



Rivista N°: 2/2018
DATA PUBBLICAZIONE: 04/05/2018

AUTORE: Giuliana Giuseppina Carboni*

I SISTEMI DI WELFARE ALLA PROVA DELLE MIGRAZIONI: IL CASO DELLA SVEZIA

Sommario: 1.- Migrazioni e welfare state. 2.- Il sistema sanitario svedese. 3.- I migranti: tipologie e numeri. 4.- L'impatto delle migrazioni di massa sul welfare 4.1- I migranti europei. 4.2- I richiedenti asilo e i rifugiati. 4.3- I migranti irregolari. 5.- La sostenibilità economica e sociale del sistema sanitario.

1. Migrazioni e welfare State

In un articolo del 1986¹ G. Freeman, studioso dei rapporti tra immigrazione e democrazia, sosteneva che l'immigrazione avesse la tendenza a erodere il consenso sociale e normativo dei sistemi di welfare. Freeman descriveva i sistemi nazionali di welfare come sistemi chiusi, finanziati da una comunità ben identificata di individui, allo scopo di soddisfare i loro bisogni sociali. Secondo quest'analisi le migrazioni metterebbero in crisi i sistemi di welfare, perché inciderebbero sulla logica di funzionamento. Benché una certa apertura all'esterno sia desiderabile in un'economia aperta, e l'apporto della circolazione del lavoro possa avere effetti positivi, quando il numero dei migranti eccede le capacità di assorbimento dell'economia nazionale, l'equilibrio interno/esterno si rompe. E anzi, quanto più un sistema di welfare tende ad essere distributivo, tanto più subirà gli effetti dell'apertura all'esterno.

L'analisi di Freeman può essere complicata e aggiornata dalla considerazione di diversi fattori: il modello di welfare che si prende in considerazione, le caratteristiche dell'immigrazione, il sopraggiungere di una grave crisi economica.

* Associato di diritto Pubblico Comparato nell'Università degli studi di Sassari.

¹ G. FREEMAN, *Migration and the Political Economy of the Welfare State*, in *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol. 485, *From Foreign Workers to Settlers? Transnational Migration and the Emergence of New Minorities* (May, 1986), 51-63.

Riguardo ai modelli di welfare, la classificazione più accreditata è quella di E. Anderson², che distingue fra tre modelli. Il modello sociale liberale, nel quale lo Stato svolge un numero limitato di compiti e ha un ruolo ben definito nel senso che garantisce la tenuta del sistema nei casi in cui il mercato e la società civile non riescano nello scopo; il riferimento è ovviamente agli Stati Uniti e alle economie competitive che vi s'ispirano³. Il modello corporativista o modello continentale europeo, che affida alla famiglia e ai datori di lavoro il compito di sostenere i servizi sociali. Nella sua forma moderna, le assicurazioni private svolgono un ruolo cruciale, e sono per lo più legate alla partecipazione al mercato del lavoro⁴. Le attività dello Stato tendono a essere orientate verso le famiglie piuttosto che gli individui. Infine, il modello universale o scandinavo attribuisce allo Stato un ruolo cruciale come fornitore di servizi sociali. I servizi vengono erogati agli individui, ma con differenze a seconda della storia lavorativa. La principale fonte di finanziamento è data dalle tasse⁵.

Questi tre modelli si differenziano per il rapporto che si viene a creare tra i cittadini, che richiedono i servizi, i produttori, nel nostro caso ospedali e altri erogatori di assistenza sanitaria, e i finanziatori, che possono essere pubblici e/o privati.

Si va dal caso in cui il rapporto è gestito secondo logiche di mercato, al caso opposto, in cui un'impresa pubblica assume il compito di produrre servizi e di coprire i costi con la tassazione. Secondo gli studiosi di economia sociale, il mercato, in assenza di correttivi, può generare il rischio di comportamenti opportunistici (l'assicurazione che rifiuta di assicurare un soggetto ad alto rischio) e di costi eccessivi dei servizi, nel caso vi sia una corsa al rialzo da parte delle assicurazioni e dei produttori⁶. L'equità e la sostenibilità del sistema costituiscono le due sfide che spiegano l'intervento pubblico in sanità⁷. La sostenibilità del sistema deve misurarsi con una serie di fattori: le modalità di finanziamento (tasse, out of pocket, contributi, ecc.), i soggetti che erogano i servizi (pubblico, privato, misto), il sistema di pagamento (a rimborso, di prestazione), l'individuazione degli aventi diritto alle cure, le prestazioni coperte dal servizio e soprattutto la presenza di un *third payer* che svolge il compito di intermediario tra produttore dei servizi e cittadini.

D'altra parte, l'intervento pubblico, che tende a ridurre costi, può creare inefficienza e una bassa qualità dei servizi, specie nei sistemi politici dove mancano adeguati strumenti di *accountability*. Una via intermedia consiste nell'immettere incentivi tipici del mercato nel si-

² G. ESPING-ANDERSEN, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, Princeton Univ. Press, 1990.

³ P. FLORA AND A. J. HEIDENHEIMER (eds.) *The Development of Welfare States in Europe and America*. New Brunswick, NJ: Transaction Books, 1981.

⁴ Ibidem.

⁵ N. F. CHRISTIANSEN ET AL. (eds.), *The Nordic Model of Welfare. A Historical Appraisal*. Copenhagen: Museum Tusulanum Press, 2006; M. Kautt, *The Nordic Countries*, in F. G. CASTLES ET AL (eds) *The Oxford Handbook of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

⁶ Il rapporto tra mercato e sanità è particolarmente dibattuto negli USA. M. GAYNOR AND R. J. TOWN, *Competition in Health Care Markets*, The Centre For Market And Public Organisation, 2012 Working Paper No. 12/282. Con ampia bibliografia.

⁷ P. ZWEIFEL, F. BREYER, M. KIFMANN, *Health Economics*, Heidelberg, Springer, 2009; A. PETRETTO, *On the Fuzzy Boundaries between Public and Private in Health Care Organization and Funding Systems*, Working Paper N. 09/2010, in <https://www.researchgate.net>.

stema di gestione pubblica dei servizi (i quasi-mercati della sanità⁸). Per cercare di contenere i costi, senza penalizzare la qualità e l'equità dei servizi, i decisori pubblici fanno ricorso a un sistema di incentivi che conduca i protagonisti del settore verso gli obiettivi desiderati⁹.

La scelta di un sistema di welfare da parte dell'ordinamento dipende da una serie di fattori: la forma di stato e i principi su cui si basa una nazione; la forma di governo, ovvero la distribuzione dei compiti e il modo in cui vengono assunte le scelte di politica economica e sociale; le esigenze di efficienza che s'impongono alle organizzazioni moderne a causa della contrazione delle risorse.

Negli ultimi decenni le trasformazioni della società e dell'economia hanno esercitato una pressione esterna (la c.d. globalizzazione) e interna (cambiamenti demografici) sui sistemi di welfare¹⁰, alle quali gli Stati hanno risposto con riforme che hanno interessato l'organizzazione territoriale, il sistema di finanziamento, gli obiettivi di azione.

Tra le tendenze registrate a cavallo del nuovo millennio nel Continente europeo si segnalano per importanza il decentramento dei servizi e il contenimento della spesa. Quanto al decentramento, va detto che in quasi tutti i paesi UE la responsabilità per i servizi sociali e sanitari ricade sugli enti decentrati, ferma restando la competenza dello Stato centrale nel definire i principi di funzionamento del sistema¹¹.

A favore del decentramento si pone il convincimento che esso favorisca la risposta più adeguata alle esigenze della popolazione di un territorio dato, e permetta di identificare una correlazione tra il cittadino, che è anche colui che paga le tasse, e il governo, che decide come usare le risorse raccolte con l'imposizione per erogare i servizi¹². D'altra parte, il decentramento può comportare una differenziazione che equivale a minori garanzie di cittadinanza sociale per i territori più poveri o meno competitivi¹³. Pur non essendo immune da critiche e problemi, il decentramento appare avere una valenza positiva, e viene associato a ogni genere di vantaggi: avvicina i cittadini ai rispettivi governi e li rende partecipi delle decisioni che li riguardano, permette un controllo dell'azione pubblica più diretto e immediato,

⁸ J. LE GRAND, *Quasi-markets and social policy* in *The Economic Journal*, 1991, 101 (408), 1256–1267.

⁹ A. PETRETTO, *Il finanziamento del servizio sanitario. Problematrice e comparazioni*, in G. CERRINA FERONI, M. LIVI BACCI, A. PETRETTO, *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, Cesifin, 2017, 71 ss.

¹⁰ M. FERRERA, *Modelli di solidarietà*, Il Mulino, 1998.

¹¹ J. COSTA, S.C. FONT GREER (eds), *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care: Competition, Innovation and Cohesion*, Palgrave MacMillan, 2013; K.FIERLBECK, H. A. PALLEY, *Comparative Health Care Federalism*, Routledge, 2015.

¹² Secondo gli studi di *Public Finance*, la funzione di allocazione dei beni e servizi dovrebbe spettare ai governi locali, che possono far pagare i relativi costi agli abitanti della regione, a meno che non si tratti di servizi di cui beneficiano soggetti esterni al territorio (ad es. la difesa). Infatti, i governi locali sarebbero in grado di distribuire beni e servizi a costi minori, di soddisfare meglio i bisogni dei cittadini e di favorire la democraticità delle decisioni. La teoria economica del *fiscal federalism* attribuisce al governo centrale sia la gestione delle politiche di redistribuzione, finalizzate a garantire condizioni minime di eguaglianza, sia quella delle politiche volte a conservare l'equilibrio economico e la stabilità finanziaria R. MUSGRAVE, P. MUSGRAVE, *Public Finance in Theory and Practice*, MacGraw-Hill, New York, 1989, 613 ss.; W.E. OATES, *Fiscal Federalism*, Harcourt Brace, New York, 1972, passim W.E. OATES, *An Essay in Fiscal Federalism*, in *Journal of Economic Literature*, 1999, 1127.

¹³ S.L. GREER, *Devolution and Social Citizenship in the UK*. Bristol: Policy Press, 2009.

consente sperimentazioni e adattamenti, permette (o promette) risparmi della spesa pubblica¹⁴.

Il tema delle risorse è l'altro elemento essenziale per comprendere le scelte di politica sociale compiute dai governi delle democrazie contemporanee, costrette dalla crisi fiscale ed economica a ridurre la spesa pubblica.

La crisi economica sta provocando un mutamento epocale delle idee e dei valori (il grado di solidarietà), che vengono sollecitati da nuovi conflitti tra interessi emergenti (cittadini, migranti) e richiedono risposte dalle istituzioni (riforme del sistema e del suo finanziamento)¹⁵.

In Europa, le misure adottate per combattere la crisi si sono tradotte nella riduzione della spesa pubblica, con effetti che hanno interessato il welfare e la sanità in particolare¹⁶. Limiti alla spesa per il personale, tagli al budget degli ospedali, accorpamento delle strutture, controllo centralizzato degli acquisti, sono alcuni dei provvedimenti assunti nell'ultimo decennio¹⁷. In alcuni casi gli effetti della crisi sono stati ancor più drammatici, come in Spagna, dove dal 2012 è stato limitato l'accesso ai servizi per alcuni gruppi della popolazione, o in Francia, dove l'entità del rimborso pubblico delle prestazioni è diminuita a tal punto da richiedere un forte incremento delle attività assicurative private¹⁸. Rispetto alla seconda parte del XX secolo, caratterizzata da un'espansione degli interventi di welfare a favore della parte di società industriale più esposta ai rischi sociali¹⁹, l'inizio del XXI secolo è stato segnato dalla comparsa di nuovi assetti sociali e dalla difficoltà di individuare obiettivi e persone alle quali abbinare risorse e interventi.

In questo scenario, la sanità rappresenta un settore del welfare nel quale l'erogazione di cure gratuite a tutti diventa sempre più un'utopia²⁰.

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'immigrazione, occorre considerare i mutamenti intercorsi con la globalizzazione e la differenza tra la migrazione legata alla domanda

¹⁴ V. TANZI, *The Future of Fiscal Federalism*, in *European Journal of Political Economy*, 2008, 705 ss.

¹⁵ R. POSNER, *A Failure of Capitalism: The Crisis of '08 and the Descent into Depression*, Harvard University Press, 2010; ID., *The crisis of Capitalist Democracy*, Harvard University Press; J. STIGLITZ, *Freefall: America, Free Markets, and the Sinking of the World Economy*, W.W. Norton & Company, New York-London. Una lettura critica della crisi si trova in G. DI GASPARE, *Teoria e critica della globalizzazione finanziaria*, Padova, Cedam, 2011. Sulle trasformazioni dello Stato di diritto A. MORRONE, *Pareggio di bilancio e Stato costituzionale*, in *Rivista AIC* 2014, n. 1; ID., *Crisi economica e diritti. Appunti per lo Stato costituzionale in Europa*, in *Quad. cost.* 2014, 80 ss.; A. POGGI, *Crisi economica e crisi dei diritti sociali nell'Unione Europea*, in *Rivista AIC*, 2017/1..

¹⁶ S. L. GREER, H. JARMAN, R. BAETEN, *The New Political Economy of Health Care in the European Union. The Impact of Fiscal Governance*, in *International Journal of Health Services*, 2016, 2, 262 ss.

¹⁷ C. TUBERTINI, *I livelli essenziali di assistenza*, in G. CERRINA FERONI, M. LIVI BACCI, A. PETRETTO, *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, cit., 94 ss. R. BUSSE, *Health reform monitor—The impact of the financial crisis*, in *Health Policy*, 2012, 106, 1–2.

¹⁸ Si vedano i contributi di V. FEDERICO, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. La Francia*, in questa *Rivista*, 2018/1 e L. MELLICA, *Il sistema sanitario spagnolo e la tutela della salute degli immigrati: spunti di riflessione*, in questa *Rivista* 2017/4.

¹⁹ C. RANCI, *Social Vulnerability in Europe, The New Configuration of Social Risk*, Basingstoke, Palgrave-MacMillan, 2010. M. FERRARA, *The European Welfare State: Golden Achievements, Silver Perspectives*, in *West European Politics*, XXXI, 2008, 82 ss.

²⁰ Gli sviluppi della scienza medica rendono sempre più difficile sostenere i costi delle cure individuate. D. CALLAHAN, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Milano, Baldini & Castoldi, 2000.

di lavoro, quella dovuta al ricongiungimento familiare e quella c.d. permanente, che scaturisce dai flussi legati alla guerra e alla povertà. Quest'ultima forma ha assunto dimensioni rilevanti, facendo crescere il numero dei migranti in maniera più che esponenziale nell'ultimo decennio²¹.

Quando sistemi di welfare "chiusi" incontrano una migrazione permanente di dimensioni rilevanti l'effetto è critico. Ciò anche, e direi a maggior ragione, nei sistemi di welfare appartenenti al c.d. modello sociale come quello svedese, che sotto lo specifico profilo delle politiche per i migranti si trova agli ultimi posti delle classifiche europee²².

L'ingresso di nuovi fruitori nell'area sociale viene percepito come una minaccia²³. Sotto il profilo finanziario le analisi empiriche sembrano dimostrare che l'impatto sulla sostenibilità economica del welfare sia destinato a cambiare a seconda dell'ordinamento considerato²⁴. Tuttavia, è innegabile che, se si guarda al consenso sociale e politico, rispetto al passato vi sia stato un cambio di prospettiva radicale che ha reso più difficile il compito dei governi europei²⁵.

Se dal contesto europeo si passa a quello nazionale, il rapporto tra sistema di welfare e migrazioni deve essere declinato tenendo conto, oltre che dei fenomeni esterni, delle caratteristiche specifiche del paese considerato. Insomma, la globalizzazione e i fenomeni connessi hanno sì modificato le politiche sociali, ma con effetti diversi secondo i contesti nazionali, che rimangono decisivi per il welfare²⁶.

Per tutelare l'equilibrio economico e sociale del proprio sistema di welfare, e difendere la tradizione costituzionale, quasi tutti gli ordinamenti hanno reagito con l'adeguamento del sistema normativo e di organizzazione sanitaria. Da parte sua, la Svezia ha intrapreso contemporaneamente una politica di contenimento dell'immigrazione e una di espansione delle misure di welfare a vantaggio di coloro che vi accedono²⁷.

Questo ragionamento può essere esteso in massima parte al settore della sanità, con alcune eccezioni. I sistemi sanitari hanno spesso dei tratti distintivi che li differenziano da altri

²¹ Secondo l'Agenzia delle Nazioni Unite per i rifugiati 65 milioni di persone sono costrette ad abbandonare le proprie case nel mondo. Di queste oltre 21 milioni sono rifugiati, più della metà dei quali di età inferiore ai 18 anni. I dati sono pubblicati nel sito dell'Agenzia, all'indirizzo <https://www.unhcr.it/risorse/statistiche>.

²² G. BROCHMANN, A. HAGELUND, *Migrants in The Scandinavian Welfare State*, in *Nordic Journal of Migration Research*, 2011, 1, 13-24.

²³ R. ROMERO-ORTUÑO, *Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?* in *European Journal of Health Law*, 2004, 11, 245-272.

²⁴ S. N. SOROKA, R. JOHNSTON, A. KEVINS, K. BANTING, W. KYMLICKA, *Migration and welfare state spending*, in *European Political Science Review*, 2016, 8(2), 173-194.

²⁵ Sulla base di inchieste fatte da *Eurobarometer, the European Social Survey, Gallup, IPSOS and Pew Research Center*, si può rilevare che i cittadini europei sono molto più preoccupati dell'immigrazione che dei problemi economici. Essi inoltre percepiscono gli immigranti come una minaccia per il lavoro e la sicurezza e come fruitori di servizi che non contribuiscono a sostenere. U. BATSAIKHAN, Z. DARVAS AND I. GONÇALVES RAPOSO, *People on the move: migration and mobility in the European Union*, in <http://Bruegel.org> 2018, 23 ss.

²⁶ G. ESPING-ANDERSON (ed), *Welfare State in Transition. National Adaptations in Global economics*, London, Sage, 1996.

²⁷ A. ST.JULES, *Sweden's Dilemma: The Right to Health for Irregular Migrants. An examination of human rights law and factors affecting policy*, Goteborg University, 2012.

sistemi (assistenza, previdenza, istruzione, ecc.), in virtù dei numerosi fattori che contribuiscono a definirne la struttura²⁸.

2. Il sistema sanitario svedese

Il sistema sanitario della Svezia, come degli altri paesi scandinavi, è riconducibile al c.d modello Beveridge²⁹. Si tratta di un sistema finanziato con la fiscalità generale, che ha come fine quello di garantire il più elevato livello di assistenza possibile alla generalità dei cittadini, di assicurare la dignità e l'eguale trattamento di tutti i destinatari, a iniziare dalle categorie deboli, di ricercare l'equilibrio tra scelta delle cure e contenimento dei costi.

La scelta di un sistema universale è coerente con la forma di Stato sociale della Svezia³⁰. L'art. 2 della Costituzione svedese del 1974 indica tra gli obiettivi dell'attività pubblica il benessere dei cittadini, anche se il diritto alla salute non viene codificato nella Carta fondamentale³¹.

L'assetto attuale del sistema sanitario riflette i caratteri originari, che si delinearono fin dal XVIII secolo, quando le autorità locali (per i grandi centri urbani) e il Governo centrale (per le aree rurali) si assunsero il compito di fornire l'assistenza sanitaria ai cittadini. Nel 1813 si ebbe la prima forma di governo statale dei servizi sanitari (*Collegium Medicum* che nel 1873 divenne *Royal Medical Board*). Nella seconda metà del 1800 ebbe inizio, con la costituzione dei *County Councils*, il decentramento dei servizi di assistenza di base, che si estese poi all'assistenza ospedaliera (*Hospital Act 1928*).

Una compiuta unificazione delle forme di assistenza sanitaria si ebbe prima della fine della seconda guerra mondiale, con l'approvazione del *National Health Insurance Act 1946* (attuato solo nel 1955), che introduceva l'assistenza per tutti i servizi a tutti i cittadini.

Questi principi sono stati ribaditi nella legge del 1982 (*Health and Medical Services Act of 1982*)³², che ha confermato l'obiettivo di garantire la salute di tutta la popolazione³³. La

²⁸ In Svezia, a differenza della Germania ad esempio, vi è una separazione tra il sistema sanitario e gli altri settori del welfare.

²⁹ A. ANELL, A. H. GLENNGÅRD, AND S. MERKUR, *Sweden: Health System Review, Health Systems in Transition* 2012, 14(5):1-161; A. HÄGER GLENNGÅRD, *The Swedish Health Care System*, in E. MOSSIALOS, A. DJORDJEVIC, R. OSBORN AND D. SARNAK (eds.), *International Profiles of Health Care Systems*. New York, NY, and Washington, DC: The Commonwealth Fund, 2017.

³⁰ P. CARROZZA, *Riforme istituzionali e sistemi di welfare*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, L. PEPINO (a cura di), *Diritto di welfare*, Bologna, Il Mulino, 2010, 207 ss.

³¹ In realtà le leggi fondamentali che hanno rango costituzionale sono quattro. La Legge sulla Forma di Governo (*Regeringsformen*), che contiene le norme fondamentali in tema di diritti di libertà e di organizzazione dei poteri pubblici; la Legge di Successione (*Successionsordningen*); la Legge sulla Libertà di Stampa (*Tryckfrihetsförordningen*), la Legge Fondamentale sulla Libertà di Espressione (*Yttrandefrihetsgrundlagen*). M. MAZZA, *Diritto pubblico svedese - Linee prospettive*, Bergamo, 2013; F. DURANTI, *Gli ordinamenti costituzionali nordici*, Torino, 2009; Id., *Evoluzioni del costituzionalismo svedese*, 2012, in www.federalismi.it; J. NERGE-LIUS, *Constitutional reform in Sweden Some important remarks*, in www.tvcr.nl/tijdschriftvoorconstitutieelrecht.

³² Per l'assistenza ad anziani e disabili occorre però fare riferimento al *Social Services Act of 1980*.

³³ «*Health and medical services are aimed at assuring the entire population of good health and of care on equal terms. Care shall be provided with due respect for the equal worth of all people and the dignity of the individual. Priority shall be given to those who are in the greatest need of health and medical care*».

legge del 1982 unifica e centralizza le scelte di politica sanitaria stabilendo come obiettivo del sistema sanitario «*good health and care on the same conditions for the entire population*». Tuttavia, gli artt. 3.1 e 4, precisano che coloro che sono solo temporaneamente residenti nel paese hanno accesso alle cure e ai trattamenti di urgenza. L'assistenza di coloro che non sono residenti e registrati viene offerta perciò a titolo oneroso.

La legge del 1982 non prevede una carta dei diritti dei pazienti, ma il diritto di scelta e di informazione sono tutelati da provvedimenti specifici³⁴; nel 2015 è entrato in vigore il *Patient Act* (legge n. 821 del 2014), che disciplina lo status del paziente in ordine alla capacità di autodeterminazione e di scelta³⁵.

Il sistema sanitario svedese ha subito una serie di riforme e cambiamenti ma, in generale, la struttura di base del sistema è stata relativamente stabile.

Il finanziamento e l'organizzazione del sistema sanitario si collocano in un preciso contesto politico-costituzionale, impregnato di cultura e forze politiche socialdemocratiche, con un'economia solida e sviluppata, e con una forte spinta alla solidarietà e all'eguaglianza³⁶. Attraverso l'inclusione dei cittadini più deboli la Svezia, al pari degli altri paesi dell'area, alla metà del XX secolo ha contenuto il conflitto sociale e ha costruito un sentimento nazionale unitario³⁷. Per descrivere questo percorso si può utilizzare il concetto di *Folkhemmet* (casa del popolo), che fa riferimento ad una società organizzata come una famiglia, che chiede ai suoi membri il rispetto dei doveri di solidarietà per far sì che tutti possano godere di eguali diritti.

Dal sistema di finanziamento pubblico, e in genere dalla gestione pubblica della sanità, gelosamente difese come simbolo dell'identità nazionale³⁸, dipende la definizione dei destinatari dei servizi, delle modalità di accesso ai medesimi, dei costi dell'assistenza³⁹.

I caratteri del sistema sanitario sono la distribuzione dei compiti tra più livelli territoriali, l'accessibilità e globalità dei servizi, il ricorso a meccanismi di verifica della qualità.

³⁴ Nel 2011 è entrata in vigore una legge per la sicurezza dei pazienti, il *Patient Safety Act* (legge n. 659 del 2010), che garantisce i pazienti e ne assicura la corretta protezione da rischi connessi alle cure.

³⁵ La Svezia ha introdotto alcuni elementi dei quasi-mercati, consentendo che a livello locale i cittadini potessero scegliere providers pubblici e privati accreditati per le cure primarie. Tuttavia il modello competitivo è stato attenuato dalla tendenza delle entità locali all'integrazione e collaborazione. B. AHGREN, *Competition and integration in Swedish health care*, in *Health Policy*, 2010, 96, 91–97; P. BLOMQUIST, *The choice revolution: privatization of Swedish welfare services in the 1990*, in *Social Policy & Administration* 2004;38:139–55.

³⁶ M. GAGGERO, *Tendenze di centralizzazione e garanzie di efficienza nel modello sanitario scandinavo*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2009, 173 ss. 173 ss.

³⁷ La Scandinavia è l'area in cui la fiducia nelle istituzioni politiche e il ruolo dello Stato sono maggiori nel mondo. I tre paesi scandinavi si attribuiscono l'onore di aver creato e sviluppato lo Stato sociale. È una parte così centrale della loro comprensione di sé che si può dire che il welfare sia una flag policy che concorre all'identità costituzionale scandinava.

³⁸ F. TARONI, *L'analisi comparativa delle politiche sanitarie tra diffusione delle leggi e apprendimento sociale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, cit., 15 ss. L'A. osserva come vi sia una tradizionale riluttanza dei sistemi sanitari universali a cambiare "modello", ovvero a passare da un sistema di assicurazione obbligatoria a un sistema basato sulla tassazione generale, e viceversa.

³⁹ Non vi è dubbio, infatti, che un sistema basato sulla tassazione generale abbia come destinatari (almeno) tutti i cittadini-contribuenti, mentre un sistema basato sull'assicurazione volontaria offra in primis agli assicurati i servizi di assistenza.

Quanto alla distribuzione territoriale dei compiti, quello svedese è un sistema che nasce decentrato. La regionalizzazione dell'assistenza sanitaria, basata sulle Contee, ha una tradizione risalente al 1862, quando ad esse fu affidata l'assistenza per le malattie somatiche. Progressivamente, alle Contee sono state trasferite quasi tutte le competenze (l'assistenza sanitaria è, d'altra parte, la principale funzione delle Contee).

Il territorio nazionale è diviso in 290 comuni e 21 tra Contee o Regioni; esse hanno una notevole autonomia nell'organizzazione dei servizi, mentre al livello nazionale compete la funzione di indirizzo e controllo, che svolge attraverso gli organi politici e le numerose agenzie governative⁴⁰. I municipi sono responsabili per l'assistenza (soprattutto domiciliare) agli anziani e ai disabili, le Contee sono responsabili per l'assistenza primaria e una parte consistente dell'assistenza ospedaliera. Il ruolo dei privati è marginale, ma ha avuto negli ultimi decenni una certa espansione. Inoltre, una quota dell'assistenza di base e il settore farmaceutico sono nelle mani di *providers* privati⁴¹.

L'autonomia dei Governi regionali e locali riguarda anche il finanziamento, dal momento che sia i Comuni sia i *County Councils* hanno la possibilità di riscuotere una quota dell'imposta sul reddito per finanziare i servizi. Altre fonti di finanziamento provengono da trasferimenti, tasse e da interventi perequativi statali⁴². La questione del finanziamento è fondamentale per la sostenibilità economica e sociale dell'assistenza ai migranti. Appare evidente, infatti, che se fossero le Contee e i Comuni a pagare il costo dei servizi destinati ai migranti, il consenso della popolazione locale dei contribuenti verso politiche di accoglienza verrebbe facilmente eroso.

La dimensione regionale non è stata sempre in grado di svolgere il proprio ruolo in modo adeguato, per cui la Svezia ha affrontato un processo riformatore teso a dare più efficienza al sistema sanitario e a offrire risposte ai problemi di salute della sua popolazione. Il principale oggetto di riforma negli ultimi venti anni è stato infatti il decentramento, ovvero il rapporto tra il sistema sanitario e la struttura regionale⁴³.

Mentre è stata avviata la riforma della regionalizzazione si è posto, in Svezia come altrove, il problema di adeguare l'organizzazione sanitaria ai principi del *New Public Management* e della *Centered Patient Care*. L'obiettivo di queste nuove forme di governo della sanità

⁴⁰ Le Agenzie sono 8: the National Board of Health and Welfare, the HSAN, the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, the MPA, the TLV, the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis, the Swedish Social Insurance Agency and the National Institute for Public Health.

⁴¹ Le assicurazioni private riguardano il 10% circa della popolazione in età lavorativa, mentre il 17% circa è la quota di servizi erogati dai providers privati, che vengono retribuiti direttamente dai pazienti. J. LAPIDUS, *Private health insurance in Sweden: Fast-track lanes and the alleged attempts to stop them*, in *Health Policy*, 2017, 121, 442 ss.

⁴² Sul ruolo degli enti territoriale nei paesi scandinavi A. PITINO, *Tecniche di cooperazione tra enti locali e governo centrale negli Stati scandinavi*, in *Amministrare*, 2005, 121 ss.

⁴³ La Svezia è uno dei paesi più decentralizzati al mondo. Regioni e Contee godono di ampia autonomia nell'esercizio delle loro competenze. La collaborazione tra enti è molto diffusa e assume diverse forme. La più importante è la associazione che rappresenta regioni ed enti locali (SALAR). Un altro elemento che caratterizza il governo locale è la differenziazione e l'asimmetria dell'organizzazione interna. Il compito principale delle Contee è l'assistenza sanitaria, per cui in ogni Contea il *County Council* ha la possibilità di decidere in che forma organizzare i servizi e attraverso quali strutture di governo, grazie all'autonomia di risorse.

è di avere servizi in linea con i progressi della tecnica, facendo fronte all'aumento esponenziale dei costi con la gestione manageriale delle strutture e dei servizi, di ridurre le liste di attesa, realizzando la massima soddisfazione dei pazienti⁴⁴.

Alla fine degli anni '90 del secolo scorso il Governo conservatore ha cercato di far convergere verso questi obiettivi la sanità e ha avviato un processo di riforma del sistema di finanziamento, di organizzazione e persino del modello di sanità⁴⁵.

Il processo di aggiustamento dei rapporti centro/periferia è ancora in atto. Il tema delle risorse e del controllo dei costi spinge a favore della centralizzazione, ma il ruolo di Contee e dei Municipi nell'assistenza resta preponderante, rendendo difficile la compensazione tra territori e il coordinamento dei servizi. Nel luglio 2015 il Governo a guida socialdemocratica ha istituito una Commissione di riforma delle Contee che ne riduca il numero e ne aumenti l'efficienza. Nel Report intermedio, presentato a giugno 2016, la Commissione ha illustrato una proposta che porterebbe a 6 il numero di Regioni e Contee (del resto l'assistenza sanitaria è già organizzata in 6 maxiregioni)⁴⁶.

Il Governo svedese intende proseguire sulla strada delle riforme regionali, che dovrebbe condurre a una nuova organizzazione dei territori a partire dal 2019⁴⁷.

L'accessibilità non è legata alla scelta del medico di base, che è opzionale e comporta il pagamento di un ticket in caso di consulto⁴⁸. I pazienti possono rivolgersi, a un costo maggiore, direttamente agli specialisti. È previsto un tetto alle spese sanitarie e il rimborso dei farmaci per le patologie croniche. L'assistenza ospedaliera emergenziale viene assicurata, ma alcuni interventi ospedalieri comportano il pagamento di un ticket⁴⁹.

I servizi offerti ai cittadini dalle autorità locali e dai *providers* comprendono l'assistenza ospedaliera e di base. La globalità cui tende il sistema ha dovuto misurarsi con la crisi economica e con la necessità di porre in essere politiche di controllo dei costi. Tuttavia non sono ammesse differenze di trattamento per gruppi o aree geografiche senza che derivino da specifici obiettivi. Non esiste un diritto a ottenere una prestazione, ma le Contee hanno il dovere di organizzare i servizi in modo da garantire standard ragionevoli e costi sostenibili. L'assistenza viene erogata con un certo grado di differenziazione che dipende dall'autonomia dei *County Councils*, ma l'equità del sistema richiede che anche coloro che

⁴⁴ A. ANELL, *Swedish healthcare under pressure*, in *Health Economics* 2005, 14: 237–254. Il modello *market oriented* e la scelta del medico non hanno mai attecchito, preferendo gli svedesi la scelta dei *County Councils*. F. ANDERSSON AND H. JORDAHL, *Outsourcing Public Services: Ownership, Competition, Quality and Contracting* (2011) *Research Institute of Industrial Economics*, IFN Working Paper No. 874, June 15. At: <http://www.ifn.se/wfiles/wp/wp874.pdf>

⁴⁵ F. DIDERICHSEN, *Devolution in Swedish healthcare: local government isn't powerful enough to control costs or stop privatisation*. in *BMJ*, 1999;318:1156–7; M. GAGGERO, *Tendenze di centralizzazione e garanzie di efficienza nel modello sanitario scandinavo*, cit., 182 ss.

⁴⁶ C. MONTELL, A. ANELL, *Update on Interim report on new region and county council division*, in www.hspm.org.

⁴⁷ OECD. *Territorial Reviews: Sweden 2017: Monitoring Progress in Multi-level Governance and Rural Policy*.

⁴⁸ Le visite specialistiche possono prevedere un ticket, ma i minori sono esclusi da contributi.

⁴⁹ S. HOLM, P-E LISS, O. FRITHJOF NORHEIM, *Access to Health Care in the Scandinavian Countries: Ethical Aspects*, in *Health Care Analysis*, 1999, 7: 321–330.

versano in condizioni economiche sfavorevoli possano ottenere le prestazioni adeguate⁵⁰. In caso di negligenza è possibile rivolgersi al *Medical Care and Liability Board*, un organismo presente in ogni Contea. La tipologia dei servizi è in costante evoluzione, in quanto tiene conto dello sviluppo della scienza medica e delle aspettative e bisogni specifici di un determinato contesto geografico.

Il processo riformatore ha attraversato la crisi economica, che, a differenza di quanto accaduto in altri paesi europei, non sembra abbia inciso in modo determinante sul sistema sanitario svedese. Mentre nel resto d'Europa sono state adottate misure restrittive di varia natura in Svezia la spesa sanitaria non è diminuita dopo il 2008, mantenendosi a un livello elevato, di circa l'11% del PIL nel 2013, ben al di sopra della media dei paesi OECD⁵¹. Il Governo centrale ha deciso anzi di compensare con maggiori trasferimenti i *County Councils* per le perdite dovute a minori introiti derivanti dall'imposta sul reddito. Vi è stato però un incremento nei ticket per i farmaci e le prestazioni sanitarie⁵².

3. I migranti: tipologie e numeri

Prima di analizzare l'impatto dei fenomeni migratori sul sistema sanitario svedese è necessario considerare che uno dei fattori discriminanti per l'accesso ai servizi di assistenza è il diverso status giuridico dei migranti. In mancanza di categorie giuridiche univocamente riconosciute a livello comparato, ogni ordinamento adotta propri criteri di qualificazione, per cui è difficile mettere a confronto gruppi e dati relativi ai migranti. A quest'ultimo riguardo, va detto che la maggior parte dei paesi non ha una raccolta sistematica dei dati che riguardano le patologie, gli accessi ai servizi, i costi⁵³.

Le principali categorie utilizzate dalla legislazione nazionale svedese sono: cittadini della UE residenti, richiedenti asilo e rifugiati, migranti regolari e irregolari, minori di età. Per

⁵⁰ Anche in Svezia, come nel Regno Unito, si parla di *postcode lottery*, ad indicare che il diritto alla salute è affidato ad una lotteria, ovvero ai numeri della Contea di appartenenza. Uno dei problemi del sistema sanitario è la lunghezza delle liste di attesa, tanto più grave per il fatto che i cittadini svedesi preferiscono ricevere assistenza nel proprio territorio. Sul fenomeno della *postcode lottery* H. BUNGAY, *Cancer and Health Policy: The Postcode Lottery of Care*, in *Social Policy and Administration*, 2005, 39; C. CASONATO, C. PICIOCCHI, *Devolution, diritti, identità: la tutela della salute fra asimmetrie ed esigenze di uniformità*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, cit., 51 ss. Sulle liste d'attesa -OECD, 'Health at a Glance 2011: Waiting Times' (2011) OECD, Indicators, OECD Publishing, 23 November. At: <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011/waiting-times-health-glance-2011-59-en>. Sul peso delle scelte locali E. BIDGOOD, *Healthcare Systems: Sweden & localism –an example for the UK?* In *Civitas* 2013, 10 ss.

⁵¹ OECD, *Health at Glance 2015. Oecd indicators*, in <http://www.oecd-ilibrary.org/>. La spesa della Svezia per contrastare la crisi è stata tra le più alte d'Europa, circa il 2% del PIL. EUROPEAN COMMISSION, *The EU's response to support the real economy during the economic crisis: An overview of Member States' recovery measures*. Occasional Papers. 2009. No. 51. Brussels, Directorate General for Economic and Financial Affairs. Available at:

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication15666_en.pdf2009

⁵² A. ANELL AND F. LENNARTSSON, *Sweden*, in A. MARESSO ET AL. (eds), *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experiences*, Copenhagen, 2015, 492 ss.

⁵³ B. RECHEL, P. MLADOVSKY, W. DEVILLÉ, *Monitoring migrant health in Europe: A narrative review of data collection practices*, in *Health Policy* 105 (2012) 10– 16

l'accesso ai servizi coperti dal sistema pubblico, la Svezia considera dirimente l'iscrizione ai registri civili e il possesso di un permesso di soggiorno, quale che sia la motivazione per la quale esso viene concesso⁵⁴. L'assistenza sanitaria viene comunque riconosciuta ai minori migranti, indipendentemente dal loro status.

Altre differenze nell'erogazione (o fruizione) dei servizi di assistenza sanitaria dipendono dalla provenienza geografica dei migranti, dalle ragioni che li hanno spinti a immigrare, dalla presenza di accompagnatori⁵⁵. Il caso dei migranti siriani è emblematico. Tra il 2012 e il 2015 i cittadini siriani in fuga dalla guerra venivano accolti automaticamente con lo status di rifugiati e veniva data loro la residenza. Lo stesso non è accaduto per altri gruppi⁵⁶.

Il numero dei migranti diretti verso la Svezia è cresciuto sistematicamente dalla fine della seconda guerra mondiale. Negli anni '50 e '60 del secolo scorso la richiesta di manodopera ha attratto prima i cittadini dei paesi scandinavi, poi gli abitanti del sud Europa e della Turchia. Negli anni '70 e '80 i migranti erano soprattutto cittadini in fuga dalle dittature del Sud America e dell'Iran, dai conflitti in Iraq, Siria e Turchia, e in paesi africani come Eritrea e Somalia, ma il loro numero era sostanzialmente contenuto⁵⁷.

Negli anni '90 e nei primi anni 2000 la crisi dell'URSS e le guerre scoppiate in Europa e in alcuni paesi africani (Iraq, Somalia) hanno alimentato le migrazioni verso la Svezia e gli altri paesi dell'area scandinava. Durante la guerra in Iraq una città della Svezia (Södertälje) è diventata famosa perché da sola ha ricevuto un numero di rifugiati superiore a quelli di USA e UK messi insieme⁵⁸. Questi ultimi flussi migratori sono stati causati, soprattutto, dalla necessità del ricongiungimento familiare⁵⁹, dalla speranza di ottenere l'asilo, da offerte di lavoro nei settori delle nuove tecnologie (20000 permessi nel 2012).

Gli ultimi anni: nel 2015 poco più del 7% della popolazione (che attualmente è composta da circa 10 milioni di persone) era straniera, ma di questa quota il 3% (396000) era rappresentato da cittadini UE, il resto proveniva da paesi terzi⁶⁰. Nel 2016 la percentuale di stranieri sale ancora, e costituisce più dell'8% della popolazione.

⁵⁴ A. HANNIGAN, P. O'DONNELL, M. O'KEEFFE, A. MACFARLANE, *How do variations in definitions of "migrant" and their application influence the access of migrants to health care services?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 46).

⁵⁵ Anche quando la legislazione preveda l'accesso ai servizi sanitari per i migranti, spesso vi sono difficoltà nel fruire dei servizi, legate a barriere linguistiche e burocratiche, distanza geografica dai centri specializzati, timore di controlli e segnalazioni per i migranti irregolari.

⁵⁶ Da dicembre 2015 l'accoglienza è stata limitata alla quota del UNHCR e a coloro che già ne avevano fatto richiesta, purché minori non accompagnati, e a coloro che cercavano il ricongiungimento familiare.

⁵⁷ Fino al 2001 il numero complessivo degli immigrati si attestava attorno alle 50000 unità. <https://www.migrationsverket.se>

⁵⁸ *Sweden's Södertälje shelters Christian refugees from Syria and Iraq*, in www.euronews.com. 10 ottobre 2014.

⁵⁹ Nel 2014, oltre 40000 persone hanno ottenuto il permesso di soggiorno per ricongiungersi ai familiari; coloro che hanno chiesto il maggior numero di ricongiungimenti sono stati Siriani, Somali e apolidi. <https://sweden.se/migration>

⁶⁰ EUROSTAT, *Migration and Citizenship Data*, in <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/migration-and-citizenship-data>.

Una particolare attenzione merita il numero dei richiedenti asilo, drammaticamente cresciuto negli anni 2000⁶¹, arrivando a quota 80000 richieste nel 2014 e a superare le 160000 domande nel 2015 (2% della popolazione), il doppio rispetto al 2014, il maggior numero di richieste rispetto alla popolazione tra i paesi europei⁶². Nel 2016 questo numero è crollato a 29000 a causa della nuova legge approvata per contenere i flussi migratori.

Anno	stranieri	popolazione	rich. asilo
1983	397 000	8 330 000	12 000
1993	507 000	8 745 000	37 000
2003	476 000	8 975 000	31 000
2013	694 000	9 644 000	54 000
2014	739 000	9 747 000	81 000
2015	782 000	9 851 000	165 000
2016	851 000	9 955 000	29 000

<http://www.statistikdatabasen.scb.se/>

Anno	flusso di immigrati	popolazione
2003	63 795	8 975 000
2013	115 845	9 644 000
2014	126 966	9 747 000
2015	134 240	9 851 000
2016	163 005	9 955 000

Gli irregolari sono stimati in numero non elevato, tra i 30000 e i 50000 nel 2009⁶³. Nel 2015 la stampa ha reso noto che 21000 immigrati irregolari avevano ricevuto la notifica di espulsione, e 14000 risultavano irrintracciabili⁶⁴.

Esistono pochi dati sulle condizioni di salute degli immigrati. L'ultimo rapporto sulla sanità pubblica in Svezia ha evidenziato che le condizioni di salute dei migranti sono mediamente inferiori a quelle dei cittadini, e che ci vogliono almeno 10 anni per raggiungere condizioni di vita equivalenti⁶⁵. Un rapporto di medici senza frontiere del 2005 indica un deteriora-

⁶¹ Il numero di coloro che hanno ottenuto il diritto d'asilo è passato da 62000 nel 2005, a 116000 nel 2013, e 110000 nel 2014. <https://www.migrationsverket.se/English/About-the-Migration-Agency/Facts-and-statistics-/Statistics/Overview-and-time-series.html>

⁶² Oltre a Siria e Iraq, la provenienza è Afghanistan, Eritrea e Somalia. Moltissimi i minori non accompagnati, circa 35000, in buona parte afgani.

⁶³ I dati sono quelli pubblicati sul sito <https://www.globaldetentionproject.org/countries/europe/sweden>.

⁶⁴ <http://www.express.co.uk/news/world/622826/Sweden-migrants-vanished-police>

⁶⁵ A.HIERN, *Migration and public health Health in Sweden: The National Public Health Report 2012*.

mento dello stato di salute dei migranti negli anni immediatamente successivi all'ingresso in Svezia, a causa della difficoltà dell'inserimento, del basso livello delle condizioni di vita e di lavoro, delle barriere formali (normative) e informali (lingua, mancata conoscenza delle strutture e delle opportunità o diritti di cura, insufficienza delle risorse, paura di espulsione, ecc.)⁶⁶. Alle patologie più comuni nei paesi di origine (tra le quali alcune malattie contagiose epatite B and C, tubercolosi e HIV) si aggiungono gli effetti dei traumi subiti in patria.

I minori figli di immigrati hanno condizioni di salute simili ai coetanei svedesi, ma sembra che essi soffrano di maggiori problemi per quanto riguarda l'equilibrio psichico. Anche tra i richiedenti asilo i problemi maggiori derivano da maltrattamenti e stress subiti, per cui ad esempio è più alto il numero dei suicidi e tentati suicidi (tre/quattro volte maggiore della media svedese)⁶⁷. D'altra parte, vi sono gruppi particolari di migranti che hanno una minore incidenza di malattie tipiche del paese ospitante⁶⁸.

I migranti si adattano alle nuove condizioni di vita e sono spinti a modificare il loro stile di vita e di alimentazione, tuttavia, ogni gruppo conserva un patrimonio genetico e epidemiologico, come dimostra il caso del diabete giovanile, che è particolarmente sviluppato in Svezia. I migranti provenienti da paesi dell'America Latina hanno un'incidenza del diabete giovanile 5 volte inferiore a quella degli svedesi, e la percentuale non aumenta ovviamente per il fatto di vivere in Svezia⁶⁹.

Considerata la diversità dei gruppi per provenienza geografica è quasi impossibile stabilire quale sia il livello di vita e quali i determinanti di salute dei migranti rispetto alla popolazione svedese. Tuttavia, secondo i dati raccolti dall'Ufficio nazionale di statistica i migranti percepiscono comunque il loro stato di salute come negativo e di livello inferiore a quello degli svedesi⁷⁰.

La diversa provenienza dei migrati, la varietà delle appartenenze etniche, culturali, religiose e linguistiche, costituisce una sfida per il sistema sanitario, che deve affrontare una serie di problemi: linguistici, per la comunicazione con i pazienti; di pratica medica, per garantire il rispetto delle convinzioni culturali e religiose; di appropriatezza delle cure, a causa della specificità di alcuni profili patologici⁷¹.

Chapter 13, in *Scandinavian Journal of Public Health*, 2012; 40(Suppl 9): 255–267.

⁶⁶ MSF, *Experiences of Go`mda in Sweden: Exclusion from Health Care for Immigrants Living without Legal Status*. Stockholm, 2005, in www.msf.org

⁶⁷ S. C. GILLIVER J. SUNDQUIST X. LI, C. SUNDQUIST, *Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: a literature review*, in *European Journal of Public Health*, Volume 24, Issue suppl.1, 1 August 2014, Pages 72–79.

⁶⁸ Ad esempio, la mortalità per patologie derivanti da eccessivo consumo di alcol è più bassa tra gli immigrati extraeuropei rispetto ai cittadini svedesi. G.R.WEITOF, A. GULLBERG, A. HJERN AND M. ROSEN, *Mortality statistics in immigrant research: method for adjusting underestimation of mortality*. in *International Journal of Epidemiology*. Aug 1999;28(4):756–63.

⁶⁹ A.HIERN, *Migration and public health Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 13*, cit.

⁷⁰ IBIDEM.

⁷¹ Si pensi, ad esempio, ai migranti africani e alle specifiche patologie di cui possono essere portatori. N. KALENGAYI ET AL. "It is a challenge to do it the right way": an interpretive description of caregivers' experiences in caring for migrant patients in Northern Sweden, in *BMC Health Services Research* 2012, 12:433.

4. L'impatto delle migrazioni di massa sul welfare

L'offerta di servizi di assistenza sanitaria ai migranti non rientra esclusivamente nelle scelte di politica sanitaria tendenti a proteggere la salute pubblica della popolazione. L'organizzazione di un sistema di assistenza per i migranti rappresenta anche una risposta alla necessità di tutelare i diritti umani.

Si tratta di una necessità condivisa da quasi tutti i paesi democratici, che hanno sottoscritto carte e convenzioni a tutela dei diritti umani, ai quali si aggiungono, nello specifico contesto europeo, gli atti e i documenti dell'Unione⁷².

A livello internazionale si è sviluppato un movimento, detto di *Global Health Law*, che ha come fine il raggiungimento di un livello ottimale di benessere psicofisico per l'umanità⁷³. Sulla base dell'assunto che, per garantire questo obiettivo sia necessario realizzare condizioni minime di salute a tutti, sono state elaborate le Dichiarazioni universali e regionali sui diritti alla salute, all'accesso ai servizi, all'assistenza⁷⁴. Merita di essere sottolineato che i soggetti che sostengono la *Global Health* sono sia pubblici sia privati; in particolare vi sono organizzazioni come MsF (Medici senza frontiere) e WHO (*World Health Organization*), la cui *governance* poggia però ancora sull'autorità degli Stati⁷⁵. L'approccio etico che contraddistingue questo movimento ha trovato sostenitori anche in Svezia, dove ha contribuito al varo di un'importante riforma della legislazione sull'assistenza ai migranti irregolari⁷⁶.

Il quadro normativo europeo sembra incidere poco sulle scelte degli Stati membri, mentre le politiche dell'Unione in questo settore sono poco efficaci e frammentate⁷⁷. La Corte

⁷² L'Unione europea ha progressivamente esteso il proprio ruolo in materia di sanità pubblica. Non essendo questa la sede per un approfondimento della disciplina europea si rinvia a *Health Care and EU Law*, a cura di J.W. VAN DE GRONDEN, E. SZYSZCZAK, U. NEERGAARD, M. KRAJEWSKI, L'Aja, Springer, 2011.

⁷³ C. BAULOZ, *Foreigners: Wanted Dead or Alive? Medical Cases before European Courts and the Need for an Integrated Approach to Non-Refoulement*, in *European Journal of Migration and Law*, 2016, 18, 409-441.

⁷⁴ Tra le altre, la Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, il cui art. 12 riconosce il diritto degli individui ad avere il più alto livello di salute fisica e mentale; la Convenzione dell'ONU per i rifugiati del 1951, nella quale si prevede che i rifugiati abbiano accesso agli stessi servizi di assistenza sanitaria della popolazione dello Stato ospitante; la Convenzione dell'ONU sull'eliminazione di tutte le discriminazioni razziali; la Convenzione dell'ONU per l'eliminazione delle discriminazioni nei confronti delle donne; la Convenzione dell'ONU per i diritti dei minori; la Convenzione per la protezione dei lavoratori migranti e delle loro famiglie. Per l'individuazione delle fonti internazionali ed europee in materia di tutela dei diritti dei migranti INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM), *Migration and the Right to Health in Europe*, 2009.

⁷⁵ L.O. GOSTIN, A.L. TAYLOR, *Global Health Law: a Definition and Grand Challenges*, in *Public Health Ethics*, 2008, 53-63.

⁷⁶ Nel 2007 un gruppo di organizzazioni formate da professionisti della sanità, esponenti della società civile, sindacati, ONG come *Amnesty International*, *Médecins du Monde*, *Médecins sans Frontiers*, *Red Cross*, *Save the Children* e *Caritas*, si sono fatti portatori di una proposta denominata *Right to Health Care-Initiative*. Nel 2009, 17 sindacati delle professioni sanitarie hanno promosso una identica iniziativa per riconoscere ai richiedenti asilo e migranti privi di documenti gli stessi diritti all'assistenza sanitaria riconosciuti ai residenti. All'iniziativa hanno aderito oltre 40 organizzazioni e associazioni civili. C.B. CUANDRA, *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27. Country Report Sweden*, Malmoe University, 2010.

⁷⁷ Le competenze dell'Unione europea in materia di sanità pubblica sono regolate dall'art. 168 TFUE e sono competenze di sostegno agli Stati. Nell'ambito del programma UE 2020 sono stati adottati Regolamenti in materia di integrazione dei migranti irregolari e di supporto ai rifugiati. In particolare il Reg. UE 516/2014 ha istituito il Fondo Asilo, migrazione e integrazione e la Dir. CE 115/2008 ha dettato norme e procedure comuni applicabili negli Stati membri al rimpatrio di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare.

di Giustizia ha avuto modo di pronunciarsi sul sistema di assicurazioni sanitarie per i cittadini europei⁷⁸, ma non risulta una giurisprudenza significativa sul diritto alla salute dei migranti⁷⁹.

4.1. I migranti europei

La “chiusura” del sistema svedese ha interessato, oltre ai migranti da altri Continenti, i cittadini europei, che dovrebbero poter usufruire delle garanzie connesse al loro status.

La mobilità sanitaria dei cittadini europei è un diritto risalente agli anni '70 e ha avuto inizio grazie alla libertà di circolazione dei lavoratori e alle misure di coordinamento dei sistemi di protezione sociale, decisi molto presto dalla Comunità europea per eliminare le barriere che limitavano il mercato del lavoro. Il regolamento (CEE) n. 1408/1977, modificato dal regolamento n. 883/2004⁸⁰, prevede che il lavoratore-paziente che usufruisce di una prestazione in uno Stato diverso da quello di affiliazione goda dell'assistenza prevista per le persone affiliate nello Stato di cura. La disciplina della mobilità sanitaria è chiaramente orientata alla costruzione del mercato comune e lascia agli Stati il compito esclusivo di attuare le politiche di protezione sociale, ivi compresa la tutela della salute⁸¹.

Gradualmente i servizi di assistenza sanitaria transfrontaliera sono divenuti accessibili da prima a coloro che avevano instaurato per ragioni di studio o lavoro un rapporto con il sistema sanitario, e poi ai cittadini europei. La direttiva 38/2004⁸², che disciplina la libertà di circolazione dei cittadini europei, prevede però che tutti i cittadini europei, che non abbiano un lavoro o un titolo per risiedere in Svezia, dimostrino di avere risorse sufficienti e un'assicurazione sanitaria per ottenere l'iscrizione nei registri, così da non gravare sui sistemi di welfare degli Stati ospitanti⁸³. Ciò significa che, in assenza di questo requisito, i cittadini

⁷⁸ Si tratta di una giurisprudenza corposa. G. DI FEDERICO, *L'accesso alle cure mediche nell'Unione europea tra diritti fondamentali e sovranità nazionali*, in *Quad. cost.* 2013, 679 ss;

⁷⁹ Una tutela seppur indiretta del diritto alla salute dei migranti è stata offerta dalla Corte EDU. In base a una giurisprudenza della Corte ormai consolidata, gli obblighi dello Stato di proteggere la vita e l'integrità di tutti quelli che si trovano sotto la sua giurisdizione “si applicano anche alla sfera della salute pubblica” (*Calvelli e Cigliò c. Italia*, § 49. La Corte aveva riconosciuto la violazione dell'art. 3 della CEDU in un caso d'espulsione di una malata di AIDS, la quale si trovava in uno stadio terminale della malattia e usufruiva delle cure (gratuite) di un centro per l'assistenza alle ultime fasi di vita. Caso D. c. Regno Unito, 2 maggio 1997. In un caso successivo, però, il quadro non era altrettanto grave e la Corte ha affermato di non poter impedire l'espulsione verso Paesi in cui è comunque astrattamente possibile reperire cure contro l'AIDS e di dover prescindere dal fatto che si tratti di cure fornite solo alla piccola parte della popolazione economicamente in grado di procurarsele. Caso N. c. Regno Unito (GC), 27 maggio 2008. Non ha raggiunto la “soglia minima di gravità” richiesta per poter configurare un trattamento inumano e degradante il caso di espulsione presentato da S.C.C. c. Svezia (n° 46553/99).

⁸⁰ Regolamento (CEE) n. 1408/1977, del Consiglio, del 14 giugno 1971, in G.U.C.E. I. 149, 5-7-1971, 2, modificato dal regolamento n. 883/2004 del Consiglio, del 30 aprile 2004, in G.U.U.E. I. 166, 2.

⁸¹ F. PIZZOLATO, *Il sistema di protezione sociale nel processo di integrazione europea*, Milano, Giuffrè, 2002; E. SPAVENTA, M. DOUGAN (a cura di), *Social Welfare and EU Law*, Oxford, Hart Publishing, 2005; J. McHALE, *Fundamental Rights and Health Care*, in E. MOSSILLOS, G. PERMANAND, R. BAETEN, T.K. HARVEY (cur.) *Health Systems Governance in Europe*, Cambridge, CUP, 2010, 282 ss.; S. GIUBBONI, *Cittadinanza, lavoro e diritti sociali nella crisi europea*, in *Riv. dir. sic.*, 2013, 491 ss; Id., *EU Internal Migration Law and Social Assistance in Times of Crisis*, ivi, 2016, 247-270.

⁸² Direttiva 2004/38/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, in G.U.U.E. I. 229, 29-6-2004, 35.

⁸³ La Svezia è tra i paesi europei che danno una lettura restrittiva del possesso della «comprehensive

europei non hanno garantita l'assistenza e neppure la residenza⁸⁴. Nel caso non abbiano la possibilità di ottenere la residenza, o non possiedano una tessera sanitaria, i cittadini europei potranno accedere all'assistenza di lungo termine alle stesse condizioni degli extraeuropei. Per essi varrà cioè, quanto stabilito dalla legge del 2014 per gli stranieri irregolari (infra). Lo stesso vale per coloro che dopo tre mesi non hanno diritto a residenza o hanno perso il diritto a risiedere in Svezia per mancanza di mezzi⁸⁵.

La Svezia ha recentemente riformato (legge n. 407 del 2013) la legge sul registro di stato civile, in modo da rendere più difficile l'acquisizione dello status di residente⁸⁶.

Un discorso a parte merita l'assistenza transfrontaliera di cui possono godere i cittadini europei ai sensi della direttiva n. 24/2011⁸⁷. In questa categoria rientrano i pazienti che si spostano volontariamente all'estero per cercare ad esempio di ottenere cure in tempi accettabili, o di qualità superiore a quella che avrebbero in patria. Anche per questa particolare forma di migrazione interna ai sistemi sanitari europei la Svezia ha manifestato una certa resistenza, al pari della maggior parte degli Stati membri. Da un lato le difficoltà dei sistemi sanitari a garantire l'assistenza spinge i cittadini di alcuni Stati a muoversi per ottenere un'assistenza migliore; dall'altro lato i paesi di affiliazione e di cura cercano di contenere i costi organizzativi e dei servizi transfrontalieri⁸⁸.

4.2. I richiedenti asilo e rifugiati

Il diritto d'asilo è disciplinato dallo Sweden's Aliens Act (2015:716), che definisce «*asylum* ...*a residence permit granted to an alien because he or she is a refugee* (s. 3) o a coloro che sono *otherwise in need of protection*». Il primo gruppo, dei rifugiati, viene definito secondo i criteri della Convenzione di Ginevra⁸⁹; il secondo è costituito dalle persone che corrono seri rischi e che hanno bisogno di protezione, ma non di gravità tali da ritenerli rifu-

sickness insurance» ai fini della residenza. U. NEERGAARD, *EU Health Care Law in a Constitutional Light: Distribution of Competences, Notions of 'Solidarity', and 'Social Europe'*, in J.W. VAN DE GRONDEN, E. SZYSZCZAK, U. NEERGAARD, M. KRAJEWSKI (cur.), *Health Care and EU Law*, L'Aja, 2011, 21 ss; E. JORIO, *La salute e la Costituzione europea*, in *Sanità pubbl.*, 2006, 4, 5 ss.

⁸⁴ S. DEVETZI, *Health care: the case of non-active EU migrants*, in RDSS 2016, 2, 330 ss.

⁸⁵ La giurisprudenza della Corte di giustizia ha recentemente affermato che per le prestazioni sociali non contributive occorre possedere le condizioni richieste dalla direttiva n. 38/2004. Sentenza Dano (causa C-333/13). Diverso però è il caso dell'assistenza sanitaria, che si può considerare come preconditione posta dalla direttiva per risiedere in uno Stato dopo i tre mesi.

⁸⁶ T. ERHAG, *Under Pressure?-Swedish Residence Based Social Security and EU Citizenship*, in *European Journal of Social Security*, 2016, 18, 207-231.

⁸⁷ Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 09 marzo 2011, in G.U.U.E. I. 88, 4-4-2011, 45, sull'applicazione dei diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera. G.G. CARBONI, *La mobilità sanitaria in Europa: dalla cooperazione per l'assistenza all'estero alla convergenza tra sistemi sanitari europei* in *Dir. pubbl. comp. ed eur.* 2014, 4, 1972-2016.

⁸⁸ A. SANTUARI, *Il diritto (transfrontaliero) alla salute e la crisi del welfare state. Diritti individuali versus equità e solidarietà dei sistemi sanitari nazionali?* In *Riv. dir. sic. soc.*, 2016, 659 sss.

⁸⁹ La Convenzione definisce i rifugiati come coloro che hanno «*well founded fear of persecution on the grounds of race, religion, nationality, membership of a particular social group, or political opinion*». R. ROMERO-ORTUÑO, *Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?* cit. 247 s

giati⁹⁰. A questi due gruppi si aggiungono situazioni nelle quali la residenza (temporanea o illimitata) può essere concessa per ragioni particolari, ad esempio minori malati che non avrebbero assistenza altrove.

La legge del 2015 ha ridotto le categorie dei soggetti che possono chiedere di risiedere in Svezia e ha reso più difficile la procedura per l'asilo, in risposta al crescente numero di ingressi registrato dal 2001. Per quanto riguarda i rifugiati, che rappresentano una quota rilevante dei richiedenti asilo, la Svezia aderendo al programma dell'ONU riceve un'assegnazione annuale di 1900 unità. Tuttavia il Governo e l'opposizione svedese hanno deciso di incrementare questa quota fino a 5000 unità (2015).

Dopo l'impennata di richieste di asilo del 2015, il Governo ha deciso di attuare politiche di dissuasione, ad esempio chiedendo ai minori di provare la loro età⁹¹. Infatti, dei 162000 richiedenti asilo del 2015 circa 70000 erano minori non accompagnati⁹², che potevano perciò usufruire della stessa assistenza di cui godono i cittadini svedesi.

La decisione del Governo è stata oggetto di numerose critiche. Il *National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen)* ha pubblicato nel 2012 un documento nel quale ha espresso critiche sul modo in cui viene accertata l'età. L'associazione svedese degli Avvocati ha emanato linee guida sulla partecipazione degli avvocati alla procedura di accertamento. La Corte Suprema svedese sui migranti (*Migrationsöverdomstolen*) ha affermato a settembre 2015 che le autorità competenti dovrebbero solo informare i richiedenti asilo sulla possibilità di effettuare il test.

Venendo all'assistenza sanitaria, fino al 2008 ai richiedenti asilo e ai rifugiati veniva riconosciuto l'accesso all'assistenza di emergenza, a un costo molto elevato (anche 10 volte quello richiesto ai residenti), mentre gli stessi gruppi non avevano accesso all'assistenza di primo livello⁹³.

Le amministrazioni regionali e locali (attraverso la loro associazione, SALAR) e il governo svedese avevano stipulato un accordo affinché i governi regionali garantissero l'assistenza sanitaria ai minori⁹⁴. La Svezia ha attuato una politica di accoglienza per i minori più favorevole⁹⁵ di quella riservata agli adulti, per i quali prevede un trattamento non confor-

⁹⁰ Prima della riforma del 2015 la legge prevedeva un terzo gruppo di soggetti che potevano chiedere asilo, definiti come coloro che erano in condizione di ricevere altri tipo di sostegno.

⁹¹ THE INDEPENDENT, 4 gennaio 2016.

⁹² THE SWEDISH MIGRATION AGENCY. *Applications for asylum received in 2015*. <http://www.migrationsverket.se>

⁹³ Gli immigrati residenti potevano accedere all'assistenza attraverso la LMA card (Lag om Mottagande av Asylsökande: Law on the reception of asylum seekers). La card dava accesso alle cure per la maternità, l'aborto e la pianificazione familiare. In uno studio del 2011, che ha classificato i sistemi sanitari UE (e la Svizzera) per l'assistenza ai migranti, la Svezia veniva classificata tra i paesi *no rights/tax* (le altre categorie erano *minimum rights/tax* e *rights/tax*). C. B. CUADRA, S. CATTACIN, *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in the EU27 and Switzerland: Towards a Comparative Framework*, in <https://gateway.euro.who.int>

⁹⁴ A. HIERN, *Migration and public health Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 13*, cit., 255–267.

⁹⁵ L'atteggiamento positivo della Svezia nei confronti dei minori viene considerato un fattore incoraggiante per i richiedenti asilo, come pure la definizione e il rispetto di procedure di accoglienza, anche se i tempi si sono allungati notevolmente. SWEDISH GOVERNMENT. *Asylsökande barn med uppgivenhetssymtom—trauma, kultur, asylprocess*. SOU 2006:49. (*Asylum-seeking children with severe withdrawal—trauma, culture, asylum process*).

me alle Carte e le Convenzioni internazionali sottoscritte dal suo Governo⁹⁶. Ci sono, tuttavia, ancora diversi ostacoli al trattamento per questi bambini; per esempio, molte famiglie di migranti non possono permettersi il costo di farmaci e trattamenti sanitari che richiedono un ticket. Molti fornitori di servizi sanitari, soprattutto al di fuori delle cliniche pediatriche, non sono a conoscenza delle leggi in materia di cura dei bambini.

La drammatica condizione dei rifugiati e dei richiedenti asilo ha spinto il Governo svedese ad approvare nel 2008 una legge (*the Health and Medical Care for Asylum Seekers and Others Act*), che riconosce il diritto degli adulti alle cure di emergenza e a ricevere «*care that cannot be deferred*»⁹⁷.

Il significato dell'espressione è suscettibile di diverse interpretazioni⁹⁸; possono rientrarvi le cure d'emergenza o quelle che sarebbe opportuno effettuare immediatamente, ma non è detto a quale livello di rischio. Lo *Swedish Board of Health and Welfare* ha stabilito che non sarebbe eticamente e professionalmente appropriato definire nel dettaglio i contenuti dell'assistenza non differibile⁹⁹. L'agenzia per l'immigrazione riconosce loro una carta (di 3, 4 o 6 mesi) da utilizzare per ricevere farmaci o visite, ma devono versare un contributo minimo. È comunque previsto un tetto alle spese sanitarie¹⁰⁰. A queste previsioni si aggiungono le politiche locali e di privati, volte a dare maggiore assistenza agli immigrati, a seguito di un largo movimento di opinione che ha rivendicato il rispetto dei diritti umani e del diritto alla salute, come stabiliscono le convenzioni internazionali ed europee sottoscritte dalla Svezia¹⁰¹.

La legge del 2008 sull'assistenza sanitaria per i richiedenti asilo ha inoltre introdotto un'importante novità: la valutazione dello stato di salute dei nuovi arrivati. Il fine è quello di controllare e prevenire il diffondersi di malattie contagiose¹⁰². La legge prevede che, al loro arrivo in Svezia, i migranti debbano sottoporsi a uno screening con l'assistenza di un interprete (in passato il linguaggio è stata una barriera per pazienti e medici).

Available: <http://www.regeringen.se/sb/d/6155/a/63106>.

⁹⁶ Come la Dichiarazione universale dei diritti dell'ONU, art. 25; la Carta dei diritti dell'Unione europea, art. 2 e 3.

⁹⁷ Cure dentali non rinviabili, assistenza alla maternità, contraccettivi.

⁹⁸ I governi delle Contee hanno la possibilità di interpretare autonomamente il dettato della legge. Così, a Stoccolma *care that cannot wait* significa accesso ai servizi specialistici, alla cura delle malattie croniche e mentali (Stockholm County Hospital); a Västra Götaland, vengono incluse le cure per la riabilitazione (Västra Götalandsregionen). I. SIRKECI, F. TILBE, E. ISKENDER (compiled), *The Migration Conference 2017 Proceedings*, Transnational Press, London, 2017, 434.

⁹⁹ THE NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE (2014). *Vård för papperslösa. (Care for undocumented people)*. Available: <http://www.socialstyrelsen.se>

¹⁰⁰ MDM INTERNATIONAL NETWORK: *Legal Report On Access To Healthcare In 12 Countries*, <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014>.

¹⁰¹ D. BISWAS, B. TOEBES, A. HJERN, H. ASCHER, M. NORREDAM, *Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: A comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands*, in *Health and Human Rights Journal*, 2012, 14/2.

¹⁰² Uno studio del 2003 ha svolto una comparazione sulla condizione dei richiedenti asilo in 25 paesi europei. Quasi tutti prevedono uno screening iniziale, e molti restringono l'accesso all'emergenza. M. NORREDAM, A. MYGIND, A. KRASNIK, *Access to health care for asylum seekers in the European Union—a comparative study of country policies*, in *European Journal of Public Health*, Vol. 16, No. 3, 285–289

Il check up viene guardato con sospetto dai migranti, che temono di venire espulsi se considerati pericolosi per la salute pubblica¹⁰³ e circa la metà degli interessati evita di farvi ricorso¹⁰⁴. Il controllo e le cure per eventualmente prevenire il diffondersi di malattie contagiose (che non possono essere posticipate, come prevede la legge) è gratuito, ma da questo non deriva un diritto all'assistenza ordinaria.

Sul sistema di protezione dei rifugiati e richiedenti asilo è intervenuta da ultimo l'Unione europea, che ha approvato una Direttiva sul riconoscimento e la revoca dello status di protezione internazionale (Direttiva 2013/32/UE) e una direttiva sull'accoglienza dei richiedenti asilo (*Reception Conditions Directive*, 2013/33/EU), il cui art. 19 prevede che ai richiedenti asilo vengano assicurate le cure di emergenza, i trattamenti essenziali contro le malattie e una particolare assistenza verso le persone vulnerabili (minori, donne in gravidanza, ecc.).

In attuazione delle Direttive anzidette, la Svezia ha modificato la legge sul diritto d'asilo (2016:381) prevedendo dal 1 gennaio 2017 una procedura maggiormente garantista di riconoscimento dell'asilo. Sul fronte dell'assistenza sanitaria, il paese sta compiendo uno sforzo per adeguarsi ai requisiti di qualità individuati dalla convenzione per i diritti economici, sociali e culturali all'assistenza sanitaria alle persone prive di regolare permesso di soggiorno¹⁰⁵.

4.3. I migranti irregolari

Il gruppo degli immigrati irregolari è il più difficile da definire. Vi appartengono coloro che non hanno il permesso di risiedere in Svezia perché in attesa di ricevere l'autorizzazione, o perché questa era temporanea ed è scaduta, coloro ai quali è stata rifiutata la richiesta, i migranti entrati irregolarmente e i figli dei migranti irregolari¹⁰⁶.

Tra gli immigrati irregolari si registrano condizioni di salute nettamente peggiori di quelle di altri gruppi di migranti, oltre che dei residenti¹⁰⁷. I soggetti più vulnerabili sono i bambini, che spesso soffrono di disturbi psicologici anche dopo anni, e le donne, le più esposte ad abusi.

¹⁰³ R. JONZON, P. LINDKVIST, E. JOHANSSON, *A state of limbo-in transition between two contexts: Health assessments upon arrival in Sweden as perceived by former Eritrean asylum seekers*, in *Scandinavian Journal of Public Health*, 2015, 43, 548 ss. L. LOBO PACHECO, R. JONZON, A-K HURTIG, *Health Assessment and the Right to Health in Sweden: Asylum Seekers' Perspectives*. PLoS ONE, 2016.

11(9)

¹⁰⁴ THE SWEDISH ASSOCIATION OF LOCAL AUTHORITIES AND REGIONS. (2014). *Hälsa- och sjukvård åt asylsökande under år 2013 (Health care for asylum seekers in 2013)*.

¹⁰⁵ Secondo la Convenzione l'accessibilità riguarda il principio di non discriminazione, l'accessibilità fisica, economica, informale. Art. 12. *AAAQ principles: availability, accessibility, acceptability and quality*

¹⁰⁶ D. BISWAS, B. TOEBES, A. HJERN, H. ASCHER, M. NORREDAM, *Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: A comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands*, in *Health and Human Rights Journal*, 2012, 14/2, p. 1.

¹⁰⁷ M. POTKANSKI, *Undocumented Immigrants: Health Needs in Sweden and Austria*, *SIAC-Journal – Journal for Police Science and Practice*, 2015, (International Edition Vol. 5), 68-75

Gli immigrati irregolari affrontano in Europa serie difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari, comprese le cure di emergenza e i trattamenti di patologie croniche o mentali che spesso si manifestano come effetto delle difficili condizioni di vita¹⁰⁸. Benché la Carta dei diritti della UE riconosca il diritto di accesso alla prevenzione e alle cure mediche, è comunemente accettato il fatto che tale diritto subisca limitazioni a causa della nazionalità e della condizione di immigrato¹⁰⁹.

In Svezia, fino al 2013, gli immigrati irregolari dovevano pagare, a costi diversi per ogni *County Council*, l'assistenza sanitaria ricevuta. La loro situazione era dunque molto diversa rispetto a quella dei rifugiati e dei richiedenti asilo. La reazione a questo stato di cose da parte di organizzazioni umanitarie e internazionali ha determinato la riforma del sistema, con una legge che ha parificato lo status di irregolare a quello delle anzidette categorie di migranti. La legge è il risultato di un ampio dibattito svoltosi a livello politico e sociale, che ha evidenziato i limiti dell'assistenza ai migranti, anche sotto il profilo normativo.

In particolare, la situazione dei migranti irregolari è stata posta al centro dell'agenda politica dopo che il Relatore speciale sul diritto alla salute dell'ONU, Paul Hunt, ha visitato la Svezia nel 2006, e ha fortemente criticato le limitazioni della legislazione svedese per l'assistenza sanitaria dei migranti senza documenti. Nel suo rapporto ha rilevato che il paese stava violando il diritto internazionale dei diritti umani¹¹⁰.

Successivamente, organizzazioni di volontari, di gruppi religiosi e umanitari, i sindacati, e quasi tutte le organizzazioni che riuniscono i professionisti della sanità in Svezia si sono mobilitati per riconoscere i diritti degli immigrati. Di conseguenza, la maggior parte dei Consigli di Contea ha approvato principi guida per l'assistenza sanitaria dei pazienti privi di documenti¹¹¹.

Finalmente, la legge n. 407/2013 (*Act on health care and medical services for certain aliens residing in sweden without necessary permits*) ha riconosciuto ai migranti irregolari un

¹⁰⁸ O. MARTINEZ, E. WU, T. SANDFORT, B. DODGE, A. CARBALLO-DIEGUEZ, R. PINTO, S. D. RHODES, E. MOYA, AND S. CHAVEZ-BARAY, *Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review*, in *J Immigr Minor Health*, 2015 June; 17(3): 947–970.

¹⁰⁹ A livello europeo vanno ricordate anche altre fonti. Article 1 of the *European Convention on Social and Medical Assistance* (Council of Europe 1953) and Article 13 of the *European Social Charter* (Council of Europe 1961). L'UE ha approvato un Regolamento per il coordinamento delle attività di salvataggio in mare dei migranti (*Rules on Frontex-coordinated sea operations Regulation* (EU) No. 656/2014) il cui art. 4.4. prevede che venga data assistenza a coloro che hanno urgente bisogno di cure mediche.

¹¹⁰ Il governo ha anche avviato un'inchiesta sui temi più dibattuti, quali quelli dell'impatto economico dell'estensione. I risultati sono stati pubblicati nel 2011 in un *State Public Report*. Le conclusioni degli esperti raccomandavano una drastica riforma del sistema, che garantisse l'assistenza ai migranti irregolari e affermava che la stessa non avrebbe inciso sulla sostenibilità del sistema. Il Governo ha successivamente, con qualche resistenza, presentato una legge che non accoglie tutte le raccomandazioni, ma che rappresenta un passo in avanti nella legislazione di tutela della salute dei migranti irregolari.

¹¹¹ I fornitori ed erogatori di assistenza non sono sempre consapevoli di questi nuovi principi, mentre coloro che sono consapevoli possono trovarli difficili da seguire a causa della mancanza di adeguati supporti economici. Alcune ricerche condotte nei paesi scandinavi hanno dimostrato che due su tre pazienti privi di documenti si sono astenuti dal cercare l'assistenza sanitaria negli ultimi anni a causa dei costi e delle barriere di accesso. Tra queste barriere vengono indicate la mancanza di conoscenza delle strutture sanitarie, l'insufficienza economica, le difficoltà linguistiche. D. BISWAS, B. TOEBES, A. HJERN, H. ASCHER, M. NORREDAM, *Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: A comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands*, cit.

trattamento simile ai richiedenti asilo e previsto che dal 1 luglio 2013 i *County Councils* erogino agli adulti irregolari con più di 18 anni l'assistenza sanitaria e odontoiatrica non differibile (sec 7), e ai minori la stessa assistenza offerta ai residenti (purché richiedenti asilo, art. 6¹¹²).

La legge definisce i destinatari del provvedimento come stranieri residenti privi di un permesso adottato sulla base di una legge o di una decisione. La normativa si applica, dove non sia possibile ricorrere ad altra fonte, anche ai cittadini europei dopo tre mesi di residenza (art. 1).

Gli effetti della legge sono stati valutati positivamente dall'Agenzia di *Public Management*¹¹³, che ha rilevato un incremento nell'accesso di migranti irregolari a questi servizi (66% tra 2014 e 2015).

I costi non sono completamente compensati dal Governo, specie nelle grandi città, anche perché i meccanismi di rimborso previsti a favore dei Comuni e dei *County Councils* per il welfare dei migranti si basa su dati non aggiornati. Secondo l'Agenzia i migranti hanno fatto ricorso alle nuove opportunità offerte, anche per la sostanziale garanzia di immunità da controlli sul loro status¹¹⁴. Dal rapporto emerge anche che alcuni *County Councils* offrono ai migranti più servizi di quelli obbligatori previsti (lo consente la sec. 8), merita infine di essere segnalato il fatto che, seppur in modo ambiguo, la legge sembra consentire il ricorso a questa forma di assistenza anche ai migranti intraUE.

5. La sostenibilità economica e sociale del sistema sanitario

Negli anni più recenti la Svezia si è trovata in una situazione di difficoltà, data dalla necessità di conciliare il suo modello di welfare, molto vantaggioso ma pensato per una comunità di cittadini, con la novità delle migrazioni di massa.

I migranti non hanno messo in discussione il sistema fino a che il loro numero è stato contenuto in quantità non rilevanti¹¹⁵. Tuttavia, negli anni '80 e ancor più negli anni '90 del XX secolo l'ingresso di immigrati per motivi umanitari ha segnato l'inizio di una nuova stagione nei rapporti tra residenti e nuovi arrivati, troppo distanti culturalmente per essere assorbiti in un sistema chiuso e privilegiato come quello scandinavo.

Riprendendo le parole di Freeman, l'economista R. Kuttner ha osservato recentemente che il sistema di welfare scandinavo è destinato ad entrare in crisi dal momento che i mi-

¹¹² Perciò non vi rientrano i figli di una madre irregolare, ad esempio.

¹¹³ Il Governo ha incaricato l'Agenzia di verificare l'impatto della normativa. La relazione può leggersi nel sito della stessa. <http://www.statskontoret.se>

¹¹⁴ L'ipotesi che il welfare attragga migranti è stata formulata a sostegno di politiche di limitazione dell'accesso, ma sembra essere smentita dagli studi empirici. L. NEERUP HANDLOS, M. KRISTIANSEN, M. NORREDAM, *Wellbeing or welfare benefits-What are the drivers for migration?*, in *Scandinavian Journal of Public Health*, 2016, 44, 117 ss.

¹¹⁵ Il sistema di welfare svedese ha risposto positivamente alle ondate migratorie degli anni '70 del secolo XIX estendendo la cittadinanza, e i diritti ad essa connessi, ai nuovi arrivati.

granti vengono percepiti come estranei e non integrabili nella società¹¹⁶. Di conseguenza egli suggeriva di ridurre i benefici e le tasse e di introdurre una qualche forma di privatizzazione nel welfare.

La Svezia non ha seguito il suggerimento di Kuttner, ma ha adottato misure legislative e di politica pubblica volte a limitare il numero dei destinatari del welfare. In pratica, anziché ridurre i benefici sociali, ha limitato la possibilità di ottenere la residenza e il permesso di soggiorno, che sono la condicio sine qua non per l'accesso ai servizi¹¹⁷. Il legislatore è intervenuto ripetutamente, da ultimo con la legge n. 752 del 2016 (*Law on temporary limitations to the possibility of being granted a residence permit in Sweden*), per regolare il permesso di soggiorno¹¹⁸.

Il welfare svedese è stato preservato limitando il numero dei destinatari, ed è per questa ragione che molti ritengono non possa più continuare a svolgere un compito di *Nation-building* come in passato¹¹⁹.

Tuttavia, per la sanità il criterio della residenza non è esclusivo. Le Contee, come abbiamo visto, hanno il dovere di prestare assistenza, seppur quella emergenziale, ai non iscritti e ai non residenti.

Le soluzioni individuate dal legislatore nel 2008 e nel 2013 (cure non differibili) venivano già applicate a livello regionale dai *County Councils*, i quali, grazie all'autonomia decisionale e soprattutto a quella fiscale possono scegliere di ampliare i servizi di assistenza sotto il profilo soggettivo e oggettivo.

L'ampia autonomia dei governi regionali fanno della Svezia un caso quasi unico di federalismo sanitario. Anche la Norvegia e la Danimarca hanno un sistema decentrato dell'assistenza, ma le risorse sono raccolte dal Governo centrale¹²⁰. Altri paesi, come la Spagna, l'Italia e il Regno Unito, affidano al livello intermedio di governo il compito di organizzare e gestire i servizi sanitari. Nessuno affida però agli stessi governi l'autonomia fiscale.

L'autonomia delle Contee ha dunque radici molto profonde, che s'intrecciano con quelle della democrazia partecipativa e solidale. Grazie ai governi regionali il sistema sanitario svedese ha conservato i tratti originari: universalità, accesso garantito anche ai più bisognosi, qualità ed efficienza del servizio. Persino l'ingresso di elementi competitivi e privatistici

¹¹⁶ R. KUTTNER, *The Copenhagen Consensus*, in *Foreign Affairs*, 2008, 78 ss.

¹¹⁷ Attualmente l'iscrizione degli stranieri ai registri è subordinata ad un'aspettativa di residenza di almeno un anno. Ciò pone problemi per chi intende stare in Svezia a lungo, ma meno di un anno. Così pure per l'applicazione del reg. 833/2004. T. Erhag, *Under Pressure?-Swedish residence-Based Social Security and EU Citizenship*, cit. 212. Chi non ha acquisito un diritto alla residenza perché ad esempio lavora in Svezia, deve dimostrare di avere i mezzi di sostentamento per essere iscritto ai registri civili.

¹¹⁸ La legge è stata nuovamente modificata nel 2017 per consentire agli studenti in corso tra i 18 e 25 anni di concludere gli studi. *Sweden: Parliament Votes to Grant Migrants Extended Residence Permits to Complete High School*, in <http://www.loc.gov/law/foreign-news>. Prima della legge del 2016 I richiedenti asilo che ottenevano il permesso avevano un permesso senza limiti di tempo; a seguito della riforma il permesso diventa temporaneo, della durata di 3 anni. Anche I ricongiungimenti familiari diventano più difficili e sono soggetti a un giudizio di prevedibilità relative alle possibilità di residenza permanente nel paese.

¹¹⁹ G. BROCHMANN, *Nation-building in the Scandinavian Welfare State: The Immigration Challenge*, in *Nordicum-Mediterraneum*, 2015, 10 (2).

¹²⁰ J. MAGNUSSEN, K. VRANGBÆK, R. B. SALTMAN, *Nordic health care systems : recent reforms and current policy challenges*, Maidenhead, Open University Press, 2009.

è stato limitato da una rete di enti votati più all'integrazione che alla concorrenza¹²¹. Per questo la Svezia ha rifiutato di aderire alla tendenza dei paesi nordici alla ri-centralizzazione, considerando questa scelta meno efficiente e responsiva¹²². Il limite di questo approccio è dato dal fatto che i migranti possono ricevere un'assistenza sanitaria assai differente a seconda della Contea nella quale si trovano.

Nonostante l'impegno delle amministrazioni regionali, la Svezia offre ai migranti standard di assistenza ancora inferiori a quelli di paesi come l'Italia o la Francia. Lo Stato scandinavo ha adempiuto solo in parte agli obblighi previsti dalle Convenzioni europee sottoscritte dal suo Governo¹²³, che prevedono, oltre l'assistenza emergenziale, anche le cure specialistiche per i richiedenti asilo e gli immigrati irregolari.

Per altro la Svezia, al pari degli altri ordinamenti nordici, affida soprattutto al legislatore il compito di dare attuazione ai principi costituzionali, mentre il ruolo delle Corti è stato fino a pochi decenni fa sussidiario. Il fatto che sia considerata responsabilità dell'amministrazione pubblica, e non dei giudici, la realizzazione del programma costituzionale in materia di welfare ha limitato lo sviluppo del diritto costituzionale e della garanzia giurisdizionale dei diritti di welfare¹²⁴.

La legislazione nazionale si focalizza in modo particolare sul controllo della salute dei nuovi immigrati a fini di prevenzione contro la diffusione di malattie trasmissibili. Questo assetto è in via di ridefinizione a causa di alcuni fattori: dalla necessità di incorporare la Convenzione CEDU all'influenza del diritto europeo.

Le scelte del Governo svedese sono state quindi condizionate, almeno in parte, dai trattati e le convenzioni internazionali e regionali. Le recenti direttive dell'UE hanno costretto la Svezia ad adeguare la propria normativa in materia di asilo e di residenza¹²⁵. Dal 2013 vi è una legislazione più attenta a questi soggetti, ma la riforma sembra aderire, più che a un modello universale di sanità, rispettoso dei diritti umani, a un'esigenza pragmatica di gestione della politica migratoria¹²⁶.

¹²¹ Il legame tra decentralizzazione, efficienza e qualità ha condotto la Svezia nei primi posti per qualità ed efficienza dei servizi sanitari in Europa. R.MOLIN, & L. ECKERSTRÖM, 'The Swedish Healthcare System: How Does It Compare with Other EU Countries, the United States and Norway?' (2008) Swedish Association of Local Authorities and Regions, June. At: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-450-3.pdf>

¹²² R.SALTMAN, K.VRANGBAEK, J.LEHTO, & U.WINBLAD, 'After decades of decentralisation, the state now has a growing role in Nordic health systems' (2013) London School of Economics and Political Science blog, 11 March.

¹²³ ESCR (1966), CERD (1965), the 1951 Convention relating to the Status of Refugees and the 1967 Protocol, the

WHO's constitution (1946), and the premises established by the European Committee of Social Rights.

¹²⁴ F. DURANTI, *Gli ordinamenti costituzionali nordici*, cit. 17 ss.

¹²⁵ Un altro effetto delle decisioni della UE sulla politica sociale svedese è quello causato dalle scelte di politica economica e sociale, che hanno comportato una politicizzazione dei temi europei e la sovrapposizione di questi alle scelte di politica nazionale. I. PATRICK MCMANUS, *The Re-Politicization Of The Welfare State After The Global Financial Crisis*, 87 ss.

¹²⁶ C. BJORNGREN CUANDRA, *The right of health care for irregular migrants in Sweden: a dilemma for the universal model and the moral economy*, in P. VAN AERSCHOT, P. DAENZER (Eds), *The integration and protection of immigrants: Canadian and Scandinavian*, Ashgate, 2014.

Non si tratta di un caso isolato in Europa. Benché gli Stati europei e la stessa Unione si uniformino ai principi delle convenzioni in tema di diritti, nella pratica attuazione si constata numerosi limiti posti dalla nazionalità e ancor più dalla condizione di migranti¹²⁷. La Svezia però si colloca tra i paesi che manifestano maggiori discrepanze rispetto agli obiettivi posti dal diritto internazionale per la tutela dei migranti: nel caso del diritto alla salute l'accessibilità dei servizi è, per esempio, più difficile in Svezia che in Olanda¹²⁸.

Se ci si interroga sulle ragioni di politica legislativa che hanno indotto il Governo svedese a seguire questa linea la risposta non può che essere quella adombrata da Freeman. La necessità di mantenere il consenso sociale e politico sul sistema di welfare sembra imporsi alla necessità di tutelare i diritti umani. Se si esamina la sostenibilità politica del welfare per i migranti, è innegabile che le politiche di accoglienza siano considerate difficili in una fase di crisi come quella che sta attraversando l'Europa

La crisi ha determinato una radicalizzazione delle posizioni dei partiti e dell'opinione pubblica. Alcune indagini condotte sui costi dell'assistenza agli immigrati irregolari tenderebbero a dimostrare che l'intervento sistematico e preventivo è, nel lungo periodo, più conveniente di qualsiasi intervento straordinario effettuato in situazioni di emergenza umanitaria¹²⁹. D'altra parte, è innegabile che i flussi di immigrati degli ultimi anni abbiano accresciuto il senso di preoccupazione e di incertezza della società svedese. Si teme che aprendo ai migranti l'assistenza i costi siano insostenibili per il sistema e che il tipo di servizi offerti attragga un maggior numero di immigrati, aggravando ulteriormente la spesa sanitaria¹³⁰.

L'apertura del sistema di assistenza, ancorché economicamente sostenibile, è politicamente difficile da realizzare. In Svezia ciò è accaduto sia durante i governi conservatori che hanno visto nascere la crisi (2006-2014) e sia durante i governi a guida socialdemocratica (2014-2018)¹³¹. L'aumento delle disuguaglianze sociali prodotte dalla crisi ha condotto il partito socialdemocratico a porsi in modo critico verso il modello di libero mercato e contro la privatizzazione del sistema sanitario, ma anche a un atteggiamento prudente e restrittivo nei confronti delle politiche sull'immigrazione.

¹²⁷ Lo rilevano fonti ufficiali della UE. European Commission (2003) Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on immigration, integration and employment [COM (2003) 336 final].

¹²⁸ D. BISWAS, B. TOEBES, A. HJERN, H. ASCHER, M. NORREDAM, *Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: A comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands*, cit. 51 ss.

¹²⁹ European Union Agency for Fundamental Rights, *Cost of Exclusion from Health Care, The Case of Migrants in an Irregular Situation*, 2015. K. Bozorgmehr, O. Razum, *Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013*. PLoS ONE, 2015, 10(7)

¹³⁰ Così il ministro socialdemocratico della assistenza e per i migranti Klingwall, Maj-Inger, in un discorso tenuto nel 2000. A. DJURFELDT & E. HULDT, *Immigrants And Health Care*, 19.

¹³¹ La legge del 2016 sulle limitazioni al permesso di soggiorno è stata votata da 240 parlamentari contro 45. Social Democratici, i Verdi, i Moderati, i Democratici Svedesi hanno votato a favore, mentre il Partito di Centro e il Partito della Sinistra contro. I democratici cristiani e i liberali si sono astenuti.