: in questo caso, la possibilità di usufruire di servizi di interpretariato o di mediazione per comunicare con il destinatario o beneficiario delle prestazioni sociali può costituire un fattore irrinunciabile per l'effettività dei diritti e può determinare, in alcuni casi, la condizione basilare per garantire, a tutti gli individui e in condizioni di parità, l'accesso ai servizi e alle prestazioni che integrano il diritto alla salute⁵.

I due principali canali di indagine, che questo contributo mira ad approfondire, pongono dunque il fattore linguistico al centro del fenomeno giuridico e si biforcano, seguendo due vie che perseguono finalità in parte differenti. Da un lato, gli strumenti per la tutela e la promozione dei diritti delle minoranze storiche mirano al mantenimento e alla valorizzazione di un patrimonio linguistico e culturale storicamente integrato nel tessuto italiano, proteggendolo dall'assimilazione e dal pericolo d'estinzione cui le «lingue dei piccoli numeri»⁶ sono altrimenti esposte; dall'altro lato, con riguardo alle cd. «nuove minoranze»⁷, il fattore linguistico funge da veicolo per agevolare l'integrazione dei migranti e delle loro famiglie nel tessuto sociale, tanto sul breve periodo quanto in

in termini generali cfr. E. PALICI DI SUNI PRAT, *Intorno alle minoranze*, cit.; V. PIERGIGLI, *Lingue minoritarie e identità culturali*, Giuffrè, Milano, 2001.

⁵ Quanto alla garanzia del diritto fondamentale alla salute per gli stranieri, sul territorio nazionale, la bibliografia di riferimento è piuttosto ampia, anche se non sempre viene preso in considerazione il tema delle barriere linguistiche che rendono più difficoltoso per lo straniero l'accesso alle prestazioni sanitarie. *Ex plurimis* cfr. A. RANDAZZO, *La salute degli stranieri irregolari: un diritto fondamentale "dimezzato"?*, in *Consulta Online*, 2012, p. 31; G. MODESTI, *L'assistenza socio-sanitaria ai cittadini stranieri*, in *Ragiusan*, 371/372/373, 2015, p. 148; E. CASTAGNONE-P. CINGOLANI-L. FERRERO-A. OLMO-A.C. VARGAS (a cura di), *La salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino*, Il Mulino, Bologna, 2015; A. RUGGERI, *I diritti dei non cittadini tra modello costituzionale e politiche nazionali*, in *Consulta online*, I, 2015, p. 132. Per un quadro giuridico dei diversi livelli di accesso alle prestazioni sanitarie, a seconda della condizione giuridica dello straniero nel nostro Paese, v. Accordo adottato il 20.12.2012 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e la Province Autonome di Trento e Bolzano recante *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane*.

⁶ Cfr. J. WOELK, *Amministrazione, minoranze linguistiche e piccoli numeri. introduzione*, in J. WOELK-S. PENASA-F. GUELLA, *Minoranze linguistiche e pubblica amministrazione*, cit., p. 3.

⁷ R. MEDDA-WINDISCHER, *Nuove minoranze. Immigrazione tra diversità culturale e coesione sociale*, cit., p. 67, ove si definiscono «nuove minoranze» quei «gruppi, formati da individui e dalle loro famiglie, che hanno lasciato il loro paese d'origine e sono emigrati in un altro paese generalmente per motivi economici, ma, spesso anche per motivi politici. Le nuove minoranze sono, pertanto, composte da gruppi di migranti e rifugiati e dai loro familiari che vivono, in modo non solo temporaneo, in un paese diverso dal loro paese d'origine».

Osservatorio sulle fonti

una prospettiva di lungo termine.

2. *Lingua e linguaggi(o) in medicina: il consenso informato*

Il principio del consenso informato ai trattamenti sanitari trova la propria origine nell'evoluzione del rapporto tra medico e paziente, sviluppatasi soprattutto a cavallo tra gli anni '60 e '70 del secolo scorso. Il processo di mutamento culturale iniziato in quegli anni ha progressivamente condotto all'abbandono del modello "paternalista" a favore di un paradigma paritario del rapporto tra medico e paziente, nel quale la centralità della persona umana diviene il perno della relazione di cura⁸.

Il trasferimento e la comunicazione di informazioni di natura tecnica al paziente, destinatario delle prestazioni sanitarie e assistenziali che costituiscono il contenuto del diritto alla salute, richiede di adeguare il linguaggio e le modalità comunicative alla capacità (linguistica e culturale) di comprensione del soggetto, in modo tale da costruire compiutamente, all'interno dell'alleanza terapeutica, una scelta realmente consapevole sui trattamenti sanitari cui sottoporsi.

Sulla valenza costituzionale del principio del consenso ha avuto occasione di pronunciarsi anche il giudice delle leggi che, in una celebre sentenza del 2008, ha sottolineato lo stretto vincolo tra i diritti fondamentali della persona, all'autodeterminazione e alla salute, e il rapporto comunicativo tra il medico e il paziente: «La circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione»⁹.

Il flusso delle informazioni che devono precedere l'acquisizione del consenso si caratterizza per due principali profili. Il primo di questi è relativo al contenuto della comunicazione: il medico deve fornire tutte le indicazioni, opportune ed esaurienti sulla natura della patologia, sulla prognosi, sulla terapia proposta, sui suoi rischi e sulle pos-

⁸ Sul paternalismo medico cfr., *inter multis*, A. BUCHANAN, *Medical Paternalism*, in *Philosophy and Public Affairs*, 7(4), 1978, p. 370 ss.; sull'evoluzione della rapporto tra medico e paziente in medicina cfr., *ex plurimis*, C. CASONATO-F. CEMBRANI, *Il rapporto terapeutico nell'orizzonte del diritto*, in S. RODOTÀ-P. ZATTI (a cura di), *Trattato di biodiritto*, Giuffrè, Milano, 2011, p. 39 ss.

⁹ Corte costituzionale, sent. n. 438/2008, par. 4 considerato in diritto. Sulla sentenza cfr. R. BALDUZZI-D. PARIS, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*, in *Rivista AIC*, 2009; C. CASONATO, *Il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari fra livello statale e livello regionale*, in *Le Regioni*, 3-4, 2009, pp. 625-636.

Osservatorio sulle fonti

sibili alternative¹⁰. Nel caso in cui al paziente non siano state trasmesse tutte le informazioni rilevanti sul trattamento cui sottoporsi, si consuma una violazione del principio di autodeterminazione e «una lesione di quella dignità che connota l'esistenza nei momenti cruciali della sofferenza, fisica e psichica»¹¹.

Il secondo profilo è, invece, inerente alla modalità con la quale tali informazioni vengono veicolate dal professionista sanitario alla persona: proprio al fine di garantire una scelta *pienamente* consapevole, i dati tecnici devono essere resi al paziente in modo tale che questi, comprese a fondo le possibilità terapeutiche, possa – insieme al proprio curante – elaborare una decisione aderente alla propria dimensione individuale.

Quest'ultimo profilo mette in evidenza la centralità del fattore comunicativo nelle scelte relative alla salute della persona e conduce a riflettere sulla duplice operazione intellettuale richiesta al personale sanitario al momento dell'acquisizione del consenso informato da parte del paziente.

In primo luogo, uno sforzo deve essere compiuto sul linguaggio: la terminologia tecnica e i dati scientifici debbono essere resi comprensibili e fruibili dalla persona e, dunque, adattati al suo livello cognitivo e culturale. Tale aspetto è stato oggetto di una pronuncia della Corte di Cassazione che, nell'ambito di un giudizio civile per il risarcimento dei danni causato da un intervento medico non riuscito, ha affermato che «l'informazione deve sostanziarsi in spiegazioni dettagliate ed adeguate al livello culturale del paziente, con l'adozione di un linguaggio che tenga conto del suo particolare stato soggettivo e del grado delle conoscenze specifiche di cui dispone»¹². Da ciò, come affermato dagli stessi giudici, deriva un importante corollario che impone al curante di adattare la propria spiegazione al paziente, alla sua soggettività e alle sue capacità. Di conseguenza, a seconda del *background* professionale e culturale della persona, sarà possibile modificare le modalità attraverso le quali le informazioni sulla situazione clinica e sulle possibilità terapeutiche devono essere rese, fermo restando l'onere di trasmettere, comunque, tutte le informazioni in modo completo¹³.

¹⁰ Per i principali riferimenti giurisprudenziali e dottrinali cfr. S. ROSSI, *Consenso informato (II)*, in *Digesto delle discipline privatistiche*, sezione civile, Appendice di aggiornamento VII, Utet, Torino, 2012, p. 177 ss. In termini comparatistici, cfr. C. CASONATO, *Il consenso informato. Profili di diritto comparato*, in *Diritto Pubblico Comparato ed Europeo*, 2009, 3, pp. 1052-1073.

¹¹ V. Cass. civ., sez. III, sent. 28.07.2011, n. 16543.

¹² V. Cass. civ., sez. III, sent. 20.08.2013, n. 19220.

¹³ Sulla qualità soggettiva del paziente, la Corte di Cassazione sottolinea che, nel particolare caso di un paziente che sia anche un medico, l'informazione «potrà essere parametrata alle sue conoscenze scientifiche in materia», Cass. civ., sez. III, sent. 20 agosto 2013, n. 19220. A questo riguardo è significativo sottolineare che alla medesima conclusione è giunta, recentemente, anche la Corte Suprema del Regno Unito che, nella sentenza *Montgomery v. Lanarkshire Health Board* [2015] UKSC 11 (11 marzo 2015) ha affermato che il principio del consenso è realizzato nel momento in cui il medico rende edotto il paziente su tutti i rischi che da un determinato trattamento sanitario possono derivare. Inoltre, il diritto del paziente ad essere completamente coinvolto dal medico nelle decisioni cliniche sulla sua salute trova fondamento, secondo la Corte Suprema britannica, anche nell'art. 8 Cedu e nella giurisprudenza della Corte di Strasburgo, in particolare nelle sentenze *Glass v. the United Kingdom*, ric.n. 61827/00, 9 marzo 2004, *Tysiack v Poland*, ric. n. 5410/03, 20 marzo 2007.

Osservatorio sulle fonti

La violazione, da parte del medico, del principio del consenso informato comporta, per il paziente, il diritto al risarcimento del danno per la violazione del diritto all'autodeterminazione. Tale arresto giurisprudenziale, confermato in più occasioni dalla giurisprudenza di legittimità¹⁴ e di merito¹⁵ vale ad evidenziare il rapporto funzionale e il valore specifico di ciascuno dei due beni giuridici tutelati (salute e autodeterminazione), dalla cui violazione discende un autonomo diritto al risarcimento del danno.

Le considerazioni sinora espresse contribuiscono a dimostrare quanto il linguaggio, quale canale e strumento per la trasmissione dei contenuti dell'informativa rilevante per l'acquisizione del consenso informato, costituisca un elemento centrale nella tutela del diritto alla salute.

In seconda istanza, un ulteriore sviluppo di tale assunto conduce ad interrogarsi sulla possibilità di declinare tale principio non soltanto in funzione del *linguaggio* che il medico deve utilizzare, ma anche della *lingua*, nel caso in cui il paziente sia straniero, oppure non comprenda adeguatamente l'idioma con il quale il medico si esprime.

3. *Lingua, salute e minoranze storiche*

Nell'ambito della relazione tra uso della lingua e tutela della salute, una prima linea di indagine riguarda la possibilità, in capo alle amministrazioni sanitarie, di garantire un certo livello di pluralismo linguistico nelle aree di insediamento delle minoranze linguistiche storiche. A tale proposito, l'esperienza maturata nelle Regioni a statuto speciale dell'arco alpino risulta paradigmatica, sia per il particolare livello di protezione di cui godono i gruppi linguistici diversi da quello maggioritario all'interno di tali Regioni, sia per le peculiarità di questi territori.

Con riguardo al grado di tutela di cui beneficiano le cd. minoranze super-protette¹⁶, il diritto a utilizzare la propria lingua nei rapporti con la pubblica amministrazione trova rilevanza anche nel settore sanitario. La garanzia di tale diritto, in questo specifico ambito, contribuisce a caratterizzare il rapporto tra cittadino e pubblica amministrazione in modo forse meno pregnante rispetto a quanto avviene, ad esempio, nel campo del diritto all'istruzione o in quello dei rapporti con altri uffici pubblici¹⁷; cionondimeno, a livello statutario e normativo, sono comunque rinvenibili alcuni strumenti di tutela e promo-

¹⁴ Cass., sez. un., 11 novembre 2008, n. 26972; Cass. civ., sez. III, 9 febbraio 2010, n. 2847; Cass. civ., sez. III, 20 agosto 2013, n. 19220.

¹⁵ Cfr., *inter multis*, da ultimo Trib. Milano, sent. 17 settembre 2015; Trib. Bari, sez. II, sent. 14 aprile 2015; Trib. Bologna, sez. III, sent. 20 novembre 2014; Trib. Salerno, sent. 28 gennaio 2013.

¹⁶ F. PALERMO-J. WOELK, *Diritto costituzionale comparato dei gruppi e delle minoranze*, cit.; J. WOELK, *Il rispetto della diversità: la tutela delle minoranze linguistiche*, cit.; R. TONIATTI, *Minoranze e minoranze protette: modelli costituzionali comparati*, in T. BONAZZI-M. DUNNE (a cura di), *Cittadinanza e diritti nelle società multiculturali*, Il Mulino, Bologna, 1994, pp. 273.

¹⁷ J. WOELK-S. PENASA-F. GUELLA, *Minoranze linguistiche e pubblica amministrazione*, cit.; con specifico riguardo al settore dell'istruzione, cfr. P. CORDIN (a cura di), *Didattica di lingue locali. Esperienze di ladino, mòcheno e cimbro nella scuola e nell'università*, Franco Angeli, Milano, 2011; E. CECCHERINI-M. COSULICH (a cura di), *Tutela delle identità culturali, diritti linguistici e istruzione*, cit.

Osservatorio sulle fonti

zione. Fra questi, in particolar modo in Valle d'Aosta e nella Provincia Autonoma di Bolzano, il metodo di reclutamento dei dipendenti pubblici prevede specificamente una verifica linguistica anche per il personale sanitario.

Come è noto, nella Provincia autonoma di Bolzano, l'accesso al pubblico impiego avviene, in base a quanto previsto dall'articolo 89 dello Statuto, attraverso una ripartizione dei posti disponibili proporzionale alla consistenza di ciascuno dei tre gruppi linguistici, quale risulta dai dati dell'ultimo censimento. In base alle disposizioni statutarie, la ripartizione linguistica per l'accesso al pubblico impiego è quindi un sistema, misurato sulle specifiche esigenze del territorio altoatesino, attraverso il quale vengono ripartiti i posti delle pubbliche amministrazioni in base alla quota proporzionale rappresentata da ciascun gruppo linguistico¹⁸.

Il sistema della ripartizione si applica, dunque, anche al reclutamento del personale sanitario, secondo quanto previsto dall'art. 31 della legge provinciale n. 9/2006, recante "Modifiche del riordinamento del servizio sanitario provinciale", che interviene sul testo della legge n. 19/1983, relativa alle procedure concorsuali e alla disciplina del rapporto d'impiego del personale delle Unità sanitarie locali. In base a tale disposizione, «i posti nella pianta organica dell'azienda sanitaria, considerati per gruppi di posizioni funzionali, livelli o incarichi dirigenziali secondo il titolo di studio prescritto per accedere» sono ripartiti tra i cittadini in base alla consistenza dei tre gruppi linguistici, all'interno del rispettivo comprensorio sanitario. La legge prevede, per urgenti e improrogabili esigenze di servizio, anche la possibilità di derogare alle norme sulla distribuzione proporzionale della pianta organica, previa autorizzazione della Giunta provinciale e fatto salvo un successivo conguaglio dei posti¹⁹. Un criterio simile è previsto anche per l'attribuzione dei posti nelle cariche apicali della sanità bolzanina, nell'ambito della quale i ruoli di «Direttore generale, Direttore amministrativo, Direttore sanitario e Direttore tecnico-assistenziale da un lato e quelli di Direttore di comprensorio sanitario dall'altro» costituiscono due distinte categorie e sono riservati ai cittadini appartenenti ai tre gruppi linguistici, in base alla regola della ripartizione²⁰.

La garanzia del rispetto del pluralismo linguistico che caratterizza la Provincia autonoma trova conferma anche nel momento antecedente al reclutamento del personale sa-

¹⁸ Il sistema di calcolo della composizione numerica dei gruppi è legato alla raccolta dei dati demografici della popolazione durante il censimento generale della popolazione. Nel corso degli anni si era posto il problema di temperare l'obbligatorietà della dichiarazione d'appartenenza con il principio di volontarietà dell'adesione ad un gruppo linguistico. Di conseguenza, dal meccanismo più rigido rappresentato dalla dichiarazione d'appartenenza si è passati, nel 1991, alla possibilità di manifestare la propria aggregazione al gruppo linguistico (che rappresenta un criterio "più morbido" e più compatibile con il principio della volontarietà), fino a giungere, nel 2005, ad una modifica della disciplina del censimento. Ad oggi, la dichiarazione è completamente volontaria, non viene più resa ogni dieci anni in occasione del censimento e può essere modificata dall'interessato in ogni momento. Cfr. L. BUSATTA, *Diritti e tutela delle minoranze*, in S. BARONCELLI (a cura di), *Profili costituzionali del Trentino Alto Adige/Südtirol. Lezioni e materiali*, Giappichelli, Torino, 2015, p. 110.

¹⁹ Provincia autonoma di Bolzano, l.p. n. 9/2006, art. 31, co. 3.

²⁰ Provincia autonoma di Bolzano, l.p. n. 9/2006, art. 8.

Osservatorio sulle fonti

nitario, ossia nella fase formativa: la legge provinciale n. 14/2002, recante “Norme per la formazione di base, specialistica e continua nonché altre norme in ambito sanitario” prevede un esame obbligatorio di accertamento delle conoscenze linguistiche per i candidati, i quali dovranno seguire corsi e lezioni in entrambi gli idiomi durante il loro percorso di specializzazione²¹.

Un livello simile di promozione del fattore linguistico quale strumento di integrazione nel settore sanitario-assistenziale è previsto in Valle d’Aosta, regione nella quale il particolare grado di tutela del gruppo linguistico francofono è garantito attraverso un accentuato bilinguismo paritario, diversamente dall’Alto Adige, ove la regola generale è quella del separatismo linguistico.

Così come per la Provincia autonoma di Bolzano, anche lo Statuto valdostano contiene alcune norme specificamente dirette a preservare il patrimonio linguistico plurale della Regione. In particolare, in base all’art. 38 dello Statuto, «*nella Valle d’Aosta la lingua francese è parificata a quella italiana*» e il criterio prevalente per il reclutamento del personale della pubblica amministrazione è quello del bilinguismo²². I principi statutari trovano, poi, conferma e applicazione anche a livello normativo: con particolare riguardo al reclutamento del personale del Servizio sanitario regionale, la legge reg. n. 5/2000 prevede che l’assunzione di nuovi dipendenti sia subordinata all’accertamento della conoscenza delle due lingue²³.

Completa il panorama degli strumenti linguistici nel reclutamento del personale sanitario nelle Regioni a statuto speciale il Friuli Venezia Giulia: se le norme statutarie non contengono specifiche disposizioni dedicate alle minoranze linguistiche regionali (ad eccezione dell’art. 3, in base al quale «*nella Regione è riconosciuta parità di diritti e di trattamento a tutti i cittadini, qualunque sia il gruppo linguistico al quale appartengono, con la salvaguardia delle rispettive caratteristiche etniche e culturali*»), sono le norme d’attuazione e le singole leggi regionali a prevedere particolari forme di tutela per il pluralismo linguistico territoriale²⁴.

²¹ Provincia autonoma di Bolzano, l.p. n. 14/2002 e successive modificazioni, art. 6. Le modalità di effettuazione dell’esame di accertamento e i relativi criteri sono stabiliti in un regolamento d’attuazione della legge, adottato dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 1104/2015.

²² Statuto Valle d’Aosta, art. 38, co. 3.

²³ Legge regionale n. 5/2000, recante *organizzazione del servizio sanitario regionale*, art. 42. In particolare, la disposizione prevede che «*L’accertamento linguistico [sia] effettuato sulla lingua diversa da quella dichiarata dal candidato nella domanda di ammissione alle procedure selettive per lo svolgimento delle prove di esame*».

²⁴ Cfr. A. CARDONE-G. MOBILIO, *Diritti linguistici e autonomie speciali*, cit., p. 502. Si veda, ad esempio, quanto previsto dal d.lgs. 12 settembre 2002, n. 223, recante *Norme di attuazione dello statuto speciale della regione Friuli-Venezia Giulia per il trasferimento di funzioni in materia di tutela della lingua e della cultura delle minoranze linguistiche storiche nella regione*. Le fonti regionali per la tutela dei gruppi minoritari del Friuli Venezia Giulia sono rappresentate dalla legge regionale n. 26/2007 (*Norme regionali per la tutela della minoranza linguistica slovena*), dalla l.r. n. 29/2007 (*Norme per la tutela, valorizzazione e promozione della lingua friulana*) e dalla l.r. n. 20/2009 (*Norme di tutela e promozione delle minoranze di lingua tedesca del Friuli Venezia Giulia*). Al quadro normativo regionale

Osservatorio sulle fonti

Con specifico riguardo al settore medico e assistenziale, la recente legge di riordino del Servizio sanitario regionale dispone l'attuazione di appositi programmi per promuovere e sostenere la comunicazione al cittadino sulla propria salute e sui servizi resi dalla Regione in campo sanitario²⁵. In particolare, in aderenza al principio territoriale che caratterizza la gran parte degli interventi normativi a sostegno delle lingue minoritarie, l'art. 5, co. 12, della legge regionale prevede che nei territori di insediamento della minoranza linguistica slovena le aziende sanitarie debbano garantire i diritti linguistici previsti dalla legge n. 38/2001, ossia la facoltà per il cittadino di comunicare verbalmente e per iscritto con la pubblica amministrazione nella propria lingua materna²⁶. Gli strumenti promozionali si estendono, con riguardo alla diffusione di comunicazioni sui servizi disponibili nell'ambito del sistema sanitario regionale, a tutti i gruppi minoritari della Regione²⁷. A differenza di quanto avviene nella Valle d'Aosta e nella Provincia autonoma di Bolzano, però, non sono previsti criteri linguistici specifici per il reclutamento del personale sanitario.

La breve rassegna qui sviluppata mette in evidenza l'importanza dell'integrazione tra i diversi livelli normativi (*in primis*, tra quello statutario e quello legislativo, ma anche tra le fonti primarie e quelle secondarie) per la promozione e la tutela delle lingue minoritarie, anche nel particolare settore dell'assistenza sanitaria. Tali previsioni, in particolare, possono contribuire a mantenere una certa omogeneità nello standard di garanzia di diritti per le minoranze storiche e a rafforzare il profilo linguistico e comunicativo nel rapporto tra medico e paziente, anche in attuazione dei principi generali di cui al paragrafo precedente.

Un'ulteriore prospettiva di indagine sulla lingua quale fattore d'integrazione nello specifico ambito della tutela del diritto alla salute interseca, nel contesto delle Regioni speciali dell'arco alpino, le nuove sfide poste dalla necessità di coniugare gli specifici bisogni del territorio con l'inevitabile esigenza di razionalizzare l'impiego delle risorse anche nel settore sanitario. Le peculiarità della realtà alpina, il progressivo spopolamento delle valli montane e l'invecchiamento della popolazione caratterizzano in modo determinante il bisogno di assistenza sanitaria nelle zone più periferiche (e frontaliere) del territorio alpino. L'esigenza di ridurre le spese, anche nel settore sanitario, resasi più acuta con la crisi economica, ha evidenziato le difficoltà sottese al mantenimento di strutture sanitarie anche di dimensioni ridotte in zone distanti dalle grandi infrastrutture e dalle città²⁸. In prospettiva comparata, anche per tramite di un accorto impiego di al-

si aggiungo le disposizioni statali relative alla tutela e promozione delle minoranze linguistiche storiche (legge n. 482/1999) e alla tutela della minoranza slovena del Friuli Venezia Giulia (legge n. 38/2001).

²⁵ Si tratta della legge regionale n. 17/2014, recante *Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria*.

²⁶ Cfr. il combinato disposto tra gli articoli 5, co. 12, della l.r. n. 17/2014 e 8 della legge n. 38/2001.

²⁷ Cfr. art. 44, della l.r. n. 17/2014.

²⁸ Sul punto cfr. Senato della Repubblica, XVII Legislatura, 12° Commissione permanente Igiene e Sanità, Indagine conoscitiva *La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento*

Osservatorio sulle fonti

cune risorse territoriali, sono state avviate sperimentazioni di “organizzazione sanitaria transfrontaliera”, con l’apertura di ospedali nei quali vengono accolti pazienti provenienti dai due versanti del confine, garantendo loro assistenza medica nella lingua madre. In questi casi, al buon esito dell’esperienza sperimentale realizzata, ad esempio, nell’ospedale transfrontaliero di Cerdanya (in Catalogna, al confine tra Francia e Spagna) ha contribuito significativamente l’attenzione al profilo linguistico: sia i pazienti spagnoli e catalani sia quelli che arrivano dal versante francese dei Pirenei hanno la possibilità di essere seguiti e curati da personale che parla la loro lingua²⁹.

Esperimenti simili, con il coinvolgimento delle Regioni speciali italiane non sono stati ancora avviati; tuttavia, il recente riordino dei servizi sanitari regionali, accompagnato ad un diffuso dibattito pubblico che contrappone coloro che si schierano a favore della chiusura di reparti ospedalieri di periferia a chi dall’altro lato, preferisce una più ragionata organizzazione dell’assistenza sanitaria nei territori montani, potrebbe rappresentare un fattore che contribuisce ad incentivare l’avviamento di esperienze simili anche in questi territori.

4. La lingua quale fattore di integrazione: il diritto alla salute dei migranti

Quando il *focus* dell’analisi dei rapporti tra il fattore linguistico e la tutela della salute si sposta dalle minoranze storiche alle problematiche legate al fenomeno migratorio, i termini dell’indagine e gli elementi da valutare mutano considerevolmente. Nel settore sanitario, l’esigenza di comunicare in modo efficace per curare adeguatamente e per farsi curare e comprendere è condivisa dal personale sanitario e dai pazienti stranieri. In questo contesto, le barriere linguistiche – prima ancora di quelle relative al linguaggio – incidono in modo più pregnante sulla garanzia del diritto alla salute, rispetto a quanto non accada per le minoranze storiche. Il progressivo aumento dei flussi migratori e la crescente composizione multilinguistica e multiculturale della nostra società mettono, anzi tutto, in evidenza la necessità di distinguere i livelli di intervento e le finalità che in ciascuna fase vengono perseguite: vi sono le esigenze legate alla primissima accoglienza e all’emergenza nel caso dei soccorsi, cui subentrano, in un secondo momento, gli impegni legati alla garanzia delle prestazioni sanitarie di base. Infine, un terzo livello concerne la fase di integrazione dei migranti nella nostra società e riguarda la possibilità di accedere a servizi linguisticamente e culturalmente parametrati anche sulle esigenze di gruppi più stabilmente inseriti nella compagine sociale.

Questi elementi richiedono, seppur con logiche parzialmente differenti, la predisposizione di alcuni strumenti volti a facilitare, anche per mezzo del canale linguistico, l’accesso alle prestazioni sanitarie, alla prevenzione e alle cure primarie per i migranti.

alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità, Comunicazione sullo stato di avanzamento, Gennaio 2015.

²⁹ Sull’esperienza dell’ospedale transfrontaliero di Cerdanya v. I.A. GLINOS-M. WISMAR (a cura di), *Hospitals and borders*, World Health Organization, 2013.

Osservatorio sulle fonti

A tale proposito, è possibile registrare alcune esperienze maturate a livello territoriale che, pur con le difficoltà legate al pluralismo linguistico delle varie comunità di migranti, hanno contribuito a semplificare ed agevolare il rapporto degli stranieri con il Servizio sanitario.

Per quanto attiene, in primo luogo alla fase dell'accoglienza e della prima emergenza, lo sforzo del personale pubblico e del cd. privato sociale è principalmente teso al soccorso dei migranti che giungono nel nostro Paese, solitamente provati a causa delle condizioni proibitive del viaggio. L'intervento sanitario è, in questi casi, mirato a stabilizzare le condizioni di migranti generalmente in buona salute (salvo le situazioni patologiche dovute alle trasferte) e a verificarne lo stato di salute, attraverso l'adozione di specifiche misure di profilassi per le malattie infettive o contagiose³⁰. Tali operazioni vengono svolte dal personale delle forze dell'ordine (Polizia di Stato, Marina e Aeronautica militare, Guardia di Finanza, Capitaneria di Porto, ecc.) con l'ausilio di mediatori culturali a bordo dei mezzi navali³¹.

Il ruolo degli enti pubblici nella primissima gestione degli sbarchi e dell'accoglienza dei migranti è integrato dal prezioso apporto specialistico garantito dal mondo dell'associazionismo e del terzo settore. In particolare, ONG e Onlus quali, ad esempio, *Emergency* e Medici senza frontiere, con l'ausilio anche di società scientifiche come la Società italiana di medicina delle Migrazioni stanno contribuendo a garantire in modo effettivo il diritto alla salute dei migranti non iscritti al Servizio sanitario attraverso l'istituzione di ambulatori mobili, poliambulatori e sportelli informativi³². Il dato interessante, oltre a quello relativo alla concreta attuazione del principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale, concerne l'attenzione rivolta alla garanzia di un buon livello di pluralismo linguistico e culturale fra gli operatori coinvolti in questi importanti servizi. Come si evince, ad esempio, dai bandi di collaborazione pubblicati sul sito web di *Emergency Italia*³³, i criteri di selezione per i candidati si basano, oltre che sulle competenze specifiche dell'area professionale ricercata, anche sulle conoscenze linguistiche³⁴.

Con riguardo, inoltre, alla gestione dell'emergenza e dei bisogni sanitari specifica-

³⁰ C. BELFIORE ET AL., *Salute del migrante e rischio di contagio negli operatori impegnati nell'emergenza immigratoria: l'esperienza della Polizia di Stato*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 2, 2015, pp. 553-562.

³¹ La presenza del mediatore culturale a bordo dei mezzi coinvolti nei soccorsi dei migranti al largo delle coste italiane era previsto nella missione *Mare Nostrum* ed è stato confermato anche nella missione europea *Triton*. Cfr. G. MORGESE, *Le operazioni MARE NOSTRUM e TRITON nel Mediterraneo centrale*, in <http://www.sudineuropa.net/>, 2014 (ultima consultazione 1.12.2015).

³² In particolare, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni si è impegnata, insieme all'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà e all'Istituto Superiore di Sanità ad elaborare raccomandazioni *evidence-based*, indirizzate alle Regioni e agli operatori del SSN con indicazioni operative e a preparare un documento contenente le linee guida sulla salute dei migranti. Sul punto cfr. <http://www.simmweb.it/> (ultima consultazione 1.12.2015).

³³ V. il sito web di Emergency: <http://www.emergency.it/italia/index.html> (ultima consultazione 1.12.2015).

³⁴ In tutti i bandi di collaborazione è infatti richiesta la conoscenza di almeno altre due lingue, oltre all'italiano.

Osservatorio sulle fonti

mente legati all'accoglienza dei migranti, il mondo dell'associazionismo si distingue per la messa in atto di alcuni strumenti volti a rendere effettivo un diritto che, in situazioni di questo genere, sovente rischia di rimanere inattuato. In particolare, è prevista, accanto alle diverse figure professionali, la presenza di mediatori culturali, con il compito di accompagnare o orientare il migrante durante gli incontri e le visite mediche e di stemperare eventuali difficoltà che possono emergere nel corso della relazione di cura, a causa delle barriere linguistiche e culturali che si frappongono tra il migrante e il sanitario.

Un ulteriore livello di tutela del diritto fondamentale alla salute riguarda la condizione degli stranieri irregolarmente presenti sul territorio nazionale. A tale proposito, in attuazione del dettato costituzionale, l'art. 35 del Testo Unico sull'immigrazione prevede che anche lo straniero non in regola con il permesso di soggiorno abbia diritto alle «*cure urgenti e comunque essenziali, ancorché continuative*»³⁵. Questa norma³⁶ ha trovato attuazione nella previsione della possibilità, per lo straniero irregolare, di ottenere assistenza sanitaria nelle strutture pubbliche, attraverso l'utilizzazione del codice regionale STP³⁷. Tale strumento contribuisce ad assicurare e a rendere effettivo il diritto fondamentale alla salute per tutti gli individui, indipendentemente dalla loro condizione giuridica rispetto al nostro ordinamento; esso sconta, tuttavia, alcuni limiti connessi alla differenziazione regionale nell'organizzazione dei servizi sanitari e, di conseguenza, nell'effettività della sua realizzazione. Con riguardo, ad esempio, alle Regioni a Statuto speciale, merita menzione la soluzione elaborata in Valle d'Aosta dove, per colmare le lacune dovute al mancato accesso all'assistenza primaria per gli stranieri con codice STP, si è pensato di istituire, dal 2000, un ambulatorio di medicina di base per gli stranieri irregolari, che offre la possibilità di usufruire dell'assistenza fornita dai medici di medicina generale e, per esempio, di ottenere le prescrizioni dei farmaci da assumere continuativamente³⁸.

Qualora, invece, lo straniero sia in possesso di un valido permesso di soggiorno, può iscriversi gratuitamente al Sistema sanitario nazionale e avere accesso, a condizione di parità con i cittadini italiani, a tutte le prestazioni erogate.

³⁵ Art. 35, d.lgs. n. 286/1998, Testo Unico sull'immigrazione.

³⁶ Su cui è intervenuta anche in via interpretativa la Corte costituzionale con la sentenza n. 252/2002.

³⁷ Cfr. art. 43 del Regolamento di attuazione del TU imm. (D.P.R. n. 394 del 31.8.1999). Il co. 3 di tale articolo dispone che «*la prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti degli stranieri privi del permesso di soggiorno vengono effettuate utilizzando un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente)*», valido per 6 mesi, solo nel territorio della Regione che lo ha emesso e sempre rinnovabile, sino all'ottenimento di un permesso di soggiorno da parte dello straniero. L. MASERA, *Il diritto alla salute degli stranieri irregolari ed il diritto penale*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2, 2015, p. 531.

³⁸ Il codice STP non dà, infatti, diritto all'accesso all'assistenza sanitaria di base (medico di famiglia); per questo motivo, alcune Regioni hanno deciso di fornire comunque un equivalente di tale fondamentale servizio. Alcune informazioni sull'ambulatorio valdostano sono reperibili sul sito dell'azienda sanitaria: <http://www.ausl.vda.it/contenuti.asp?id=684&idp=1687&l=1> (ultima consultazione 1.12.2015). In altri contesti regionali, invece, è il cd. terzo settore a colmare tale lacuna, attraverso la predisposizione di ambulatori e poliambulatori per stranieri, la cui attività si regge, sovente, anche sul volontariato.

Osservatorio sulle fonti

Sia nel caso dell'assistenza sanitaria per gli stranieri irregolari sia per quello che attiene all'accesso alle prestazioni mediche erogate dal Ssn si pone il problema di gestire in modo adeguato le barriere linguistiche e culturali che si possono frapponere tra l'individuo e il personale sanitario e che possono, in alcuni casi, costituire un limite effettivo nella concreta garanzia del diritto alla salute. Come si è visto *supra*, una possibile soluzione – pur con alcuni limiti legati alle norme sull'accesso al pubblico impiego nel settore sanitario e alla limitatezza delle risorse – è rappresentata dall'integrazione, fra i criteri di reclutamento del personale, anche di requisiti linguistici³⁹. Uno strumento ulteriore, particolarmente utile soprattutto in alcuni ambiti e interessante dal punto di vista del processo di integrazione dei migranti, concerne la previsione della presenza di un mediatore interculturale all'interno delle strutture sanitarie: si tratta di «*un operatore sociale, facilitatore della comunicazione, punto di riferimento tra individuo, famiglia, servizi, istituzioni e la comunità che si pone in modo neutrale ed equidistante tra le parti interessate*»⁴⁰.

Il suo compito principale, nel settore sanitario e assistenziale, è quello di agevolare l'accesso degli utenti stranieri ai servizi e di semplificare – laddove possibile – il lavoro del personale sanitario chiamato a confrontarsi con situazioni culturali e linguistiche sempre più variegate⁴¹. Esperienze di inserimento della figura del mediatore culturale in sanità sono state maturate, oltre che nella Valle d'Aosta, anche nelle due Province autonome e in Friuli Venezia Giulia⁴².

³⁹ Più complessa è, invece, l'applicazione di questi criteri nei bandi d'assunzione del personale sanitario pubblico. A questo proposito, l'Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione (Asgi) ha recentemente segnalato la pubblicazione, nella Regione Friuli Venezia Giulia, di un bando di concorso regionale per l'assunzione di 173 infermieri professionali nel servizio sanitario regionale, aperto anche a tutti gli stranieri regolarmente soggiornanti con un permesso valido per lavorare in Italia. Cfr. <http://www.asgi.it/notizia/in-fvg-bandi-pubblici-aperti-anche-agli-infermieri-stranieri-col-solo-permesso-di-soggiorno/> (ultima consultazione 1.12.2015).

⁴⁰ Allegato 1 alla deliberazione della Giunta regionale della Valle d'Aosta n. 2531 del 1° settembre 2006, *Nuove disposizioni regionali in materia di attività di mediazione interculturale ai sensi della legge regionale 20 giugno 2006, n. 13*.

⁴¹ Cfr. A. COLUCCIA-M.L. MANGIA, *Sull'importanza della mediazione linguistico-culturale: strategie di inclusione per cittadini extracomunitari*, in *Rassegna italiana di criminologia*, 1, 1999, pp. 23-38; S. CASADEI-M. FRANCESCHETTI, *Il mediatore culturale in sei Paesi europei*, report di ricerca pubblicato per ISFOL - Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori, 2009. A. MORNIROLI-A. CIPOLLA-T. FORTINO, *Dialoghi, metodologie e strumenti di mediazione linguistica e culturale*, pubblicato in <http://www.ristretti.it/commenti/2007/dicembre/> (ultima consultazione 1.12.2015).

⁴² A questo proposito, cfr. Provincia autonoma di Bolzano, l.p. n. 12/2011 (*integrazione delle cittadine e dei cittadini stranieri*), art. 9. Nella Provincia autonoma di Trento tale figura è espressamente prevista nel settore scolastico (art. 75, l.p. n. 5/2006, *sistema educativo di istruzione e formazione del Trentino*), mentre in sanità, la figura è integrata nell'organizzazione del servizio provinciale, attraverso la previsione di un servizio a chiamata, come supporto all'attività assistenziale. V. <https://www.apss.tn.it/-/servizio-di-mediazione-culturale> (ultima consultazione 1.12.2015). Similmente, anche nel Friuli Venezia Giulia, le singole aziende sanitarie hanno attivato programmi di mediazione culturale al fine di agevolare la comunicazione tra personale sanitario e migranti e per rendere più effettivo per gli stranieri l'accesso ai servizi sanitari. V., per esempio, il programma dell'azienda sanitaria di Udine:

Osservatorio sulle fonti

Come è ben possibile immaginare, tuttavia, la realizzazione di servizi di questo genere è stata significativamente condizionata dalla crisi economica e dalla necessità di tagliare e limitare servizi importanti, ma considerati aggiuntivi rispetto alla garanzia di altre prestazioni sanitarie e assistenziali. Nonostante si sia assistito ad una riduzione della disponibilità di tali figure, comunque, il ruolo del mediatore culturale in sanità contribuisce in modo significativo ad una più completa garanzia del diritto alla salute degli stranieri presenti a vario titolo sul territorio nazionale.

5. Osservazioni conclusive

Nel settore sanitario, il fattore linguistico dimostra la propria centralità non solamente ai fini dell'integrazione delle persone all'interno di società composite, ma anche quale veicolo di garanzia di un accesso pieno ed eguale alle prestazioni che costituiscono il contenuto concreto del diritto alla salute.

Tale rilevanza si evidenzia, in primo luogo, all'interno della relazione che si crea tra il personale sanitario e i pazienti: nella relazione di cura, come si è visto, il momento comunicativo rappresenta un elemento centrale e non trascurabile del processo terapeutico. Attraverso il dialogo tra la persona e il proprio curante, infatti, si concretizza il complesso meccanismo di trasferimento di informazioni e dati dal medico, depositario di un sapere tecnico, al paziente, destinatario di tale comunicazione e titolare della decisione sul trattamento da intraprendere. Un primo requisito di tale flusso informativo concerne sicuramente il linguaggio: le nozioni scientifiche devono essere trasmesse in maniera adeguata al livello cognitivo e culturale della persona, in modo tale da essere comprese, elaborate ed utilizzate per l'adozione di una scelta terapeutica il più aderente possibile alla dimensione morale del soggetto. Talora, al fine di rendere completo il dialogo che connota il rapporto tra medico e paziente, lo sforzo sul linguaggio utilizzato non è sufficiente, ma si rende necessario anche un intervento di carattere linguistico, soprattutto per quei casi nei quali il fattore idiomático possa costituire un'effettiva barriera nell'acquisizione del consenso.

Il pluralismo linguistico che connota le Regioni a Statuto speciale dell'arco alpino rappresenta, in questo contesto, un interessante ambito di riflessione sulla possibilità di utilizzare gli strumenti di cui le autonomie territoriali dispongono anche in un settore non usualmente al centro degli studi sui diritti delle minoranze linguistiche storiche. In tale prospettiva, la nuova sfida per questi contesti territoriali pare collocarsi nella rilettura in chiave europea di garanzie e diritti a forte vocazione territoriale. Così, esperienze maturate in altri contesti simili potrebbero essere considerate quali potenziali soluzioni alle esigenze di razionalizzazione dei servizi sanitari nelle zone periferiche: la predisposizione di strumenti per favorire l'accesso transfrontaliero ai servizi sanitari, in queste

<http://www.ospedaleudine.it/curarsi/servizi-agli-stranieri/la-mediazione-culturale> (ultima consultazione 1.12.2015).

Osservatorio sulle fonti

dimensioni territoriali, sarebbe incentivata in modo significativo dal pluralismo linguistico che già caratterizza la Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Bolzano.

Considerazioni in parte differenti devono essere svolte con riguardo alla valorizzazione del fattore linguistico nella cura delle popolazioni migranti. In questo contesto, le diverse condizioni giuridiche della presenza di stranieri sul territorio nazionale sovente si accompagnano a differenti bisogni da soddisfare. Vi sono, da un lato, le esigenze legate alla primissima accoglienza, per le quali il fattore linguistico risulta dirimente proprio per la verifica delle condizioni di salute dei migranti e per la diffusione di informazioni basilari sui servizi disponibili. In queste fasi, la tutela del diritto di cui all'art. 32 Cost. è spesso abbinata alla più generale finalità di prevenzione e protezione della salute quale interesse collettivo. Per quanto attiene, invece, la condizione di migranti da più tempo presenti sul territorio nazionale, il fattore linguistico riveste importanza sia quale catalizzatore del momento comunicativo tra il curante e lo straniero sia ai fini di una migliore integrazione sociale di individui, famiglie e gruppi con cultura e lingue differenti. La presenza di un mediatore nelle strutture sanitarie integra in modo sostanziale il diritto alla salute di tutti gli individui presenti sul nostro territorio, indipendentemente dal titolo di soggiorno o dallo *status*, riducendo i condizionamenti linguistici e culturali che renderebbero di fatto meno accessibili i servizi agli stranieri.

Dall'analisi svolta, infine, emerge un dato di carattere trasversale, comune ad entrambe le prospettive prese in considerazione: sia per le minoranze storiche sia per i migranti, il valore aggiunto della garanzia di un buon livello di pluralismo linguistico nel settore sanitario e, in una certa misura, in quello assistenziale transita attraverso l'impegno del terzo settore, dell'associazionismo e del volontariato. A realizzazione del principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale, dunque, il rapporto tra attori pubblici e la cittadinanza attiva e organizzata⁴³ risulta decisivo per la garanzia dei diritti e pone in essere «una positiva sinergia fra primato della persona, riconoscimento del pluralismo sociale e principio di solidarietà»⁴⁴.

⁴³ L'espressione è di G. ARENA, *Cittadini attivi*, Laterza, Roma-Bari, 2006.

⁴⁴ E. ROSSI, *I diritti sociali nella prospettiva della sussidiarietà verticale e circolare*, in E. VIVALDI (a cura di), *Disabilità e sussidiarietà*, Il Mulino, Bologna, 2012, p. 58.