

# Le disuguaglianze in ambito sanitario

**Quadro normativo  
ed esperienze europee**



# Le disuguaglianze in ambito sanitario

**Quadro normativo  
ed esperienze europee**

**Accreditamento**

**Il documento è stato predisposto nell'ambito del Progetto ministeriale ex artt. 12 e 12 bis, DLgs 502/1992 e successive modificazioni "Le disuguaglianze. Meccanismi generatori e possibili soluzioni" - sottoprogetto "Quadro normativo ed esperienze europee" - a cura dell'équipe di ricerca dell'Unità operativa Azienda USL di Rimini**

---

**Angelo Fioritti** Azienda USL di Rimini  
responsabile scientifico della ricerca

**Laura Zanzani** Azienda USL di Rimini - UO Epidemiologia e comunicazione

**Christina Paci** ricercatrice

**La redazione del volume è stata curata da**

---

**Angelo Fioritti** Azienda USL di Rimini  
responsabile scientifico della ricerca

**Maria Augusta Nicoli** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna  
responsabile scientifico del progetto

**Christina Paci** ricercatrice

**Laura Zanzani** Azienda USL di Rimini - UO Epidemiologia e comunicazione

**Redazione e impaginazione a cura di**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Stampa** Regione Emilia-Romagna, Bologna, agosto 2005

**Copia del volume può essere richiesta a**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Sistema comunicazione, documentazione, formazione

Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail [fsarti@regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@regione.emilia-romagna.it)

**oppure può essere scaricata dal sito Internet**

<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/collidoss/index.htm>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

# Indice

<b>Sommario</b>	<b>5</b>
<b>Premessa</b>	<b>7</b>
Oggetto: le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari	7
Eguaglianza di che cosa?	8
Risorse personali	11
Guida al <i>Dossier</i>	15
<b>1. Introduzione</b>	<b>17</b>
1.1. Ambito della ricerca	17
1.2. Materiali informativi	18
1.3. Riferimenti legislativi	18
1.4. Scelta dei progetti	20
1.5. Scheda tipo di rilevazione proposta alle Ambasciate	21
<b>2. La situazione europea</b>	<b>23</b>
2.1. Strumenti europei di lotta alla discriminazione	23
2.2. Antidiscriminazione e politica sanitaria europea	27
<b>3. Determinanti dei sistemi socio-sanitari</b>	<b>29</b>
3.1. Varianti del <i>welfare</i>	29
3.2. Collocazione di un Paese entro un modello	30
3.3. Primo modello: il regime socialdemocratico dei paesi scandinavi	33
3.4. Secondo modello: il regime liberale dei paesi anglosassoni	34
3.5. Terzo modello: il regime corporativo dei paesi dell'Europa centrale	36
3.6. Quarto modello: il regime familistico dei paesi mediterranei	37
3.7. Tabelle	38

<b>4. Accessibilità ai servizi socio-sanitari in Europa</b>	<b>45</b>
4.1. Comunità europea	45
<b>5. Accessibilità nei paesi del modello socialdemocratico</b>	<b>57</b>
5.1. Danimarca	57
5.2. Finlandia	66
5.3. Svezia	75
<b>6. Accessibilità nei paesi del modello liberale</b>	<b>87</b>
6.1. Irlanda	87
6.2. Regno Unito	95
<b>7. Accessibilità nei paesi del modello corporativo</b>	<b>103</b>
7.1. Austria	103
7.2. Belgio	110
7.3. Francia	117
7.4. Germania	122
7.5. Lussemburgo	129
7.6. Paesi Bassi	132
<b>8. Accessibilità nei paesi del modello familistico</b>	<b>139</b>
8.1. Italia	139
8.2. Grecia	148
8.3. Portogallo	154
8.4. Spagna	162
<b>9. Tabelle di sintesi</b>	<b>171</b>
9.1. Paesi	171
9.2. Legislazione	188
<b>10. Considerazioni e riflessioni sullo scenario europeo</b>	<b>195</b>
<b>11. Fonti informative</b>	<b>201</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>213</b>

# Sommario

Questo *Dossier* riguarda l'indagine condotta dall'Unità operativa dell'Azienda USL di Rimini come *partner* del progetto di Ricerca finalizzata "Le disuguaglianze: i meccanismi di generazione e l'identificazione di interventi possibili" (ex artt. 12 e 12 bis, DLgs 502/1992 e successive modificazioni).<sup>1</sup>

Il progetto in cui si inseriscono i risultati dello studio presentato in questo volume ha come obiettivo generale quello di identificare i meccanismi che sono alla base dei processi di disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, in particolare considerando quel complesso intreccio di variabili - non solo cliniche, epidemiologiche ed economiche, ma socio-culturali e psico-sociali - che generano condizioni di non equità. Tale identificazione è peraltro finalizzata a:

- predisporre azioni di governo a livello regionale e locale, che implementino una cultura orientata al principio della "cittadinanza delle differenze", che promuovano processi partecipativi alle scelte di politica sanitaria per garantire equità e ridurre i rischi di razionamento implicito (LEA);
- portare a sistema le scelte organizzative atte a contrastare forme di discriminazione.

Il presente *Dossier* rappresenta una sintesi delle politiche a livello europeo sul tema delle disuguaglianze.

L'analisi compiuta consente di evidenziare gli indirizzi assunti evocando indirettamente le "capacità" ovvero le vulnerabilità sociali che con tali scelte si sono intese "egualizzare". In particolare la ricerca si colloca in un panorama europeo comprendendo le nazioni aderenti (UE 15), e analizza:

- strumenti legislativi antidiscriminatori generici;
- strumenti legislativi antidiscriminatori specificatamente relativi al comparto socio-sanitario;

---

<sup>1</sup> Al Progetto hanno partecipato come Unità operative:

Azienda USL di Ferrara - responsabile scientifico: Maria Caterina Sateriale

Azienda USL Bologna (ex Città di Bologna) - resp. scientifico: Eno Quargnolo

(ex Bologna Nord) - resp. scientifico: Maria Cristina Cocchi

Azienda USL di Rimini - resp. scientifico: Angelo Fioritti

Azienda USL di Cesena, Dipartimento sanità pubblica - resp. scientifico: Mauro Palazzi

Azienda USL di Reggio Emilia, Dipartimento sanità pubblica - resp. scientifico: Silvia Candela

Università di Parma, Dipartimento di psicologia - resp. scientifico: Laura Fruggeri

Università di Trento, Dipartimento di sociologia - resp. scientifico: Silvia Ghepari

Azienda USL di Ravenna, Direzione sanitaria - resp. scientifico: Eugenio Di Ruscio

Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna - resp. scientifico: Maria Augusta Nicoli

e ha collaborato l'Azienda USL di Forlì.

- enti deputati a tutelare l'uguaglianza fra persone;
- sperimentazioni e progetti attivati nel comparto socio-sanitario tesi a garantire equo accesso alle informazioni, alle strutture sanitarie e/o ai servizi sociali.

Il lavoro di ricerca offre pertanto diverse informazioni sulle attenzioni che la Comunità europea ha posto in questi anni attraverso l'assunzione di specifici programmi di intervento e l'emanazione di diverse raccomandazioni, a cui hanno fatto seguito precisi impegni assunti dai diversi Stati membri.

Interessanti sono inoltre le forme che sono state sperimentate a garanzia di comportamenti tesi all'equità, sia introducendo figure deputate a compiere funzioni di mediazione tra cittadini vulnerabili e istituzioni/organizzazioni, sia attivando strutture deputate.

Infine, la raccolta di progetti di intervento su specifiche fasce di popolazione mette in luce non solo la varietà di esperienze maturate in questi anni ma anche come a vulnerabilità diverse la "buona pratica" va a rendere eguali capacità specifiche quali la mobilità, il saper utilizzare i servizi, fino a promuovere la consapevolezza dei propri diritti.

Nel volume si possono reperire i siti *web* dove avere maggiori informazioni e documentazione delle realtà analizzate e dei progetti segnalati.

Questo *Dossier* può quindi costituire un valido strumento di lavoro per promuovere anche nel contesto regionale dell'Emilia-Romagna esperienze innovative e occasioni di confronto con quanto si sta producendo a livello europeo.



# Premessa<sup>2</sup>

## **Oggetto: le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari**

Circoscrivere il tema delle disuguaglianze al momento dell'accesso ai servizi sanitari nel contesto della regione Emilia-Romagna significa cogliere la dinamica esistente tra un sistema sanitario improntato ai principi di universalità e l'applicazione di tali principi; applicazione che oggi più che in passato è al centro di un acceso dibattito che pone in primo piano le implicazioni etiche che discendono dalla traducibilità operativa adottata dai programmatori sanitari.

Inoltre, ancora più pressante è l'esigenza di analizzare i processi in relazione ai fenomeni sociali che hanno mutato profondamente il tessuto sociale nazionale e regionale. Basti ricordare la crescita della spesa sanitaria, connessa all'invecchiamento demografico e al costo sempre più elevato dei trattamenti. Essere da un lato alle prese con problemi di scarsità delle risorse e dunque con sfide di razionamento, e dall'altro con un'opinione pubblica che ha radicato principi generali quali "la vita è sacra", "la salute non ha prezzo", mette a dura prova le politiche sanitarie (Arnsperger, Van Parijs, 2000).

Per quanto riguarda inoltre gli studi che hanno analizzato le disuguaglianze rispetto alle diverse tipologie di utenti e le loro caratteristiche, è necessario superare quel dualismo che li caratterizza. Esiste infatti una netta separazione tra gli studi che hanno analizzato le determinanti economiche territoriali delle disuguaglianze (reddito, titolo di studio, ecc.) e quelli focalizzati su figure specifiche di soggetti marginali o fasce deboli (anziani, immigrati, ecc.). Gli studi del primo tipo, se da un lato hanno fornito importanti indicazioni empiriche sulle dinamiche distributive che fanno da sfondo al sorgere del rischio di disuguaglianza, dall'altro sono incapaci di fornire modelli euristici adeguati alla comprensione di fenomenologie multidimensionali, mobili, caratterizzate da un profondo intreccio tra deprivazione, isolamento e *deficit* di capacità. Per contro, gli studi del secondo tipo hanno spesso il limite di concentrare l'attenzione esclusivamente sul disagio conclamato, oppure quando ricostruiscono percorsi di impoverimento, si fermano a un'analisi micro dando per scontata l'impossibilità di ricostruire un quadro più generale (Ranci, 2002).

Il progetto in cui si inseriscono i risultati dello studio presentato in questo volume ha come obiettivo generale quello di identificare i meccanismi che sono alla base dei processi di disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, in particolare considerando quel complesso intreccio di variabili - non solo cliniche, epidemiologiche ed economiche, ma socio-culturali e psico-sociali - che generano condizioni di non equità; identificazione peraltro finalizzata a predisporre azioni di governo a livello regionale e locale che

---

<sup>2</sup> A cura di Maria Augusta Nicoli.

implementino una cultura orientata al principio della "cittadinanza delle differenze", che promuovano processi partecipativi alle scelte di politica sanitaria per garantire equità e ridurre i rischi di razionamento implicito (LEA), e finalizzata a portare a sistema le scelte organizzative atte a contrastare forme di discriminazione.

## **Eguaglianza di che cosa?**

Se si assumono le recenti puntualizzazioni frutto del confronto scientifico maturato tra economisti e filosofi, la domanda consente di rilevare che a seconda del tipo di impostazione che si assume ciò che si rende uguale per un approccio non lo è per un altro tipo di impostazione.<sup>3</sup> Si apre quindi un fronte di non poca rilevanza che concerne le esperienze maturate in questi anni di buone pratiche per ridurre le disuguaglianze, rispetto al quale diverse riflessioni sono ancora da compiere.

In particolare è necessario cogliere la coerenza tra la fonte di variabilità espressa dalla diversa gradazione di capacità che le persone presentano nell'accesso ai servizi sanitari e le azioni che vanno a eguagliare tali capacità quando queste costituiscono le condizioni di vulnerabilità sociale.

Qui di seguito vengono proposti alcuni suggerimenti per una lettura delle condizioni di vulnerabilità sociale a fronte delle azioni che verranno presentate dallo studio di seguito esposto.

### ***Svantaggi/spiegazioni da un punto di vista culturale***

Gli studi sulle disuguaglianze hanno generalmente posto l'accento sull'individuazione di particolari categorie sociali considerate svantaggiate a partire da un indicatore socio-economico. Questa variabile di per sé non è sufficiente a fornire una spiegazione adeguata del fenomeno. Il fatto, ad esempio, che le donne o gli immigrati siano considerati categorie svantaggiate non può essere spiegato sulla base del livello di reddito percepito.

A partire da questa considerazione alcuni autori hanno cominciato a cercare nei fattori legati alla cultura di appartenenza, gli elementi che potessero spiegare le iniquità nella salute. In campo epidemiologico alcuni tra i fattori che contribuiscono a fare rientrare gli immigrati in una categoria a rischio sono stati individuati nelle condizioni di vita e di lavoro. L'indagine condotta dal Ministero della sanità (Marceca, 2000) sullo stato di salute

---

<sup>3</sup> Si veda la schematizzazione di Carter (2001), in cui viene messa in relazione la teoria di giustizia collegata a specifiche idee di eguaglianza umana e ciò che l'azione morale o politica eguaglia. Così ad esempio, l'utilitarismo ha come idea di uguaglianza il fatto che gli esseri umani sono dei contenitori potenziali di utilità e quindi l'azione porta a conseguire l'utilità marginale, mentre per l'egualitarismo che vede gli esseri umani come portatori di interessi più e meno prioritari, l'azione morale o politica egualizza il benessere, le risorse, le capacità o le opportunità di benessere.

della popolazione dell'anno 2000 fa notare come gli immigranti sani presentino, già nei primi anni di soggiorno, pericolosi indizi di deterioramento del proprio patrimonio di salute, a causa appunto delle scadenti condizioni di vita e di lavoro in cui sono costretti.

Al di là delle condizioni di salute e dei rischi di mortalità, che pongono gli immigrati in una condizione di partenza svantaggiata rispetto alla popolazione autoctona, altre variabili intervengono nella spiegazione delle disuguaglianze all'accesso dei servizi sanitari. Alcuni autori (tra cui Losi, 2000; Nathan, Stenger, 1996) hanno catalogato le difficoltà a cui vanno incontro questi soggetti in:

- ostacoli di tipo strutturale: legati, ad esempio, alle normative sanitarie nell'accesso di persone non legalmente presenti su un territorio nazionale, una scarsa o inadeguata informazione dei servizi, pregiudizi od ostilità da parte del personale dei servizi;
- ostacoli di tipo linguistico: la difficoltà, cioè, di comunicare in una lingua di cui non si ha padronanza;
- ostacoli di tipo psicologico: la sfiducia nei servizi o la paura del contatto e dell'esposizione del proprio corpo, difficoltà di interazione sociale;
- ostacoli di ordine culturale: comprendono le difficoltà connesse a una diversa modalità di riconoscimento dei ruoli e della comunicazione tra medico e paziente o da un'adesione a modelli esplicativi della malattia non conciliabili con i paradigmi della biomedicina.

Il superamento di tutti questi ostacoli richiede partecipazione e interesse sia da parte del sistema sanitario, e in particolare degli operatori, sia da parte della popolazione immigrata stessa. Gli interventi condotti finora sono serviti a migliorare la risposta sanitaria alle richieste di questi soggetti, ma al tempo stesso portano con sé dei rischi non indifferenti. Occorre infatti porre attenzione al rischio di proporre, anche inconsapevolmente, una ghettizzazione culturale dello straniero fruitore del servizio. Il fatto di porre cartelli multilingue all'interno di un servizio, come può essere il CUP (Centro unico di prenotazione), da una parte facilita lo straniero nella comprensione delle informazioni, ma dall'altra lo mantiene nella sua condizione di straniero, a maggior ragione se, una volta raggiunto lo sportello, l'operatore sanitario non compie alcuno sforzo per cercare di spiegargli ciò che ha letto su quel cartello.

Oltre a ciò, un ulteriore rischio a cui si può incorrere consiste nel considerare gli stranieri come una categoria sociale in cui non esistono differenze al suo interno. Di conseguenza si trattano asiatici, africani o albanesi come soggetti aventi le medesime caratteristiche, ovvero appartenenti alla stessa meta-categoria sociale.

Il fatto che i cittadini immigrati si rivolgano al servizio sanitario, tuttavia, dipende anche da altri fattori che non sono legati né alle caratteristiche strutturali od organizzative del servizio, né alle condizioni di reddito o di salute degli immigrati stessi. È stato infatti messo a fuoco in una ricerca sulle reti sociali, come i cittadini che avevano costituito una comunità molto forte tra di loro erano meno propensi a rivolgersi ai servizi sanitari in quanto preferivano risolvere i propri problemi al loro interno (McKinlay, 1973). Questo dato pone attenzione a un fattore non ancora preso in considerazione che tuttavia

costituisce uno degli elementi di maggiore protezione dall'esclusione sociale, ovvero la possibilità di possedere una rete sociale. Si fa riferimento in questo caso, quindi, a variabili che fanno da contorno ai soggetti di cui si sta parlando, siano essi immigrati, poveri o anziani.

Le ricerche - o meglio, gli approcci<sup>4</sup> - che inseriscono questi fattori all'interno dell'analisi delle disuguaglianze attuano il tentativo di andare oltre la semplice spiegazione su base classista o di reddito. Individuano nelle caratteristiche possedute dagli utenti, siano esse di natura personale o contestuale, gli elementi in grado di fornire una spiegazione completa ed esaustiva delle disuguaglianze sociali. In quest'ottica, le capacità di *coping*, il fatto di possedere un determinato livello di istruzione, ma anche il tipo di composizione familiare o la presenza di una rete sociale, sono tutti fattori che, intrecciati tra loro, possono dare forma a categorie di soggetti più o meno svantaggiati sul piano dell'accesso o del trattamento.

Risulta in questo modo più facile capire come gli anziani o le donne risultino tra le categorie più a rischio,<sup>5</sup> non solo per caratteristiche biologiche o di reddito, ma anche per le condizioni di isolamento sociale in cui si trovano più facilmente i primi e per lo stato definito di doppia presenza<sup>6</sup> in cui si trovano le seconde.

In Italia, l'analisi di Paci (1996) ha portato notevoli conferme empiriche all'idea di una pluralizzazione delle fonti di disuguaglianza e all'ipotesi di un'analisi che tenga conto contemporaneamente di variabili tradizionali e nuove, dei concetti di classe e di reddito ma anche di aspetti relativi alle situazioni di vita dei soggetti (genere, età, famiglia, ecc.).

Per questo motivo negli ultimi anni si tende a utilizzare il termine esclusione sociale, una definizione che viene indicata da Paugam come "dinamica e multidimensionale" (1996, p. 14). Nella sua accezione originaria, il concetto di esclusione sociale non identifica tanto un gruppo sociale specifico (quello degli esclusi), quanto l'esistenza di specifici eventi e processi sociali che conducono più frequentemente che in passato a situazioni di disagio estremo, come le rotture familiari, la perdita del posto di lavoro, il mancato accesso alle provvidenze pubbliche, l'isolamento sociale o la perdita dell'abitazione. In secondo luogo, la nozione di esclusione sociale insiste sulla natura multidimensionale del disagio. Come afferma un rapporto della Commissione di indagine sull'esclusione sociale,

---

<sup>4</sup> Tra questi approcci il più recente è quello adottato da Ranci (2002).

<sup>5</sup> In ambito italiano tali disparità sono documentate nella *Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999*, a cura del Ministero della sanità, Roma, 2002, cap. 2 "Le nuove frontiere della promozione della salute" (pp. 115-123). Ulteriori indicazioni derivano da Costa, Faggiano, 1994.

<sup>6</sup> Con questo concetto si fa riferimento alla contemporanea presenza della donna nel lavoro per la famiglia e per il mercato (Balbo, 1978) con la conseguenza di una doppia responsabilità: quella dell'accudimento e della cura dei familiari e quella dell'acquisizione di un secondo reddito per la famiglia.

*non ci muoviamo più in uno spazio teorico unidimensionale (reddito/consumo] nel quale le differenti posizioni sono graduate in base alla dimensione prescelta, comunque di tipo monetario. Il concetto di esclusione comprende una molteplicità di dimensioni - casa, salute, lavoro, legami sociali, integrazione sociale, devianza - per cui non è possibile individuare pochi modelli ricorrenti, validi comunque (Commissione di indagine sull'esclusione sociale, 2000, pp. 77).*

A fianco di una letteratura che sottolinea gli svantaggi degli utenti, è possibile individuare una letteratura più recente, che si sofferma sull'importanza rivestita dalle risorse, siano esse di tipo personale - riguardanti cioè la capacità di  *coping*, di scelta o più in generale un "set di competenze sociali e di capacità operative" (Ranci, 1997, pp. 131) - o di tipo sociale, derivanti cioè dal fatto di appartenere a una comunità e possedere una rete di sostegno.

## **Risorse personali**

Quali caratteristiche di ogni individuo possono essere considerate come risorse?

In generale si potrebbe pensare che il fatto di sapere leggere o scrivere costituisca già di per sé una preziosa risorsa. Il fatto di possedere capacità elementari, quindi, discrimina già coloro che le possiedono da coloro che non le possiedono. Oltre a ciò, tuttavia, esistono altri tipi di abilità, che si possono considerare come più complesse, che l'individuo può conseguire nel corso dell'esperienza o che possiede come caratteristiche innate. A questo proposito alcuni approcci teorici hanno messo in luce alcune di queste abilità, le quali, anche nell'ambito dell'accesso ai servizi, si configurano come elementi di differenziazione tra gli individui. Si tratta di approcci trasversali a diverse discipline. A fianco degli studi psico-sociali specifici sulle risorse di  *coping* abbiamo altri modelli socio-economici che individuano, allo stesso modo, nelle caratteristiche o abilità personali un importante fattore correttivo della rigidità introdotta dalle categorie economiche.

Il contributo di Sen (1992) allo studio delle disuguaglianze sociali si configura come tra i più completi ed esaustivi e indica anche significative linee guida per il disegno di politiche economiche e sociali, sia a livello nazionale che internazionale. In particolare, l'approccio dell'economista indiano diventa significativo nel superare la tradizionale impostazione che vede gli indicatori di reddito e classe come unici determinanti della povertà. Secondo questo autore, infatti, il reddito  *pro capite* è solo uno dei mezzi per raggiungere un determinato livello di benessere e occorre porre attenzione ad altri indicatori di natura sociale o demografica per spiegare le disuguaglianze.

Sen sostiene che tutte le teorie che si basano sul principio dell'uguaglianza delle risorse sono fallimentari perché solo l'uguaglianza delle capacità individuali permette di raggiungere migliori risultati redistributivi, coerentemente con i requisiti di libertà, per ciascun individuo, di perseguire i propri progetti di vita. In estrema sintesi, gli approcci dell'uguaglianza delle risorse prevedono un'uguale dotazione di beni primari, come il reddito e la ricchezza. Secondo Sen queste impostazioni rispettano soltanto una classe di differenze (quelle delle dotazioni di risorse appunto), ma trascurano le differenze nelle

capacità dei singoli di utilizzare effettivamente le risorse per i propri progetti di vita. Oltre a ciò, ignorano beni fondamentali per il realizzarsi delle potenzialità individuali, quali la disponibilità di servizi e informazioni, lo stato dell'ambiente naturale e del contesto sociale, le possibilità effettive di impiego, le discriminazioni religiose, etniche e di genere.

La capacità di una persona, come scrive l'autore analizzando il benessere e il tenore di vita, è "l'abilità di conseguire", ovvero "l'abilità di fare azioni e di raggiungere stati di esistenza dotati di valore" (Sen, 1993, p. 93). In questa abilità risiede e si manifesta il grado di libertà di una persona ed è questo grado, al di là del possesso o meno di risorse materiali, a discriminare in termini di differenze individuali e di disuguaglianze sociali. Secondo Sen, pertanto, la capacità degli individui di ottenere ciò cui essi danno valore e aspirano coincide con la libertà, non più come concetto astratto, ma concepita in senso positivo (libertà di ...), piuttosto che negativo (libertà da ...). Per dirla con le parole dello stesso autore, le capacità

*sono nozioni di libertà, nel senso positivo del termine: quali opportunità reali si hanno per quanto riguarda la vita che si può condurre* (Sen, 1993, p. 87).

In definitiva, le capacità alimentano le opportunità - di benessere ma anche di autorealizzazione e riconoscimento - nella misura in cui offrono all'individuo o alla famiglia un maggiore grado di libertà, cioè la facoltà di raggiungere un certo numero di alternative dotate di qualità e valore. Accanto al concetto di capacità c'è quello di funzionamenti, ovvero le diverse cose che un individuo riesce a essere o a fare ("*beings and doings*", Sen, 1992, p. 38). Essere adeguatamente nutriti, evitare la morte prematura, essere felici, sono tutti esempi di funzionamenti. Nel valutare il *well being* di un individuo, suggerisce Sen, i suoi funzionamenti e le sue capacità sono elementi fondamentali. Poiché i funzionamenti, sia considerati singolarmente che come elementi di insiemi di capacità, costituiscono l'essenza di un individuo, essi rappresentano gli oggetti di valutazione quando si desidera misurare il *well being*.

L'autore propone una distinzione tra capacità primarie e secondarie. Se le prime -

*ad esempio l'abilità di essere nutriti adeguatamente e di avere un rifugio, la capacità di sfuggire a evitabili morbidità e alla mortalità prematura, e così via* (Sen, 1993, pp. 96-97) -

si rifanno a funzionamenti di tipo elementare al di sotto dei quali le persone possono essere considerate notevolmente svantaggiate (*ibidem*, p. 114], le seconde individuano funzionamenti rilevanti e si rifanno piuttosto agli *achievement*, ovvero alle facoltà di scegliere e alle libertà di conseguire acquisizioni di valore addizionale.

Altri autori, tra cui March e Olsen (1995, pp. 126-127), distinguono tra "capacità che si esauriscono con l'uso" e capacità che viceversa "aumentano con l'uso". Se le prime - ad esempio la capacità di spendere soldi - si rifanno a risorse esauribili, le seconde - per esempio le conoscenze, le relazioni, le competenze tecniche e organizzative - tendono invece a intensificarsi con l'uso e a diventare più efficaci nel corso del tempo.

Sen non cerca di stabilire un elenco completo dei funzionamenti e delle capacità umane, in quanto essi mutano a seconda delle civiltà e delle culture. Egli è piuttosto interessato a una loro definizione molto generale ed estremamente condivisibile dalle diverse culture.

Oltre a questa variabilità culturale e individuale, le capacità sono vincolate anche dalle condizioni in cui un soggetto o una famiglia vivono, le quali, soprattutto nel caso della salute, delimitano spesso il campo entro cui le abilità (oltre che le risorse) sono rivolte (Negri, 1990). Oltre a ciò queste capacità dipendono strettamente dal modo in cui è percepita la situazione problematica o dalle possibilità di conoscere il rischio a cui un soggetto è realmente esposto o a cui può potenzialmente andare incontro.

Un altro aspetto collegato, o meglio incluso, nelle capacità di fronteggiamento è la possibilità di ottenere, controllare e comunicare all'interno della famiglia o della rete sociale le informazioni utili (Douglas, Isherwood, 1979) al fine di ottenere sostegno, migliorare la propria condizione, risparmiare, mobilitare risorse aggiuntive per rispondere alla propria situazione di vulnerabilità. Si vedrà in seguito come una delle funzioni principali della rete sociale sia proprio quella di fornire informazioni. Questo tipo di abilità è un tipo di capacità secondaria, che tuttavia incide fortemente anche sul livello di vita e di benessere primario di ogni individuo. Si tratta inoltre di una capacità che tende a esaurirsi con l'uso, secondo la distinzione di March e Olsen (1995), e che pertanto costringe i soggetti a rinnovare il proprio accesso alle informazioni giorno dopo giorno. Da questo punto di vista, l'analisi dei dati sull'Indagine multiscopo attuata da Ranci (2002) evidenzia come, considerando l'intera struttura delle opportunità informative, le tipologie familiari più svantaggiate in questo campo sembrano essere quelle costituite da anziani.

Secondo Kronauer (1999) l'abilità di accedere e utilizzare le informazioni determina le condizioni entro le quali possono svilupparsi quel tipo di capacità in grado di ridurre almeno quattro dimensioni relative al rischio di esclusione:

- esclusione culturale: il non riconoscimento da parte degli altri del proprio modello di vita;
- esclusione da isolamento sociale: la riduzione dei contatti sociali e la chiusura dei rapporti sociali all'interno dei soli gruppi svantaggiati;
- esclusione spaziale: l'isolamento urbano e la ghettizzazione;
- esclusione istituzionale: estromissione da alcuni servizi fondamentali come la scuola, i servizi di welfare e altri servizi.

Questo *deficit* di informazione discrimina anche in termini di opportunità complessive di scelta e, con queste, anche in termini di possibili gradi di libertà (Sen, 1999). La capacità di sapere operare delle scelte in un contesto in continua mutazione, unito alla capacità di aggiornarsi e di riconoscere l'impatto (Beck, 1986) che i mutamenti possono assumere per la propria vulnerabilità, costituiscono infatti ulteriori risorse personali in grado di allontanare i soggetti da condizioni di svantaggio. Il fatto di conoscere un servizio (e considerarlo una risorsa) e le modalità di accesso sono di per sé fattori che proteggono da una possibile discriminazione.

Strettamente legate a queste tipologie di risorse si collocano l'apertura e chiusura nei confronti dell'istruzione. La capacità di aprire percorsi di istruzione, sia per le generazioni adulte che per quelle più giovani, costituisce una risorsa che incide in modo rilevante sui *functioning* della famiglia e degli individui. Il livello di istruzione di un individuo incide nel determinare, anche al di fuori della sfera lavorativa (Brint, 1998), il grado di apertura

di spazi di relazione e di percorsi di azione significativi in termini di autonomia e di libertà di acquisizione (Sen, 1985, 1992, 1993). Da un lato, come sostenuto da tempo sia dagli approcci credenzialistici (Boudon, 1973; Mare, 1981) che quelli basati sulla teoria del capitale umano<sup>7</sup> (Becker, 1993; Bourdieu, 1970), un debole o mancato accesso a livelli medio-alti di istruzione produce per la persona tre ordini di svantaggi:

- una minore capacità di guadagno,
- una minore probabilità di impiego,
- una minore probabilità di istruzione per i propri discendenti (Checchi, 1997; Rossi, 1997).

In quanto fonte primaria sia per lo sviluppo sia per l'organizzazione cognitiva del sapere, l'apertura nei confronti dell'istruzione può essere considerata come una capacità secondaria di fronteggiamento del rischio. Si configura cioè come un indicatore dei titoli che un individuo possiede per lo sviluppo di una propensione agli *achievement*, che sono la facoltà di scelta e la libertà di acquisizioni addizionali (Sen, 1999).

---

<sup>7</sup> Il concetto fondamentale della Teoria del capitale umano è proprio il capitale umano che, adottando la definizione proposta dall'OCSE (1998), può essere definito come  
*la conoscenza, le skill, le competenze e gli attributi propri degli individui che sono rilevanti per l'attività economica.*

In questo senso, l'istruzione e la formazione professionale rappresentano un investimento nelle conoscenze e nelle capacità produttive dell'individuo, ovvero il suo capitale umano, che influenza la produttività del soggetto. Alcune critiche rivolte a questa teoria riguardano la reale esistenza del nesso causale tra (crescita di) istruzione e (crescita della) produttività (Santoro, Pisati, 1996).

Secondo la teoria del credenzialismo, il titolo di studio rappresenta solo uno strumento per superare l'asimmetria informativa tra imprese e lavoratori nel processo di assunzione. L'istruzione, secondo questo approccio, non aumenta la produttività attraverso la trasmissione di saperi e professionalità, ma fornisce semplicemente un certificato (una credenziale) che permette a chi lo possiede di ottenere un lavoro ben pagato, senza influire sulla produttività del singolo. L'importanza dell'approccio credenzialista deriva dal fatto che esso focalizza l'attenzione sul legame tra istruzione e produttività: il possesso di un titolo di studio non indica solo che un soggetto possiede certe capacità e attitudini, ma che il processo di formazione ha modellato e sviluppato tali attributi (oltre a fornire conoscenze tecniche).

In un certo modo si può dire che il concetto di investimento in capitale umano rimane valido ma che si allarga al fine di comprendere sia le attività che agiscono sugli attributi personali sia quelle che formano la professionalità (Woodhall, 1996).



## **Guida al *Dossier***

Come si accennava, il presente Dossier rappresenta una sintesi delle politiche a livello europeo sul tema delle disuguaglianze.

L'analisi compiuta consente di evidenziare gli indirizzi assunti evocando indirettamente le capacità ovvero le vulnerabilità sociali che con tali scelte si sono intese "eguagliare".

Il lavoro di ricerca offre pertanto diverse informazioni sulle attenzioni che la Comunità europea ha posto in questi anni attraverso l'assunzione di specifici programmi di intervento e l'emanazione di diverse raccomandazioni pronunciate a cui hanno fatto seguito precisi impegni assunti dai diversi Stati membri.

Interessanti sono inoltre le forme che sono state sperimentate a garanzia di comportamenti tesi all'equità, sia introducendo figure deputate a compiere funzioni di mediazione tra cittadini vulnerabili e istituzioni/organizzazioni sia attivando strutture deputate.

Infine, la raccolta di progetti di intervento su specifiche fasce di popolazione mette in luce non solo la varietà di esperienze maturate in questi anni, ma anche come a vulnerabilità diverse la buona pratica va a rendere eguali capacità specifiche quali la mobilità, il saper utilizzare i servizi fino a promuovere la consapevolezza dei propri diritti.



# 1. Introduzione

## 1.1. Ambito della ricerca

La discriminazione e l'ineguale trattamento delle persone rispetto all'utilizzo di servizi pubblici o nel godimento di alcuni diritti offerti alla maggioranza dei cittadini sono purtroppo ancora eventi diffusi e piuttosto comuni.

Esistono però alcuni strumenti legislativi atti a evitare ciò, preposti a garantire una equa fruizione dei servizi pubblici offerti e un equo accesso a questi. Analizzare le modalità legislative attraverso le quali la lotta alla discriminazione viene attuata nei Paesi dell'Unione europea è lo scopo principale di questa ricerca. Per ragioni di settore, di sensibilità e di interesse, si è poi scelto di focalizzare l'analisi sulla possibilità di fruizione e accesso ai servizi socio-sanitari.

Seppure concordata a livello comunitario, infatti, la legislazione attuale differisce ancora da Stato a Stato e la recentissima approvazione della Costituzione europea ha per ora solo avviato il lungo percorso verso la sostituzione delle normative nazionali. Emerge quindi la necessità di una analisi legislativa che sia capace di trascendere i confini dello Stato Europa, ma che sia anche in grado di cogliere i caratteri di peculiarità e quelli riconducibili alle comuni indicazioni europee all'interno delle strutture normative nazionali.

Un discorso simile merita la legislazione sanitaria presente in Europa. L'assistenza socio-sanitaria è garantita con principi simili in tutti gli Stati europei e poggia su una strategia sociale e sanitaria comune, indicata dal Parlamento europeo nel marzo 1999 con l'invito a

*dare avvio a un processo di armonizzazione volontaria degli obiettivi e delle politiche nel settore della protezione sociale secondo il modello della strategia occupazionale europea.*

Questo processo è oggi perseguito con progetti di integrazione europei e di armonizzazione, ma nei vari Paesi l'assistenza socio-sanitaria è tutt'altro che univoca, anzi, spesso non lo è neppure all'interno di uno stesso Stato:

*È noto che le ineguaglianze rispetto alla salute stanno crescendo sia all'interno degli Stati membri che fra di essi (Piha, 2000).*

Dopo anni nei quali il *welfare* era visto come inutile fardello, la politica sociale ha lasciato da parte le tesi più vicine al neoliberalismo per indirizzarsi alla riqualificazione del modello sociale europeo e della sua tipicità, strumento ritenuto essenziale sia allo sviluppo della coesione sociale che all'allargamento di una società della conoscenza e dell'informazione capace di farsi portatrice delle esigenze di tutti i suoi cittadini e di essere, dunque, società dei "molti".

Ma la politica sociale e, all'interno di questa, quella sanitaria si differenziano ancora da Stato a Stato, sia nei loro principi di garanzia che nel loro essere frutto di un sistema sociale e di *welfare* peculiare e nazionale, diverso cioè nei caratteri tipologici, nelle premesse storiche, e ovviamente nell'articolazione oggettiva, fisica e strutturale.

L'analisi della normativa antidiscriminatoria e l'analisi specifica riferita ai servizi socio-sanitari vengono poi integrate dalla descrizione di alcuni progetti nazionali o transnazionali. Si è voluto cioè vedere quali realizzazioni pratiche, sperimentazioni reali, laboratori di idee fossero stati attuati in Europa, e attraverso quali servizi innovativi o particolari gli Stati europei avessero intrapreso concretamente il loro cammino verso la costruzione di un nuovo egualitarismo sopranazionale.

## 1.2. Materiali informativi

Le informazioni necessarie alla realizzazione della ricerca sono state reperite sui siti internet delle autorità dei Paesi considerati. La legislazione antidiscriminatoria cui si fa riferimento è dunque quella proposta dalle stesse autorità di ogni Paese.<sup>8</sup>

La scelta su quali normative utilizzare è stata strutturata con la collaborazione delle Ambasciate dei diversi Paesi europei, che nella maggioranza dei casi hanno attivamente partecipato compilando la scheda di rilevazione riportata al Paragrafo 1.5.

## 1.3. Riferimenti legislativi

Considerato l'obiettivo prioritario della ricerca - cioè verificare la presenza o meno di strumenti legislativi antidiscriminatori generici, e, quando presenti, di strumenti normativi specificatamente riferiti ai servizi socio-sanitari - si è ritenuto opportuno non addentrarsi in speculazioni di carattere giuridico, interpretativo o relativo alla giurisprudenza di ogni singolo Paese, ma limitarsi a un'analisi quanto più oggettiva e basata sul testo di legge presentato, che pertanto detiene un posto di primo piano nella descrizione di ciascun Paese.

Inoltre, vista la peculiarità europea di avere sempre considerato l'assistenza sanitaria un servizio pubblico fondato sul diritto alla salute e alla cura, è stata considerata la tutela normativa per l'equità nell'utilizzo-accesso dei servizi sanitari pubblici anche laddove l'ambito sanitario non veniva espressamente menzionato.

I principali riferimenti legislativi comunitari sono rappresentati dalla Direttiva comunitaria 2000/43/EC e dal Protocollo n. 12 del Consiglio d'Europa, assai importanti anche per esplicitare cosa si intende per discriminazione<sup>9</sup> e per identificare le categorie di persone

---

<sup>8</sup> La consultazione della legislazione è avvenuta nella lingua originale o in una versione avallata dalle autorità competenti; tutte le traduzioni in italiano proposte nella ricerca non sono state autorizzate e sono da considerare opinioni dei curatori.

<sup>9</sup> Nella Direttiva 2000/43/CE la Comunità europea definisce due tipi di discriminazione: diretta e indiretta.

*Si attua discriminazione diretta quando una persona è trattata meno favorevolmente di come un'altra è trattata, è stata o sarà trattata in una situazione analoga. La discriminazione indiretta si attua quando in una disposizione, criterio o prassi, apparentemente neutrali, le persone con una particolare religione o credenza, una*

espressamente considerate dalle normative, che risultano più o meno le stesse nei diversi Stati.<sup>10</sup> Sono state quindi prese in considerazione le normative dei singoli Paesi dando priorità di analisi alla legislazione antidiscriminatoria espressamente riferita ai *target* di popolazione oggetto dello studio e precisamente:

- immigrati,
- donne,
- anziani.

È parso comunque opportuno raccogliere e sistematizzare anche le informazioni su:

- malati mentali,
- disabili.

Inoltre, quando la normativa ne faceva espresso riferimento, è stata considerata anche la variabile relativa all'orientamento sessuale, per valutare, trasversalmente alle diverse categorie di persone, quando e dove esisteva una particolare legge antidiscriminatoria che considerasse anche questo aspetto.

La sezione dedicata ai singoli paesi contiene informazioni organizzate secondo un modello di rappresentazione omogeneo che si sviluppa sui seguenti assi principali:

- eguaglianza tra le persone,
- accesso ai servizi socio-sanitari per tutta la popolazione,
- accesso ai servizi socio-sanitari per gruppi di persone,
- enti per l'uguaglianza,
- progetti.

Per facilitare la lettura, sono stati predisposti alcuni strumenti:

- tabelle sintetiche per ogni Paese, che riportano i riferimenti legislativi, la tipologia di sistema sanitario, gli Enti per l'uguaglianza costituiti;
- tabelle sulla legislazione, che riportano per ogni paese i principali ambiti di interesse:
  - normativa riferita alle persone,
  - normativa riferita alla salute,
  - normativa riferita ai servizi.

È inoltre riprodotta una tabella sinottica dei riferimenti costituzionali sui disabili, tratta da *Illness, Disability and Social Inclusion* (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003).

---

*particolare disabilità, una particolare età o un particolare orientamento sessuale, vengono poste in situazione di svantaggio rispetto agli altri.*

<sup>10</sup> La legislazione antidiscriminatoria europea copre anche aspetti correlati alla religione, alle credenze personali, allo *status* socio-economico e all'età di ogni persona (quindi, non solo gli anziani ma anche i bambini).

## **1.4. Scelta dei progetti**

I progetti sono stati scelti per le loro caratteristiche di originalità e peculiarità o per l'importanza da essi rivestita sul territorio nel quale si sono sviluppati. Va sottolineato che la selezione delle iniziative si è basata esclusivamente, o quasi, sulle informazioni rese disponibili in internet e pertanto subordinate ad autonome scelte dei gestori dei portali. I risultati di studi, ricerche, progetti che hanno utilizzato modalità di diffusione prevalentemente di tipo cartaceo o video non sono stati invece inclusi.

In considerazione della numerosità delle iniziative in atto, diverse sia in termini di grandezza che di impegno, la scelta ha cercato di offrire una panoramica il più ampia possibile delle iniziative attuate o in via di strutturazione in Europa. Sono stati quindi scelti progetti diversi fra loro sia per popolazione *target* sia per obiettivi prefissati.

I progetti, realizzati grazie ai canali di finanziamento europei, sono stati inclusi nel capitolo dedicato all'Europa quando la dimensione transnazionale del progetto superava per importanza, partecipazione e risultati la dimensione locale, e nei capitoli dedicati ai singoli Stati quando invece il carattere nazionale del progetto ne era l'elemento principale.

## 1.5. Scheda tipo di rilevazione proposta alle Ambasciate

**Oggetto della ricerca:**

- **Ineguaglianze nell'accesso ai servizi socio-sanitari**
- **Garanzie di eguaglianza nell'accesso ai servizi socio-sanitari**

**PAESE:** \_\_\_\_\_

**1. Legislazione**

1.1. Eventuali riferimenti all'oggetto nella Costituzione

1.2. Specificatamente per ciò che riguarda la legislazione sul sistema socio-sanitario: eventuali riferimenti all'oggetto

1.3. Leggi di carattere nazionale riguardanti l'oggetto e riferite specificatamente a:

Immigrati

Anziani

Donne

Disabili

Malati di mente

Orientamento sessuale

**2. Legislazione e normative regionali e locali: esempi**

**3. Progetti nazionali e locali inerenti l'oggetto: esempi**

**4. Eventuale modello di approccio alla disuguaglianza nell'accesso ai servizi socio-sanitari**





## 2. Situazione europea

### 2.1. Strumenti europei di lotta alla discriminazione

La lotta alla discriminazione è da tempo materia connessa alle politiche proposte e implementate in Europa. Le forme attraverso cui essa viene attuata sono diverse e particolari, ma tutte trovano i propri strumenti operativi o la motivazione nella legislazione vigente.

Combattere le discriminazioni, di qualunque genere e livello esse siano, è obiettivo perseguito già da prima della creazione dell'Unione europea. Tutti gli Stati dell'Unione hanno infatti ratificato i maggiori trattati inerenti i diritti umani delle Nazioni Unite che garantiscono equo trattamento e proibiscono discriminazioni:

- *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale.* [*Convention on the Elimination of All Form of Racial Discrimination - CERD*] (21 dicembre 1965);
- *Patto internazionale sui diritti civili e politici.* [*International Covenant on Civil and Political Rights - ICCPR*] (16 dicembre 1966);
- *Patto sui diritti economici, sociali e culturali.* [*Covenant on Economic, Social and Cultural Rights - CESCR*] (16 dicembre 1966);
- *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne.* [*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - CEDAW*] (18 dicembre 1978).

Come membri del Council of Europe tutti gli Stati dell'Unione europea hanno inoltre ratificato la *Convenzione europea sui diritti umani e le libertà fondamentali.* [*European Convention on Human Rights and Fundamental Freedoms*].

In questi strumenti legislativi i diritti espressi sono destinati molto chiaramente a tutti gli individui senza discriminazione alcuna.

*Ogni Stato che sottoscrive il presente Patto si impegna a rispettare e assicurare a tutti gli individui nel suo territorio e soggetti alla sua giurisdizione, i diritti riconosciuti dal presente Patto, senza distinzione di alcun genere, come razza, colore, sesso, linguaggio, religione, opinioni politiche o di altro genere, origini nazionali o sociali, proprietà, nascita o altri status (ICCPR, art. 2.1).*

Anche l'articolo 2.2 del *CESCR* sottolinea questo aspetto.

*Ogni Stato che sottoscrive il presente Patto si impegna a garantire che i diritti enunciati nel presente Patto saranno esercitati senza discriminazioni di sorta, come razza, colore, sesso, lingua, religione, opinioni politiche o altre opinioni, origini nazionali o sociali, proprietà, nascita o altri status.*

La *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale* specifica inoltre che gli Stati firmatari si impegnano a perseguire con ogni mezzo politiche finalizzate sia all'eliminazione della discriminazione razziale sia alla promozione della comprensione fra tutte le culture e le popolazioni.

*Ogni Stato si impegna a non essere coinvolto in atti o prassi di discriminazione razziale contro persone, gruppi di persone o istituzioni e ad assicurare che tutte le pubbliche autorità e tutte le istituzioni pubbliche, nazionali e locali, agiscano in conformità con questi obblighi;*

*Ogni Stato prenderà misure effettive per riesaminare le politiche governative, nazionali e locali e per emendare, rivedere o annullare ogni legge e ogni regolamento che determini l'effetto di creare o perpetuare discriminazioni razziali laddove esistano;*

*Ogni Stato deve proibire e far finire, con tutti i mezzi appropriati, inclusi la legislazione se richiesto dalle circostanze, la discriminazione razziale di ogni individuo, gruppo od organizzazione (CERD, art. 2).*

Viene inoltre specificato come gli Stati debbano garantire il diritto di ognuno all'uguaglianza nel godimento dei diritti economici, sociali e culturali. La *Convenzione* si riferisce espressamente anche al diritto alla salute pubblica, alle cure mediche, alla sicurezza sociale e ai servizi sociali.

*Gli Stati si impegnano a proibire e a eliminare la discriminazione razziale in tutte le sue forme e a garantire il diritto di ognuno, senza distinzione basata su razza, colore, origine nazionale o etnica, all'uguaglianza davanti alla legge, specialmente nel godimento di [...] il diritto alla salute pubblica, le cure mediche, la sicurezza sociale e i servizi sociali (CERD, art. 5).*

Il *Patto sui diritti economici, sociali e culturali* riconosce inoltre

*il diritto di ognuno al godimento del più alto standard possibile di salute mentale e fisica (CESCR, art. 12).*

Nei Trattati internazionali vengono dunque riconosciuti il diritto all'uguaglianza, il diritto alla salute e quello all'accesso ai servizi sociali e sanitari.

Nel 1984 il Parlamento europeo ha promosso un dibattito istituzionale sul razzismo, creando una Commissione di inchiesta parlamentare deputata allo studio del fenomeno, sia relativamente ai fattori causali e determinanti sia rispetto ai contesti socio-geografici di manifestazione. La Commissione mirava cioè a osservare e capire l'avanzata del razzismo e del fascismo, che in quegli anni pareva coinvolgere l'intera Europa e che quindi necessitava di essere compreso nei suoi molteplici aspetti, sfaccettature e architetture.

La Commissione di inchiesta ha utilizzato dapprima lo *Evrigenis Report* e dal 1990 il *Ford Report*. Nel 1986 essa ha inoltre promosso la ratificazione della prima *Dichiarazione contro il razzismo e la xenofobia* (European Parliament, Council and Commission, 1986),

sottoscritta congiuntamente da tutti gli Stati europei e inerente la condanna di ogni forma di intolleranza compiuta su base razziale. Nel 1990 anche il Consiglio d'Europa ha adottato una risoluzione di lotta al razzismo e alla xenofobia.

Ci si è però resi conto che mancavano strumenti normativi congiunti fra i diversi paesi per combattere efficacemente e validamente la discriminazione. Un'Europa armonica e unita aveva bisogno di una legislazione comune che, seppure insita sia nel *Trattato europeo* sia nella *Convenzione europea sui diritti umani e le libertà fondamentali*, non era comunque sufficiente a fornire una solida base legale alle istituzioni europee. Il Consiglio d'Europa e il Parlamento europeo si sono allora mossi per fornire i dispositivi normativi necessari.

Nel 1993 a Vienna il *summit* dei Capi di Stato e dei Governi inclusi nel Consiglio d'Europa ha elaborato le linee guida per il *Piano di azione europeo contro il razzismo e l'intolleranza* che comportava la creazione di una Commissione europea ad esso affiancata. Questa Commissione, chiamata Commissione europea contro il razzismo e l'intolleranza (ECRI), ha proposto di modificare l'articolo 14 della *Convenzione europea per la protezione dei diritti umani e le libertà fondamentali* e di sottoscrivere un protocollo espressamente riferito alla discriminazione razziale.

Anche il Parlamento dell'Unione europea ha strutturato nel giugno del 1994 una commissione per elaborare una strategia europea globale di lotta al razzismo. La Commissione consultiva sul razzismo e la xenofobia (CCRX) ha raccomandato, come azione necessaria alla politica preposta, l'adozione di una clausola antidiscriminatoria da inserire sotto forma di un nuovo emendamento nel *Trattato europeo*.

È stato così che nel giugno 1997 - Anno europeo contro il razzismo -, sotto la Presidenza europea olandese, durante la Conferenza intergovernativa tenutasi ad Amsterdam e dopo anni di lotte portate avanti soprattutto dall'Associazione *Starting Line* che riuniva oltre 400 ONG europee, si è deciso di adottare una clausola antidiscriminatoria per ampliare le potenzialità e le possibilità di azione dell'articolo 13 del Trattato della Comunità europea.

Nel novembre 1999 sono state allora ratificate una serie di proposte basate sul nuovo articolo, adottato formalmente nel giugno del 2000 con la Direttiva comunitaria 2000/43/EC che proibisce la discriminazione razziale e istituisce enti e organismi deputati al rispetto della normativa antidiscriminatoria in ogni Stato nazionale (Enti per l'uguaglianza). Più specificatamente, per quanto riguarda la parità fra persone, la Direttiva:

- tende a realizzare il principio di parità di trattamento fra persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica;
- fornisce tutela e protezione contro la discriminazione in materia di occupazione e formazione, istruzione, previdenza sociale, salute e accesso a beni e servizi pubblici e privati;
- contiene le definizioni di discriminazione diretta e indiretta, molestia, ritorsione e vittimizzazione;
- riconosce alle vittime delle discriminazioni il diritto di presentare denuncia attraverso procedure giudiziarie e amministrative e prevede sanzioni conseguenti;

- divide l'onere della prova fra il querelante e il convenuto nelle cause civili e amministrative;
- dispone l'istituzione in ogni Stato membro di un ente preposto alla promozione della parità di trattamento e dell'uguaglianza fra persone, capace di fornire assistenza indipendente alle vittime di discriminazione.<sup>11</sup>

Sempre nel giugno 2000, anche il Consiglio d'Europa ha ratificato il proprio specifico strumento di lotta alla discriminazione: il Protocollo n. 12 a rettifica dell'articolo 14 della *Convenzione europea sui diritti umani e le libertà fondamentali*.

*È importante sottolineare come queste direttive abbiano innalzato significativamente il livello di tutela contro la discriminazione nell'UE, la quale, in questo settore, possiede attualmente uno dei quadri giuridici tra i più progrediti al mondo. Le direttive hanno richiesto notevoli modifiche al diritto nazionale di tutti gli Stati membri, anche di quelli che già possedevano una legislazione completa contro la discriminazione* (Commissione europea, 2004a, p. 11).

La Commissione europea dovrà rendere conto al Consiglio e al Parlamento nel 2005 e 2006 sullo stato di attuazione delle Direttive sull'uguaglianza razziale e sulla parità in ambito lavorativo. La relazione dovrà comprendere, se necessario, proposte di revisione e di aggiornamento delle Direttive.

Nel 2000 è stata anche ratificata la *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, il cui terzo capitolo è interamente dedicato all'uguaglianza. Viene bandita la discriminazione (art. 21) e si promuove la diversità religiosa, culturale e linguistica (art. 22), l'uguaglianza fra uomini e donne (art. 23), i diritti dei bambini e degli anziani (artt. 24 e 25), l'integrazione delle persone con disabilità (art. 26).

Nell'articolo 21 si legge:

*È vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, sul sesso, la razza, il colore della pelle o l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua, la religione o le convinzioni personali, le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, l'appartenenza a una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali.*

*[...] Nell'ambito d'applicazione del trattato che istituisce la Comunità europea e del trattato sull'Unione europea è vietata qualsiasi discriminazione fondata sulla cittadinanza, fatte salve le disposizioni particolari contenute nei trattati stessi.*

Già dal 1990 è inoltre attiva la *European Commission for Democracy through Law* del Consiglio d'Europa, meglio nota come Commissione Venezia. Questa Commissione ha svolto un ruolo di *leadership* nell'Europa dell'Est per l'applicazione della normativa antidiscriminatoria e per la diffusione dei principi europei negli Stati in via di accesso e in quelli confinanti.

---

<sup>11</sup> Per le problematiche correlate alle discriminazioni in materia di occupazione e di lavoro si fa invece riferimento alla specifica Direttiva 2000/78/CE emanata in concomitanza alla 2000/43/CE.

Anche la Commissione europea sta portando avanti un ampio programma di lotta alla discriminazione, il *Community Action Programme to combat discrimination (2001-2006)*, finalizzato al raggiungimento di tre obiettivi principali:

- migliorare la comprensione delle tematiche relative alla discriminazione;
- sviluppare la capacità di colpire in maniera efficace le discriminazioni;
- promuovere i valori correlati alla lotta contro la discriminazione.

Per raggiungere questi obiettivi sono in atto specifiche attività che vertono da un lato al monitoraggio attraverso un gruppo di valutatori delle attività realizzate dal Centro europeo sul razzismo e la xenofobia, dall'altro alla nomina dei tre gruppi di esperti che dovranno studiare le discriminazioni di origine etnica e razziale, quelle relative alla religione e alle credenze personali, quelle relative alla disabilità e all'orientamento sessuale. I lavori di questi gruppi sono coordinati rispettivamente dal *Migration Policy Group*, dall'Università di Galway e da quella di Leiden. Entro il 2006, i gruppi produrranno *report* per tutti i paesi europei. Sono pertanto previsti documenti conclusivi sulle buone prassi europee per la promozione della diversità nei contratti pubblici, sugli indicatori per stabilire l'efficacia e i costi della campagne promozionali sulla diversità, sui nomadi e i Rom in Europa, sulle barriere nell'accesso alla tecnologia, ecc. Questo importante programma prevede anche la raccolta di dati, informazioni statistiche e valutazioni qualitative e quantitative relative alla discriminazione nell'area del lavoro, dell'educazione e dell'accesso a beni e servizi pubblici, fra cui anche quelli sociali e sanitari.

Tre sono le linee di azione messe in campo per aggiornare e diffondere le informazioni:

- un'inchiesta sulla discriminazione effettuata dall'Eurobarometro durante il 2003 e parallela al lancio ufficiale della campagna informativa antidiscriminazione;
- l'esplorazione di nuove metodologie attraverso le quali l'Ufficio Statistico della Commissione - ESTAT - possa utilizzare meglio gli strumenti di rilevazione già a disposizione, relativi alla raccolta dati sulla discriminazione;
- lo stoccaggio e l'utilizzo dei dati statistici raccolti all'interno del progetto RAXEN lanciato dal Centro europeo di monitoraggio sul razzismo e la xenofobia.

Con la collaborazione del Ministero europeo del lavoro e degli affari sociali, è stato recentemente elaborato uno studio sulla normativa antidiscriminatoria negli Stati europei di nuova entrata (paesi dell'allargamento), che ha comportato anche la stesura di una serie di raccomandazioni e linee strategiche da perseguire in ogni Stato membro. Il documento *Equality, Diversity and Enlargement* è stato pubblicato nel 2003 (Commissione europea, 2003) ed è parte integrante del già citato *Programma di azione contro la discriminazione (2001-2006)*.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Tutte le informazioni relative al Programma sono reperibili sul portale della Comunità europea all'indirizzo <http://europa.eu.int>.

## 2.2. Antidiscriminazione e politica sanitaria europea

Fin dalle origini della Comunità europea, l'ambito della sanità è sempre stato esclusivo compito di pertinenza dei singoli Stati dell'Unione. La sottoscrizione del Trattato di Maastricht del 1992 ha però investito la Comunità europea di poteri formali nel campo della salute pubblica che, attraverso il Trattato di Amsterdam del 1997, hanno contribuito ad aumentare la cooperazione fra gli Stati. La politica sanitaria rimane comunque ancora ambito pertinente ai vari Stati, anche se non più in maniera totalmente esclusiva. Uno dei più importanti cambiamenti in ambito sanitario, determinato proprio dal Trattato di Amsterdam all'articolo 152, è stato l'adozione di misure finalizzate ad assicurare un alto livello di protezione della salute umana, tema che è poi diventato approccio trasversale a tutti i campi delle politiche dell'Unione europea.<sup>13</sup>

Da un punto di vista legale il programma della salute pubblica europea si basa infatti proprio su questo articolo, nel quale viene inteso come "designato a proteggere e migliorare la salute umana". Nel medesimo articolo tuttavia si ribadisce anche l'indipendenza della legislazione di ogni Stato in materia di salute pubblica:

*Il Consiglio [...] deve contribuire al raggiungimento degli obiettivi a cui ci si riferisce in questo articolo attraverso l'adozione di: [...] provvedimenti di incentivazione designati per proteggere e migliorare la salute umana, esclusi ogni armonizzazione delle leggi e dei regolamenti degli Stati membri.*

Nel maggio 2000 la Commissione europea ha pubblicato inoltre le linee guida relative alla futura strategia della salute pubblica, che sono poi state inserite nella cornice programmatica 2001-2006. La strategia individua tre indicatori di priorità:

- migliorare l'informazione e la conoscenza sanitaria;
- reagire velocemente alle emergenze sanitarie;
- colpire i determinanti della salute.

Attraverso la Decisione 1786/2002/CE si è adottato invece un programma di azione comunitario nel campo della sanità pubblica valido per il periodo 16 gennaio 2003 - 31 dicembre 2008. Il documento riprende le priorità precedentemente individuate, si struttura su una più forte collaborazione fra Stati e, come viene sottolineato all'articolo 2,

*[...] Il programma contribuisce così:*

- a. a garantire un alto livello di protezione della salute umana nella definizione e attuazione di tutte le politiche e attività comunitarie, promuovendo una strategia sanitaria integrata e intersettoriale;*
- b. a lottare contro le disparità nel settore della salute;*
- c. a incoraggiare la cooperazione tra Stati membri nei settori contemplati dall'articolo 152 del Trattato.*

---

<sup>13</sup> L'art. 152 del Trattato di Amsterdam riporta infatti

*[...] assicurare un alto livello di protezione sanitaria nella definizione e realizzazione di tutte le politiche e attività comunitarie.*

## 3. Determinanti dei sistemi socio-sanitari

### 3.1. Varianti del *welfare*

I sistemi sociali e sanitari attualmente presenti in Europa si differenziano fra loro presentando caratteristiche di trattamento più o meno equo della popolazione e delle varie categorie di persone. Essi possono essere in diversa misura favorevoli a politiche di non discriminazione, ferma restando la politica sanitaria e sociale di matrice e indirizzo comuni perseguita a livello europeo.

Se da un punto di vista empirico è chiaro che i diversi sistemi di *welfare* si raggruppano in modelli, è tuttavia necessario sottolineare che nessun caso singolo, nessun paese, rappresenta un esempio puro: ogni paese può infatti avere politiche o elementi afferenti a un modello diverso da quello genericamente riscontrabile nella propria politica di *welfare*.

I sistemi europei di *welfare* si basano su modelli che la letteratura tradizionale<sup>14</sup> riconduce essenzialmente a quattro tipologie, corrispondenti ad altrettante aree geografiche:

- modello socialdemocratico, dei paesi scandinavi (Finlandia, Svezia e Danimarca);
- modello liberale, dei paesi anglosassoni (Regno Unito e Irlanda);
- modello corporativo, dei paesi dell'Europa centrale (Germania, Olanda, Lussemburgo, Austria, Francia e Belgio);
- modello familistico, dei paesi mediterranei (Spagna, Portogallo, Italia e Grecia).

Questi regimi tipo e le relative attribuzioni geografiche sopra citate - alle quali si farà riferimento anche in seguito - sono mutate da diversi studiosi contemporanei, fra cui Gøsta Esping-Andersen (1996b), Maurizio Ferrera (1993) e Yuri Kazepov (2002).

A causa di necessità di contenimento della spesa pubblica, maggiore complessità dei servizi da erogare e parallelo aumento delle richieste, negli anni '90 tutti questi modelli hanno subito profonde modifiche e importanti riforme, che sempre più li hanno allontanati dal sistema sanitario originale storicamente dato. Alcune caratteristiche chiave sono però rimaste e certe peculiarità nazionali sopravvivono ancora. Il persistere di questi tratti tipici fa sì che da un lato non sempre una stessa normativa abbia la medesima portata in termini di efficienza ed efficacia in paesi con modelli socio-sanitari diversi, e dall'altro che alcune misure normative particolari si rendano necessarie in contesti assistenziali diversi.

---

<sup>14</sup> Si ricordano a questo proposito gli studi di Esping-Andersen, Myles, Korpi, ecc. Per approfondimenti si rimanda alla Bibliografia.

Anche il ricorrere a una terminologia piuttosto che a un'altra, il parlare di assistenza o di diritti ad esempio, è qualcosa ancora strettamente correlato alle caratteristiche originarie, storico-sociali e proprie del paese di riferimento.

Durante l'elaborazione della presente ricerca, il modello socio-sanitario di ogni Paese europeo è dunque sempre stato considerato elemento chiave per l'interpretazione della legislazione ad esso afferente. Tutta la ricerca è stata infatti improntata all'appartenenza di ogni Stato a uno dei quattro modelli presenti in Europa.

Per non appesantire inutilmente i capitoli relativi all'approfondimento legislativo si è deciso di omettere la descrizione del sistema sanitario e sociale di ogni Paese, inserendone le sole caratteristiche fondamentali nelle schede sintetiche informative dedicate ai singoli Stati.

### **3.2. Collocazione di un Paese entro un modello**

Innanzitutto, per valutare il sistema di *welfare* di un Paese occorre partire dalla domanda "Che cos'è un sistema di *welfare*?". Esistono definizioni diverse capaci di sottolineare aspetti differenti del problema:

*la comune definizione da manuale è che esso comporta la responsabilità dello stato nell'assicurare ai cittadini un qualche livello di fondo di welfare. Questa definizione evita la questione se le politiche sociali siano o meno emancipatorie; se contribuiscano o meno alla legittimazione del sistema; se contraddicano o promuovano il processo del mercato e che cosa si intenda davvero per "di fondo" (Esping-Andersen, 1988 p. 171).*

Arnold Wilensky (1975) dà una definizione più articolata e complessa che individua nel *welfare state*

*la protezione da parte dello stato di standard minimi di reddito, alimentazione, salute e sicurezza fisica, istruzione e abitazione, garantita a ogni cittadino come diritto pubblico e non come carità.*

Portando a compimento la riflessione, la precisazione di Maurizio Ferrera introduce un nuovo elemento, quello del dovere del singolo cittadino, e afferma:

*il welfare state è un insieme di interventi pubblici connessi al processo di modernizzazione, i quali forniscono protezione sotto forma di assistenza, assicurazione e sicurezza sociale, introducendo fra l'altro specifici diritti sociali nel caso di eventi prestabiliti, nonché specifici doveri di contribuzione finanziaria (Ferrera, 1993, p. 49).*

Una volta definito cos'è un sistema di *welfare*, è necessario qualificarlo e compararlo: non è infatti possibile valutare l'accesso ai servizi pubblici socio-sanitari e la normativa ad essi sottostante se non si evidenziano le caratteristiche e le peculiarità del sistema. Come si classificano allora i diversi modelli di *welfare*?



Le prime ricerche di tipo comparativo hanno utilizzato una classificazione basata sulla spesa, che però implica - erroneamente - che tutte le spese si equivalgano. Ad esempio alcuni paesi, come l'Austria, dedicano una forte quota di spesa per benefici destinati ai funzionari pubblici, privilegiati rispetto al resto della popolazione; altri paesi favoriscono un *welfare* fiscale, basato cioè su sgravi fiscali correlati a programmi assicurativi privati destinati prioritariamente alle classi medie, elemento che non emerge valutando i bilanci di spesa.<sup>15</sup> Per questo motivo diversi studiosi, fra i quali Eardley, Ditch, Lodemel ecc. hanno preferito dedicarsi invece ai contenuti del *welfare state* distinguendo innanzitutto fra tipo residuale e tipo istituzionale.

*Nel primo caso la responsabilità dello Stato comincia solo quando viene meno la famiglia o il mercato; il suo impegno è limitato ai gruppi sociali emarginati. Il secondo modello si rivolge all'intera popolazione, è universalistico e introduce nel welfare un impegno istituzionalizzato (Esping-Andersen, 1988).*

È importante anche rilevare il grado di demercificazione relativo al diritto di *welfare* dei singoli cittadini, ovvero il grado in cui la distribuzione delle risorse e dei servizi sono separati dal meccanismo del mercato. Quanto sono correlati i diritti di una persona a ricevere beni e servizi pubblici al suo *status* di lavoratore? Quanti anni di contributi sono necessari per poter godere di determinati servizi di *welfare*? Le risorse dei singoli cittadini rispecchiano le ineguaglianze del mercato?

Attualmente i diritti demercificati sono variamente sviluppati negli Stati europei. Uno dei modelli di *welfare* predominante in Europa, quello fondato sull'assistenza sociale, prevede diritti correlati non tanto alla posizione lavorativa quanto a uno stato di necessità documentabile. Anche in questo caso però non è la semplice esistenza di un diritto sociale, ma le regole e le pre-condizioni ad esse correlate, a dettare la misura nella quale i programmi di *welfare* offrono reali alternative alle dipendenze e alle stratificazioni del mercato. Nel complesso si può dire che il *welfare state* dei paesi scandinavi è più demercificante, all'opposto di quello dei paesi anglosassoni che lo è assai meno.

Un aspetto senz'altro significativo dei diversi sistemi di *welfare* è la stratificazione della società che essi promuovono

*Il welfare state non è solamente un meccanismo che interviene, possibilmente correggendola, nella struttura dell'ineguaglianza; è, a pieno titolo, un sistema di stratificazione. Esso riordina in modo attivo e diretto i sistemi di classificazione (Esping-Andersen, 1988).*

Il sistema inoltre viene modificato dal cambiamento strutturale delle classi. Ad esempio, un servizio distribuito con modalità egualitaria a pari condizioni a tutta la popolazione in una particolare condizione potrà determinare con il tempo, attraverso la stipula

---

<sup>15</sup> È vero però che pare esista una stretta correlazione fra la grandezza del *welfare state* intesa come spesa sociale sul PIL e la forza o l'inclusione dei diritti sociali coperti dal sistema. Hekkila M., Kuivalainen, S., 2002.

da parte dei cittadini più abbienti di assicurazioni private o altre forme di *benefit* privati, il sovrapporsi di altri servizi. La natura del servizio ne uscirà pertanto cambiata, divenendo espressione di un sistema dualistico e pertanto non egualitario.

*Ognuno di questi modelli si caratterizza per un equilibrio particolare fra Stato, famiglia e mercato quali agenzie responsabili della produzione e distribuzione delle risorse e del welfare (il benessere) in un determinato momento. All'interno di tale processo lo Stato svolge un ruolo preminente in quanto - oltre a definire direttamente l'indirizzo della gran parte delle risorse - definisce anche il ruolo delle altre agenzie in termini relativi attraverso leggi che definiscono responsabilità specifiche (Kazepov, 2002).*

Come dire: anche in un sistema che non è più di *welfare state* puro ma nel quale si attua un complesso intreccio di erogazione e distribuzione di servizi sociali e sanitari fra forze pubbliche, private, terzo settore e mercato, il ruolo rivestito dallo Stato rimane comunque rilevante e determinante.

Non va dimenticato che le diverse combinazioni di Stato e mercato non possano essere astratte dai sistemi politici, culturali e sociali nei quali si collocano, ma è anche vero che

*in Europa, sull'onda dell'esperienza britannica il tipo di intervento più diffuso e significativo ha riguardato l'introduzione di una maggiore competizione dal lato dell'erogazione dei servizi con la creazione dei quasi-mercati, che presuppone, peraltro, la separazione fra erogatori e finanziatori (Pizzuti, 2002).*

Secondo quanto evidenziato da Ascoli e Ranci (2002), queste modifiche al *welfare state* sono trasversali a tutti i modelli e non possono più essere viste come una semplice *devolution* del potere guidata da ideologie neoliberali e sostenitrici di un modello di *welfare* che sposti le competenze da un piano nazionale a uno locale o da uno pubblico a uno privato. Questa *devolution*, che si è attuata ovunque e che ha comportato la strutturazione di sistemi di *welfare* sempre più connotati come sistemi di mercato sociale, riflette piuttosto la necessità di rispondere ai nuovi bisogni emergenti, riallineando le strutture esistenti attraverso processi che non rinnegano necessariamente la struttura dello Stato ma la ridefiniscono, in un complesso *mix* di politiche e in un mosaico di competenze condivise con attori diversi.

L'evolversi dei contesti politici di riferimento e lo strutturarsi di nuovi livelli di governo locale con corresponsabilità istituzionale e normativa fra livelli politici diversi in merito ad aspetti precisi del *welfare*, nonché l'ampliarsi e il differenziarsi delle politiche di *welfare* (dalle politiche sanitarie a quelle assistenziali, da quelle sociali a quelle pensionistiche) portate avanti da diversi paesi europei inducono a riflettere e a considerare due diversi livelli di *welfare*:

- quello istituzionale e nazionale, degli Stati nazione;
- quello locale, realizzato da Regioni, Contee o Province a seconda della struttura amministrativa del Paese in esame.

Da un lato si ha quindi la crescente localizzazione delle politiche del *welfare* che determinano la costruzione del sistema attraverso un processo negoziato di mediazione fra attori diversi:

*La tendenza sempre più accentuata dei sistemi di welfare a esternalizzare funzioni e servizi pubblici, delegandoli ai soggetti del terzo settore, implica il coordinamento fra questi e gli enti pubblici, che mantengono la responsabilità della progettazione delle politiche pubbliche (Kazepov, Sabatinelli, 2002).*

Dall'altro lato si assiste invece a un processo di aumentata interdipendenza fra le politiche e a una maggiore articolazione fra politiche di competenza locale e politiche attribuite al livello nazionale. Per queste ragioni la classificazione dei modelli di *welfare* qui presentata tenterà, quando possibile, di evidenziarne sia gli aspetti istituzionali che quelli locali.

### **3.3. Primo modello: il regime socialdemocratico dei paesi scandinavi (Finlandia, Svezia e Danimarca)**

Rappresenta il modello di *welfare* storicamente più recente, giunto a compimento tra gli anni '30 e '50 ma definitosi come "regime socialdemocratico" solo nella seconda metà degli anni '60. Nel cinquantennio precedente, la politica di *welfare* adottata dai paesi del nord Europa era infatti pressoché identica a quella adottata nei paesi liberali: analizzando la situazione in Gran Bretagna e Svezia nei primi anni '50 non si riscontrano differenze significative.

Dagli studi di Korpi (1993) emerge che

*il welfare state socialdemocratico si impegna a realizzare la più ampia protezione dei rischi possibile, a erogare sussidi generosi e a promuovere l'uguaglianza.*

In questo modello i diritti alle prestazioni dello Stato - sanitarie, sociali o di mera assistenza - sono riconosciuti agli individui in base alla cittadinanza e non si relazionano alla contribuzione effettuata, ai rapporti di lavoro intrattenuti o alla prova e alla verifica della condizione di bisogno.

Questo modello si struttura su una politica indirizzata a promuovere uno sforzo attivo e esplicito di demercificazione del benessere degli individui, riducendo al minimo - se non abolendo - la loro dipendenza dal mercato.

*Secondo il modello solidarista e universalista sono garantiti i servizi essenziali per tutti in base al principio: si paga in rapporto alla capacità contributiva, in favore di tutti nei momenti del bisogno (Castegnaro et al., 2000).*

È vero però che lo spartiacque della demercificazione non separa tanto il regime socialdemocratico da tutti gli altri, quanto i regimi liberali dagli altri tre modelli, socialdemocratico incluso.

Il modello scandinavo è pertanto un regime di *welfare* dominato dallo Stato. È possibile quindi evidenziare come sue caratteristiche proprio l'universalismo, la defamilizzazione e il ruolo secondario svolto dal mercato.

*Nel modello socialdemocratico lo Stato assume un ruolo centrale quale meccanismo redistributivo sgravando la famiglia da tale ruolo e correggendo le distorsioni del mercato. Le politiche sociali sono universalistiche, ovvero indirizzate a tutti i cittadini in quanto tali (Kazepov, 2000).*

I regimi socialdemocratici hanno un'altra caratteristica precisa: possiedono infatti una notevole infrastruttura di servizi dedicati alla famiglia, ai bambini, agli anziani. È su questa base di servizi che è stato possibile - nell'ultimo quarantennio - realizzare la forte espansione dell'occupazione pubblica, oggi equivalente al 30% della forza lavoro, quantità più che doppia rispetto alla media dei paesi OCSE. Vi è inoltre un tasso relativamente basso di povertà.

<b>Tasso di povertà, anno 2000</b>	<b>(%)</b>
Europa (15 paesi)	9
Finlandia	5
Danimarca	6
Italia	11
Portogallo	13
Spagna	11

Fonte: Eurostat, 2003.

\* La povertà è stata considerata come privazione relativa, ovvero reddito inferiore al 60% della mediana del paese di riferimento.

Su questi stessi presupposti, gli stati socialdemocratici hanno tentato di raggiungere uno degli obiettivi per loro prioritari: la piena occupazione della cittadinanza. Il tendere a questo obiettivo ha determinato loro l'appellativo di paesi a politica produttivista, ovvero paesi nei quali vige una politica indirizzata a massimizzare le capacità produttive dei cittadini. A questo proposito va rilevato che alcune delle recenti comunicazioni della Commissione europea in materia di politica occupazionale e politica sociale e alcuni dei programmi comunitari istituiti risentono senz'altro dell'influenza scandinava esercitata, anche recentemente, all'interno della stessa Commissione europea, come si evince da alcune misure indirizzate all'adozione di politiche *welfare-to-work*.

L'obiettivo della piena occupazione è stato incentivato anche da intense politiche attive del lavoro perseguite attraverso congrui stanziamenti di risorse e ampia copertura di programmi di formazione, qualificazione e promozione del lavoro.

Malgrado la forte crisi relativa alla disoccupazione di cui tutti i paesi - compresi quelli scandinavi - soffrono da almeno un ventennio, va rilevato che nei paesi nordici l'occupazione registra tassi fra il 75 e l'80% e include una forte percentuale di popolazione femminile.

*All'apparenza, può sembrare che questa politica rimandi a ciò che gli americani chiamano workfare. In realtà, si tratta di politiche profondamente diverse. I programmi di workfare degli Stati Uniti subordinano l'erogazione dei sussidi sociali alla disponibilità degli eventuali beneficiari ad accettare un posto di lavoro. Di contro, il "produttivismo" dei paesi del nord impegna gli stati sociali a offrire a tutti i cittadini le risorse necessarie a lavorare e le motivazioni appropriate (Esping-Andersen, 1996b, p. 139).*

In questi paesi, rispetto alla politica locale si riscontra l'esistenza di un contesto istituzionale relativamente omogeneo in tutte le città, malgrado le varie misure di attivazione aumentino il grado di diversificazione. La fruizione dei sussidi può essere sia di breve che di lungo periodo a seconda dei contesti, e l'effetto redistributivo delle politiche sociali locali è generalmente alto.

### **3.4. Secondo modello: il regime liberale dei paesi anglosassoni (Regno Unito, Irlanda)**

Il modello del regime liberale si struttura attorno a variazioni di *welfare* finalizzate a far sì che l'impegno politico riesca a ridurre al minimo i compiti dello Stato, a individualizzare i rischi e a promuovere soluzioni di mercato. L'esempio tipico, seppure esterno al contesto europeo, è rappresentato dal regime socio-sanitario statunitense.

Attorno al modello liberale tendono a raggrupparsi tutti i paesi anglosassoni (Castles, 1993).

Esso è concepito come modello che interviene quando sia la famiglia sia il mercato hanno fallito nel processo di allocazione delle risorse disponibili; rappresenta pertanto un sistema di *welfare* di tipo residuale.

Una caratteristica peculiare del sistema liberale è il modesto livello di demercificazione, con garanzie di *welfare* generalmente limitate agli individui ad alto rischio e subordinate alla verifica della condizione del bisogno. In questa ottica si può sottolineare come da un punto di vista storico il modello liberale è figlio del sostegno ai poveri attuato nel XIX secolo. Per questo motivo, tra i possibili indicatori del modello liberale uno dei più consoni ed efficaci

*è rappresentato dal peso relativo dei programmi basati sul bisogno rispetto a quelli fondati sui diritti di cittadinanza. È quanto in effetti i confronti internazionali dimostrano: su ogni altro tipo di intervento i welfare state liberali tendono a privilegiare l'assistenza sociale selettiva [...]; nel pacchetto totale delle misure di protezione sociale, l'assistenza rappresenta l'elemento principale o uno dei principali in Australia, Canada, Irlanda, Nuova Zelanda, Gran Bretagna e Stati Uniti; essa copre [...] circa il 40% in Irlanda e Stati Uniti e tra il 20 e il 30% in Canada e Gran Bretagna. Il paese non liberale che in questa classifica viene subito dopo è la Germania, e tuttavia a sua spesa in assistenza non supera il 12 per cento (Esping-Andersen, 1996b, p. 130).*

In questi paesi, se fallisce il mercato intervengono programmi statali per coloro che sono considerati ad alto rischio di esclusione sociale, ovvero il modello di per sé incentiva lo strutturarsi di dualismi: da un lato coloro che sono tenuti a cavarsela da soli sul mercato, cioè i lavoratori considerati a basso rischio; dall'altro coloro che, in quanto individui ad alto rischio, sono destinati invece a diventare dipendenti dal sistema di *welfare*.

Benché in alcuni paesi come l'Irlanda e la Gran Bretagna sia prevista l'esistenza di un sistema sanitario nazionale e universale, anche in campo strettamente sanitario è presente una forte componente di mercato nella quale le organizzazioni private, siano esse erogatrici di servizi o assicurazioni sanitarie private, *profit* o non *profit*, giocano un ruolo davvero rilevante.

A livello di politica di *welfare* locale è presente un'alta stigmatizzazione della fruizione dei sussidi assistenziali: essa può anche essere di lungo periodo ma è poco efficace nel contrastare la dipendenza dal *welfare*, e le politiche di attivazione sono obbligatorie e punitive. L'effetto redistributivo è normalmente alto anche se il livello delle prestazioni rimane basso.

### **3.5. Terzo modello: il regime corporativo dei paesi dell'Europa centrale (Germania, Austria, Olanda, Lussemburgo, Francia e Belgio)**

Il modello conservatore si struttura su antiche politiche basate sul corporativismo, sullo statalismo monarchico o sulla dottrina sociale della Chiesa.

La maggioranza dei paesi che lo hanno adottato ha organizzato la propria politica di *welfare* sul modello dell'assicurazione sociale della Germania imperiale e ora ha un sistema fortemente corporativo. A rivelare l'impronta conservatrice sono la socializzazione dei rischi e il familismo.

Per quanto riguarda l'offerta di servizi destinati alle famiglie, in questo modello si nota la strutturazione di un sistema residuale, anche se lo Stato interviene nel momento in cui la famiglia non è più in grado di ricevere e ottenere dal mercato ciò di cui ha bisogno. Il regime corporativo tende inoltre a favorire l'assistenza sociale e a innescare politiche passive del lavoro, capaci cioè di proteggere e preservare l'impiego dei lavoratori adulti e dei capofamiglia, o politiche istrionicamente miscelate con politiche attive del lavoro.

La sussidiarietà relativa alle politiche familistiche è invece di tipo attivo, volta a premiare chi si fa carico degli oneri di cura.

Nel regime corporativo lo stato sociale viene inteso in termini meritocratici e le politiche tendono a consolidare e riprodurre lo *status quo* raggiunto nel mercato del lavoro. Il ruolo della famiglia viene supportato dallo Stato attraverso misure di sussidiarietà attive di poco inferiori rispetto a quelle erogate nei modelli socialdemocratici. In questo contesto

*l'elemento distintivo del modello è pertanto la co-presenza di famiglia e Stato quali meccanismi regolativi preposti a correggere le distorsioni del mercato* (Kazepov, 2002).

Gli indicatori dei regimi corporativi chiariscono un contesto istituzionale nel quale lo Stato e la famiglia forniscono dunque, attraverso uno specifico *mix* di relazioni reciproche, un particolare insieme di risorse atto a proteggere le famiglie dai rischi sociali. La povertà viene mantenuta a livelli bassi e la relazione con il mercato è mediata dalla fornitura di beni pubblici.

Rispetto alle politiche locali si nota che, sebbene il contesto istituzionale di riferimento sia omogeneo, le misure di attivazione diversificano notevolmente gli ambiti di intervento correlati agli accordi locali istituiti in corrispondenza dei diversi contesti politici ed economici. Vi è inoltre la tendenza a omogeneizzare i criteri, ma la situazione rimane frammentata e l'effetto redistributivo permane moderato. Il ruolo svolto dalla famiglia riveste anche a livello locale un'importanza peculiare.

### **3.6. Quarto modello: il regime familistico dei paesi mediterranei (Spagna, Portogallo, Italia e Grecia)**

Il modello dei paesi mediterranei si fonda su una combinazione variegata delle caratteristiche degli altri modelli e presenta una elevata eterogeneità di possibili *mix* e politiche socio-sanitarie strutturate con elementi appartenenti ai modelli sopra esposti. Per esempio anche qui, come nel modello corporativo, una parte significativa dell'assistenza sanitaria non è pubblica, e spesso nemmeno privata nell'accezione più pura del termine, in quanto al posto dello Stato operano frequentemente associazioni di volontariato non *profit* legate al mondo cattolico (ad esempio la Caritas).

I paesi mediterranei sono caratterizzati inoltre da un forte familismo di tipo passivo. Un sistema di *welfare* è familistico se fonda la propria protezione sociale sul maschio quale principale percettore del reddito e se attribuisce alla famiglia la responsabilità del benessere dei suoi membri e i principali compiti di cura, attraverso normative basate sul principio di sussidiarietà. In termini di applicazione reale si verifica, ad esempio, che:

- esiste l'obbligo dei genitori a soccorrere i figli e viceversa;
- non è prevista l'assistenza sociale se i genitori sono in condizione di aiutare i figli;
- i sussidi o gli esoneri destinati a prestazioni sanitarie sono calcolati in base al reddito percepito dall'intero nucleo familiare, ecc.

*Questi stati sociali mostrano un'ostinata riluttanza a fornire servizi di cura, e quanto più familistici sono, tanto più bassi risultano essere gli assegni familiari che erogano. Certi che i capifamiglia ricevano un reddito familiare, considerano superflui i trasferimenti al nucleo, e poiché assumono che tutte le famiglie si conformino al modello del maschio lavoratore, a favore dei nuclei "atipici", ad esempio le madri sole, prevedono trasferimenti non più che residuali (Esping-Andersen, 1996b, p. 143).*

La famiglia infatti gioca un ruolo fondamentale anche se le politiche sociali miranti al suo sostegno sono ancora deboli: la famiglia viene implicitamente sovraccaricata di responsabilità sociali senza ottenere le necessarie risorse in un processo di chiara sussidiarietà passiva. A livello di indicatori statistici, questi paesi presentano alcuni tratti indicativi in comune: i contributi destinati alle famiglie sono molto bassi, i servizi in natura sono rari e frammentati a livello di politiche locali, il tasso di disoccupazione giovanile è alto, quello dell'occupazione femminile è più basso che nel resto d'Europa, così come più basso è il tasso dei divorzi e dei bambini nati fuori dal contesto matrimoniale.

In questi paesi il valore dell'indice di Gini<sup>16</sup> è alto, a indicare una iniqua distribuzione del reddito. Il tasso di fertilità è basso in quanto diviene sempre più costoso avere famiglie numerose (De Sandre *et al.*, 1999).

In questi paesi predomina un modello di relazioni familiari e di parentela nel quale sono le donne a prendersi cura dei non autonomi (bambini, malati, disabili, anziani). Il sistema di *welfare* interviene quando la famiglia dimostra di non essere in grado di provvedere da sola ai propri bisogni. L'assistenza sociale nell'Europa del sud assume pertanto carattere estremamente residuale: è l'altra faccia del forte familismo presente.

Secondo Ferrera (1993) questo modello ha inoltre un sistema caratterizzato da una particolare pratica distributiva che si basa su uno sfruttamento pervasivo dei sussidi sociali per obiettivi di tipo clientelare, culminante pertanto in un utilizzo perverso dei programmi di *welfare*. Questi paesi hanno quindi sofferto di statalismo debole derivante dall'incapacità dell'*élite* politica ed economica di stringere alleanze strategiche per lo sviluppo del paese.

Le misure assistenziali, in particolare quelle relative ai programmi di reddito minimo,

*sono rivolte a soggetti già fortemente marginalizzati, le cui carriere assistenziali, lunghe o corte che siano, assumono soprattutto una funzione di mantenimento* (Ranci, 2002).

A livello di politica locale si riscontrano soluzioni molto innovative e istituzionalmente consolidate (soprattutto nelle città più ricche) o viceversa la totale mancanza di qualsiasi forma di supporto.

### **3.7. Tabelle**

A completamento delle descrizioni dei modelli di *welfare*, si riportano alcune tabelle di dati particolarmente utili a definire e contestualizzare i sistemi presenti in Europa.

---

<sup>16</sup> È un indice di concentrazione che viene usato in statistica per misurare in che modo un bene divisibile è diviso tra la popolazione; nell'ambito della statistica economica o sociale si possono portare come esempio di beni divisibili la ricchezza e il patrimonio



Popolazione a rischio di povertà, 2000. Famiglie con un reddito *pro capite* inferiore al 60% del reddito mediano delle famiglie nel paese in questione.  
Valori percentuali

		Paesi															
		AT	BE	DK	DE	EL	ES	FI	FR	IE	IT	LU	NL	PT	SE	UK	UE15
Senza figli	Adulti soli 30-64	12,7	14,6	35,0	18,8	15,0	21,0	30,7	17,0	33,0	16,0	10,2	18,9	28,0	24,1	21,2	17,8
	Adulti soli >64	35,0	27,8	40,0	19,0	38,0	43,0	45,0	27,0	79,0	20,0	7,0	3,0	46,0	17,0	35,0	29,0
	Coppia almeno una persona >64	18,0	26,0	22,0	7,0	36,0	24,0	8,0	16,0	37,0	14,0	8,0	5,0	32,0	4,0	17,0	16,0
	Coppia entrambi <65	10,0	8,0	5,0	8,0	17,0	14,0	5,0	11,0	14,0	12,0	6,0	4,0	13,0	5,0	9,0	10,0
	3 adulti	7,0	8,0	7,0	5,0	18,	8,0	10,0	12,0	8,0	15,0	5,0	9,0	10,0	-	5,0	9,0
Con figli	Adulto solo	23,0	25,0	10,0	36,0	37,0	42,0	11,0	35,0	42,0	23,0	35,0	45,0	39,0	16,0	50,0	35,0
	Coppia	10,2	8,9	4,9	11,0	14,0	24,7	5,0	14,4	26,2	21,7	16,2	11,2	20,2	7,2	15,8	15,7
	3 adulti	9,0	15,0	4,0	11,0	23,0	18,0	7,0	14,0	10,0	24,0	26,0	18,0	23,0	-	13,0	16,0
Tutte le famiglie		12,0	13,0	11,0	11,0	20,0	19,0	11,0	15,0	21,0	19,0	12,0	11,2	20,0	10,0	17,0	15,0

Fonte: Eurostat, ECHP, novembre 2003.

Tasso di disoccupazione di lungo periodo come percentuale sulla popolazione attiva

	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
EU (15 paesi)	4,4	5,0	4,9	4,9	4,8	4,4	3,9	3,4	3,1	3,1	3,3	3,4
Zona Euro (12 paesi)	4,6	5,3	5,3	5,4	5,4	5,0	4,5	3,9	3,6	3,6	3,9	4,1
Belgio	4,5	5,6	5,8	5,7	5,4	5,6	4,9	3,7	3,2	3,6	3,6	3,8
Danimarca	2,6	2,5	2,0	1,8	1,5	1,3	1,0	1,0	0,9	0,9	1,1	1,2
Germania	3,1	3,7	3,9	4,1	4,6	4,5	4,1	3,7	3,7	3,9	4,5	5,5
Grecia	4,2	4,4	4,6	5,2	5,3	5,8	6,5	6,2	5,5	5,3	5,3	5,6
Spagna	9,2	11,0	10,5	9,7	8,9	7,6	5,8	4,7	3,9	3,9	3,9	3,5
Francia	3,9	4,5	4,4	4,5	4,7	4,5	4,1	3,5	3,0	3,1	3,7	3,9
Irlanda	9,5	9,2	7,6	7,0	5,6	3,9	2,4	1,6	1,3	1,3	1,5	1,6
Italia	5,7	6,5	7,1	7,3	7,3	6,7	6,7	6,3	5,7	5,1	4,9	4,0
Lussemburgo	0,8	0,9	0,7	0,8	0,9	0,9	0,7	0,6	0,6	0,8	0,9	1,0
Paesi Bassi	3,3	3,3	3,1	3,0	2,3	1,5	1,2	0,8	0,6	0,7	1,0	1,6
Austria	-	1,1	1,0	1,2	1,3	1,3	1,2	1,0	0,9	1,1	1,2	1,2
Portogallo	1,8	2,6	3,1	3,3	3,2	2,2	1,8	1,7	1,5	1,7	2,2	3,0
Finlandia	-	-	-	-	4,9	4,1	3,0	2,8	2,5	2,3	2,3	2,1
Svezia	1,4	2,3	2,3	2,7	3,1	2,6	1,9	1,4	1,0	1,0	1,0	1,2
Regno Unito	4,2	4,1	3,6	3,1	2,5	1,9	1,7	1,4	1,3	1,1	1,1	1,0

Fonte: Eurostat, 2004.

Percentuale di occupazione

	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
EU (15 paesi)	60,1	59,8	60,1	60,3	60,7	61,4	62,6	63,5	64,1	64,3	64,4	64,8
Zona Euro (12 paesi)	58,2	57,8	58,0	58,1	58,4	59,2	60,4	61,5	62,2	62,4	62,6	63,1
Belgio	55,8	55,7	56,1	56,2	56,8	57,4	59,3	60,5	59,9	59,9	59,6	60,3
Danimarca	72,1	72,3	73,4	73,8	74,9	75,1	76,0	76,3	76,2	75,9	75,1	75,7
Germania	65,1	64,7	64,6	64,1	63,7	63,9	65,2	65,6	65,8	65,4	65,1	65,5
Grecia	53,7	54,2	54,7	55,0	55,1	56,0	55,9	56,5	56,3	57,5	58,7	59,4
Spagna	46,6	46,1	46,9	47,9	49,4	51,2	53,7	56,2	57,7	58,4	59,7	60,9
Francia	59,3	59,1	59,5	59,5	59,6	60,2	60,9	62,1	62,8	63,0	63,2	63,1
Irlanda	51,7	53,0	54,4	55,4	57,6	60,6	63,3	65,2	65,8	65,5	65,5	66,3
Italia	52,3	51,4	51,0	51,2	51,3	52,0	52,7	53,7	54,8	55,5	56,1	57,6
Lussemburgo	60,8	59,9	58,7	59,2	59,9	60,5	61,7	62,7	63,1	63,4	62,7	61,6
Paesi Bassi	63,6	64,0	64,7	66,3	68,5	70,2	71,7	72,9	74,1	74,4	73,6	73,1
Austria	-	68,5	68,8	67,8	67,8	67,9	68,6	68,5	68,5	68,7	69,0	67,8
Portogallo	65,1	64,1	63,7	64,1	65,7	66,8	67,4	68,4	69,0	68,8	68,1	67,8
Finlandia	61,0	60,3	61,6	62,4	63,3	64,6	66,4	67,2	68,1	68,1	67,7	67,6
Svezia	71,3	70,2	70,9	70,3	69,5	70,3	71,7	73,0	74,0	73,6	72,9	72,1
Regno Unito	67,4	67,9	68,5	69,0	69,9	70,5	71,1	71,5	71,7	71,7	71,8	71,6

Fonte: Eurostat, 2004

Spesa pubblica per categoria economica, 1995 e 2002

	Beni e servizi		Di cui remunerazione salariale		Prestazioni sociali		Interessi sul debito		Altri trasferimenti e sussidi		FLCF		Spesa totale		Entrate totali		Saldo di bilancio	
	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002
<b>UE 15</b>	20,7	20,6	11,1	10,4	5,4	3,4	5,4	3,4	6,7	4,2	2,6	2,2	51,3	47,4	46,1	45,5	- 5,2	- 1,9
<b>AT</b>	20,4	18,6	12,6	9,7	4,4	3,6	4,4	3,6	7,6	8,3	3,1	1,3	57,3	51,7	52,0	51,3	- 5,3	- 0,4
<b>BE</b>	21,4	22,3	11,9	12,0	9,3	6,1	9,3	6,1	4,6	4,7	1,8	1,6	52,8	50,3	48,5	50,4	- 4,3	0,1
<b>DK</b>	25,8	26,3	17,3	17,6	6,4	3,7	6,4	3,7	5,2	5,2	1,8	1,8	60,3	55,5	58,0	57,4	- 2,3	1,9
<b>DE</b>	19,8	19,2	9,0	7,9	3,7	3,1	3,7	3,1	11,5	4,8	2,3	1,6	49,6	46,3	46,1	45,0	- 3,5	- 1,3
<b>EL</b>	15,3	15,8	11,3	11,9	11,7	5,5	11,7	5,5	3,4	3,4	3,2	3,8	49,4	46,9	39,3	45,6	-10,1	- 1,3
<b>ES</b>	18,1	17,6	11,3	10,3	5,2	2,8	5,2	2,8	4,4	3,9	3,7	3,4	45,0	39,8	38,4	39,9	- 6,6	0,1
<b>FI</b>	22,8	21,7	15,2	13,5	4,0	2,2	4,0	2,2	5,2	4,0	2,8	2,9	59,6	50,0	55,7	54,2	- 3,9	4,2
<b>FR</b>	23,9	23,9	13,7	13,7	3,6	3,1	3,6	3,1	4,4	4,0	3,3	3,1	55,1	53,5	49,6	50,3	- 5,5	- 3,2
<b>IE</b>	16,4	15,1	10,2	8,3	5,4	1,4	5,4	1,4	4,7	3,9	2,3	4,4	41,5	33,3	39,4	33,1	- 2,1	- 0,2
<b>IT</b>	17,9	18,8	11,2	10,7	11,5	5,8	11,5	5,8	4,9	3,8	2,1	1,8	53,4	47,7	45,8	45,2	- 7,6	- 2,5
<b>LU</b>	18,4	18,1	9,7	8,6	0,4	0,3	0,4	0,3	6,4	6,2	4,6	4,7	45,5	44,4	47,6	46,8	2,1	2,4
<b>NL</b>	24,0	24,5	10,8	10,5	5,9	3,1	5,9	3,1	8,1	3,8	3,0	3,3	51,4	47,5	47,3	45,9	- 4,1	- 1,6
<b>PT</b>	18,6	21,1	13,6	15,4	6,3	3,0	6,3	3,0	4,4	5,4	3,7	3,4	45,0	46,1	39,6	43,3	- 5,4	- 2,8
<b>SE</b>	27,3	28,0	16,7	16,3	6,6	3,2	6,6	3,2	6,4	3,9	4,0	3,2	67,7	58,5	60,3	59,5	- 7,4	1,0
<b>UK</b>	19,6	20,0	8,3	7,6	3,7	2,1	3,7	2,1	3,8	3,8	2,0	1,3	44,6	40,7	38,9	39,4	- 5,7	- 1,3

Fonte: Eurostat, ECHP, novembre 2003.

Spesa pubblica per funzione, 1995 e 2001

	<b>Totale</b>		<b>Servizi generali</b>		<b>Ambiente</b>		<b>Sanità</b>		<b>Istruzione</b>		<b>Protezione sociale</b>		<b>Altro</b>	
	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>	<b>1995</b>	<b>2001</b>
<b>UE 15</b>	52,9	46,9	8,2	6,8	0,8	0,7	6,2	6,3	5,2	5,0	20,0	18,8	12,5	9,3
<b>BE</b>	52,8	49,5	12,1	10,2	0,7	0,8	6,2	6,6	6,4	6,2	18,6	17,2	8,8	8,5
<b>DK</b>	60,3	55,3	10,8	8,6	-	-	5,1	5,4	7,7	8,3	26,8	24,4	9,6	9,0
<b>DE</b>	56,1	48,3	6,7	6,3	1,0	0,6	6,4	6,4	4,5	4,2	21,3	21,8	16,2	9,0
<b>EL</b>	51,0	47,8	16,8	10,3	0,5	0,6	3,4	3,7	3,3	3,1	18,3	19,4	8,7	10,1
<b>ES</b>	-	39,4	-	10,5	-	0,9	-	5,3	-	4,3	-	13,4	-	10,0
<b>FR</b>	55,1	52,5	6,3	6,4	1,1	1,3	7,9	7,9	6,3	6,0	21,5	20,4	12,0	10,5
<b>IE</b>	41,5	33,9	7,3	3,8	0,0	-	6,2	6,3	5,1	4,3	13,6	9,5	9,1	10,1
<b>IT</b>	53,4	48,5	14,1	9,6	0,7	0,9	5,5	6,4	4,9	5,0	18,7	17,8	9,5	8,8
<b>LU</b>	45,5	39,1	4,6	4,7	1,5	1,1	5,6	4,9	5,0	4,7	19,2	17,1	9,6	6,4
<b>NL</b>	46,4	46,6	10,0	8,2	0,8	0,7	3,9	4,1	5,1	4,8	20,7	17,5	15,9	11,3
<b>AT</b>	57,3	51,8	9,3	8,5	1,4	0,4	7,6	6,1	6,5	5,7	22,6	21,5	9,9	9,6
<b>PT</b>	45,0	46,2	8,7	6,7	0,4	0,7	5,3	6,8	6,5	7,0	12,5	13,6	11,6	11,4
<b>FI</b>	59,6	49,1	7,0	6,4	0,3	0,3	6,2	6,0	7,3	6,5	26,0	20,6	12,8	9,3
<b>SE</b>	67,7	57,1	11,9	8,8	0,2	0,3	6,4	6,8	7,1	7,3	27,2	23,8	14,9	10,1
<b>UK</b>	43,5	39,2	5,7	4,3	0,3	0,5	5,6	6,1	4,5	4,6	17,3	16,0	10,1	7,7

Fonte: Eurostat, ECHP, novembre 2003.



## 4. Accessibilità ai servizi socio-sanitari in Europa

### 4.1. Comunità europea

Gli strumenti in favore dell'uguaglianza sottoscritti e attivati dalla Comunità europea (vedi anche *Capitolo 2*) sono l'articolo 13 del Trattato di Amsterdam e il Protocollo n. 12 del Consiglio d'Europa.

L'approccio di entrambi propone un impegno comune per combattere la discriminazione e per beneficiare dello scambio di esperienze e di buone prassi tra i diversi ambiti e i differenti paesi. Oltre a fornire una base più efficace per affrontare situazioni di discriminazione multipla, consente di adottare impostazioni giuridiche e politiche comuni, fondandosi sulla premessa che la parità di trattamento e il rispetto della diversità interessano la società tutta.

La Comunità europea ha inoltre attivato una serie di programmi miranti alla lotta alla discriminazione. Durante la Conferenza di Lisbona del 2000 uno degli obiettivi prioritari decisi a livello comunitario è stato quello relativo alla modernizzazione del sistema sociale europeo, all'investire sulle persone e alla lotta all'esclusione sociale. La Conferenza di Lisbona ha sviluppato un nuovo metodo di coordinamento che si realizza attraverso l'utilizzo di due strumenti diversi: da un lato i piani di azione nazionale per combattere la povertà e l'esclusione sociale (NAPS), dall'altro i programmi comunitari per incoraggiare a cooperare e combattere l'esclusione. Il programma attualmente in corso *Community action programme to combat discrimination* - relativo al periodo 2001-2006 e strutturato in parallelo all'altro programma *Community action programme to encourage cooperation between Member States to combat social exclusion (2002-2006)* inerente la cooperazione fra paesi e la lotta all'esclusione sociale - fornisce tutte le linee attuative della politica comunitaria in materia.

Le misure contro la discriminazione rientrano inoltre tra gli obiettivi fondamentali dell'Unione europea e sono sancite dall'articolo 3 della Costituzione europea attualmente in via di approvazione e sottoscrizione.

#### **4.1.1. Diritto all'accesso ai servizi sociali e sanitari e alla cura per tutta la popolazione**

L'accesso a un libero e indiscriminato accesso ai servizi sociali e sanitari viene ribadito nella Direttiva comunitaria 2000/43 al Preambolo che esprime:

*per assicurare lo sviluppo di società democratiche e tolleranti che permettano la partecipazione di tutte le persone indipendentemente dalla loro origine razziale o etnica, le azioni specifiche nel campo della discriminazione basata su origine razziale o etnica, devono andare oltre l'accesso al mondo del lavoro e*

*all'imprenditorialità e coprire aree come l'educazione, la protezione sociale, la sicurezza sociale e l'assistenza sanitaria, i vantaggi sociali e l'accesso e la fornitura di beni e servizi.*

#### **4.1.2. Accesso ai servizi socio-sanitari per particolari gruppi di persone**

*Immigrati, rifugiati politici e richiedenti asilo*

Rispetto ai rifugiati politici esiste una politica, strutturata fin dalle prime risoluzioni comunitarie del 1999 in materia di asilo, ribadita nell'articolo 18 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e infine dettagliatamente espressa nel Regolamento (CE) 343/2003, che all'articolo 2 stabilisce i criteri e i meccanismi da utilizzare per esaminare le domande di asilo presentate in uno degli Stati membri da parte di un cittadino di un paese terzo.

*Una politica comune nel settore dell'asilo, che preveda un regime europeo comune in materia di asilo, costituisce un elemento fondamentale dell'obiettivo dell'Unione europea di istituire progressivamente uno spazio di libertà, sicurezza e giustizia aperto a quanti, spinti dalle circostanze, cercano legittimamente protezione nella Comunità.*

*Malati mentali*

Con la sottoscrizione del *Patto sui diritti economici, sociali e culturali (CESCR)*, i paesi sottoscrittori, cioè tutti gli Stati europei, dichiarano l'importanza di un equo accesso ai servizi per la salute mentale, considerata componente importante del più ampio diritto alla salute:

*la creazione di condizioni che assicureranno tutti i servizi medici e le attenzioni mediche in caso di malattia, sia fisica che mentale, include la fornitura di [...] appropriati trattamenti e cure inerenti la salute mentale (CESCR, General Comment 14).*

Il problema della malattia mentale è stato più volte affrontato dalla Comunità europea tramite, ad esempio, la *Risoluzione del Consiglio del 18 novembre 1999 sulla promozione della salute mentale* e la *Risoluzione del Consiglio del 29 giugno 2000 sull'azione relativa ai fattori determinanti per la salute*, fra cui si citano i fattori inerenti la salute mentale.

Anche le *Conclusioni del Consiglio del 15 novembre 2001 per combattere i problemi legati allo stress e alla depressione (2002/C 6/01)* parlano di malattia mentale:

*Il Consiglio dell'Unione europea [...] invita gli Stati membri a [...] agire perché nei servizi sanitari di base, come pure in altri servizi sanitari e nei servizi sociali, migliori la conoscenza della promozione della salute mentale e della prevenzione dei problemi legati allo stress e alla depressione.*

Il 2003 però ha segnato un ulteriore passo avanti rispetto alla lotta alla discriminazione dei malati mentali. Infatti, nel mese di giugno il Consiglio ha adottato le conclusioni sulla lotta alla stigmatizzazione e alla discriminazione in relazione alle malattie mentali



presentate alla Conferenza *Malattie mentali e stigmatizzazione in Europa: affrontare le sfide dell'inserimento sociale e della parità*, organizzata dalla Presidenza e tenutasi ad Atene dal 27 al 29 marzo 2003. Nel documento dell'Unione europea si legge:

*Il Consiglio dell'Unione europea [...] invita gli Stati membri a:*

- *prestare particolare attenzione all'impatto dei problemi legati alla stigmatizzazione e alla discriminazione causati dalle malattie mentali in tutte le fasce di età e assicurarsi che tali problemi siano riconosciuti;*
- *[...] intraprendere azioni intese a combattere la stigmatizzazione e a promuovere l'inserimento sociale nel quadro di un partenariato e di un dialogo attivi con tutti i partecipanti al fine di incoraggiare un approccio integrato e coordinato.*<sup>17</sup>

### *Disabili*

Alla fine degli anni '80 le Nazioni Unite hanno predisposto due strumenti normativi - *Principles for the Protection of Person with Mental Illnesses and the Improvement of Mental Health Care (PPPM)* e *Standard Rules on the Equalisation of Opportunities for Persons with Disabilities (StR)* - che sono stati recepiti in Europa attraverso la Risoluzione 48/96 del 20 dicembre 1996<sup>18</sup> citata come *Norme standard per la parità di opportunità per i disabili* e ratificata da tutti i Paesi europei. Sebbene questo sia il principale strumento relativo alla disabilità, esistono anche altri documenti sui diritti dei disabili e sugli approcci europei alla disabilità:

*il vecchio approccio di tipo medico sta ora cedendo il passo a un nuovo approccio sociale che pone maggiormente l'accento sull'individuazione e l'eliminazione delle molteplici barriere alle parità di opportunità e alla piena partecipazione a tutti gli aspetti della vita per le persone con disabilità.*<sup>19</sup>

Il 10 maggio 2000 la Commissione ha votato la Comunicazione *Verso un'Europa senza ostacoli per i disabili* nella quale essa si impegna a elaborare e sostenere una strategia globale per affrontare gli ostacoli a livello sociale, architettonico e concettuale che impediscono ai disabili la piena partecipazione alla vita civile.<sup>20</sup>

Inoltre l'articolo 21 della *Carta dei diritti fondamentali* proclamata al Consiglio europeo di Nizza il 7 dicembre 2000, stabilisce il divieto di qualsiasi discriminazione fondata sull'*handicap*. Essa inoltre sottolinea all'articolo 26

*il diritto dei disabili a beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità.*

---

<sup>17</sup> Tratto da 2512° Sessione del Consiglio *Occupazione, politica sociale, salute e consumatori*. Lussemburgo, 2-3 giugno 2003 - 9688/1/03 REV 1.

<sup>18</sup> *GUCE*, C12, 13 gennaio 1997.

<sup>19</sup> Comunicazione UE del 1996, COM(96) 406 def., 30 luglio 1996.

<sup>20</sup> Questo documento raccoglie anche tutte le indicazioni date dalla Comunità europea in materia di occupazione per i disabili e traccia un quadro di tutte le iniziative sostenute: eEurope, Employment, Horizon, Tide, Helios, ecc.

Anche alla luce della lotta alla discriminazione intrapresa con il Trattato di Amsterdam, si è cercato di individuare un approccio alla disabilità che fosse in grado di avere maggiori e migliori impatti, in termini di qualità ed efficacia, sulle realtà dei paesi europei, attraverso la *Raccomandazione volta ad autorizzare la partecipazione della Commissione ai negoziati per uno strumento internazionale giuridicamente vincolante per la promozione e la tutela dei diritti e della dignità delle persone con disabilità* elaborata il 31 gennaio 2003 dalla Commissione e rivolta al Consiglio.

*Finalità della presente Raccomandazione al Consiglio è autorizzare la Commissione a negoziare nel contesto delle prossime sessioni del comitato speciale delle Nazioni Unite istituito per "esaminare le proposte in vista dell'elaborazione di una convenzione internazionale globale e integrata per la promozione e la tutela dei diritti e della dignità delle persone con disabilità" e condurre tali negoziati per conto della Comunità europea. La competenza della Comunità è basata sull'articolo 13 del Trattato CE che conferisce alla Comunità la facoltà di intraprendere iniziative per combattere la discriminazione fondata sugli handicap. La Comunità si è già avvalsa di queste nuove facoltà, in particolare nel settore dell'occupazione e in quello delle condizioni di lavoro.*

Lo stesso documento afferma:

*la non discriminazione, nonché la parità di godimento di tutti i diritti umani da parte delle persone con disabilità, rappresenta attualmente il tema dominante e cruciale ai fini del cambiamento di atteggiamento nei confronti delle disabilità e delle persone disabili in tutto il mondo. La non discriminazione è intrinseca al principio di parità e si applica tanto alle forme dirette di discriminazione che a quelle indirette.*

Nel corso dell'Anno europeo delle persone con disabilità 2003, le organizzazioni dei rappresentanti dei disabili hanno invocato nuovi interventi contro la discriminazione fondata sugli *handicap* in settori diversi dall'occupazione. Nel piano di intervento *Pari opportunità per le persone con disabilità: un piano d'azione europeo* adottato nell'ottobre 2003,<sup>21</sup> la Commissione europea ha delineato la strategia generale che intende perseguire per continuare a sostenere i disabili negli altri ambiti della vita civile. Tale piano d'azione contempla una serie di iniziative finalizzate a promuovere l'accesso delle persone disabili all'occupazione e all'apprendimento permanente, nonché a sviluppare nuove tecnologie e a consentire l'accessibilità all'ambiente edificato. Il documento però non presenta sezioni specifiche dedicate ai servizi sociali o sanitari e alla fruizione di questi.

---

<sup>21</sup> COM(2003) 650 def., 30 ottobre 2003.

## Donne

*A partire dall'esperienza acquisita dalla UE nella lotta alla discriminazione sessuale, è divenuta, a metà degli anni '90, opinione diffusa che la Comunità europea dovesse combattere altre forme di discriminazione. Le organizzazioni della società civile e il Parlamento europeo hanno contribuito in maniera decisiva a portare avanti questo dibattito (Commissione europea, 2004a, p. 9).*

L'impegno dell'Unione europea nei confronti della parità sessuale risale al 1957, essendo sancito dal trattato costitutivo. È solo però con la *Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW)* che la lotta alle discriminazioni nei confronti delle donne diviene azione concreta. Essa sottolinea anche il diritto alla salute e a un equo accesso ai servizi.

*Gli Stati sottoscrittori prenderanno tutte le misure necessarie per eliminare la discriminazione nei confronti delle donne nel campo dell'assistenza sanitaria affinché sia possibile assicurare accesso ai servizi sanitari, su una base di uguaglianza fra uomini e donne (CEDAW, art. 12)*

La *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea* afferma a sua volta, in modo molto chiaro, la parità tra uomini e donne.

*La parità tra uomini e donne deve essere assicurata in tutti i campi, compreso in materia di occupazione, di lavoro e di retribuzione.<sup>22</sup>*

Inoltre, a parte le specifiche direttive inerenti il mondo del lavoro,<sup>23</sup> nella *Carta comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori* si sottolinea che:

*occorre intensificare ovunque sia necessario le azioni volte a garantire l'attuazione dell'uguaglianza tra uomini e donne, in particolare in materia di accesso al lavoro, di retribuzioni, di condizioni di lavoro, di protezione sociale, di istruzione, di formazione professionale e di evoluzione delle carriere (punto 16).*

Anche la Direttiva 2000/43<sup>24</sup> stabilisce in maniera inequivocabile la lotta alla discriminazione di genere:

*nel realizzare il principio dell'equo trattamento indipendentemente dalle origini razziali o etniche, la Comunità deve, in accordo all'articolo 3(2) del Trattato CE, indirizzarsi a eliminare le disuguaglianze e a promuovere l'uguaglianza fra uomini e donne, specialmente in quanto le donne sono spesso vittime di discriminazioni multiple (Preambolo).*

---

<sup>22</sup> *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, Nizza, 6 dicembre 2000. Capo III "Uguaglianza", art. 23 "Parità tra uomini e donne".

<sup>23</sup> *Direttiva comunitaria sull'equa remunerazione*, 75/117/EEC, 10 febbraio 1975; *Direttiva comunitaria sull'equo trattamento in riferimento all'impiego, alla formazione alla promozione e, in generale alle condizioni di lavoro*, 76/207/EEC, 9 febbraio 1976; *Accordo di revisione della Direttiva 207/1976* della primavera del 2002, in cui viene riconosciuta la molestia sessuale come forma di discriminazione sessuale.

<sup>24</sup> A questa Direttiva si affianca anche la Direttiva 97/80/CE del Consiglio del 15 dicembre 1997 riguardante l'onere della prova nei casi di discriminazione basata sul sesso.

Si è tentato inoltre di porre maggiore attenzione alla tematica trasversale della parità in tutte le politiche comunitarie attraverso la pubblicazione della Comunicazione della Commissione del 21 febbraio 1996 *Inserire le pari opportunità tra donne e uomini nel complesso delle politiche e azioni comunitarie*.<sup>25</sup> Questa Comunicazione ha fornito poi le basi per l'elaborazione dell'attuale V Programma quadro di azione delle iniziative a favore della parità fra i sessi (*Gender Equality Programme 2001-2005*) contenuto nella *Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni: Verso una strategia quadro comunitaria per la parità tra donne e uomini (2001-2005)*, che riporta:

*In numerosi casi, le donne non hanno accesso o possono accedere soltanto in modo limitato alle informazioni relative ai loro diritti sociali. Alcuni di questi diritti sono già stati inseriti nella legislazione europea. Le azioni intendono migliorare l'applicazione della legislazione comunitaria, in particolare in materia di tutela sociale e per quanto riguarda i congedi parentali, la protezione della maternità e l'orario di lavoro.*<sup>26</sup>

Per quel che riguarda specificatamente l'accesso ai servizi socio-sanitari è da menzionare la *Direttiva sugli schemi di sicurezza sociale obbligatori*<sup>27</sup> che introduce il principio dell'uguaglianza nell'area dell'assicurazione e sicurezza sociale, area che tradizionalmente vede il capofamiglia come lavoratore principale e pertanto come colui intitolato a detenere *benefit* sociali maggiori. Questa direttiva si riferisce ai lavoratori - dipendenti e autonomi - e fornisce indicazioni di equo trattamento fra i generi e le persone rispetto alla malattia, alla disabilità, all'anzianità, agli incidenti sul luogo di lavoro e alla disoccupazione. È la direttiva che, a esclusione dell'articolo 13 del Trattato di Amsterdam, più si avvicina all'assicurare equo accesso ai servizi socio-sanitari per tutte le donne.

Non esistono altri documenti comunitari specifici in materia, anche se la Commissione europea ha già avanzato una proposta, sulla scorta dei contenuti dell'articolo 13 del Trattato di Amsterdam, inerente una nuova direttiva sulla parità di trattamento tra donne e uomini specifica rispetto all'accesso a beni e servizi e nella fornitura di beni e servizi, attualmente in fase di discussione in Consiglio.<sup>28</sup>

---

<sup>25</sup> COM(96) 67 def.

<sup>26</sup> COM(2000) 335 def., art. 3.3.

<sup>27</sup> Direttiva 79/7/EEC integrata dalla Direttiva 86/378/ECC emendata con la Direttiva 96/97.

<sup>28</sup> COM(2003) 657 def.

### *Anziani*

Nel 1992 il Consiglio dell'Unione europea raccomandava agli Stati membri di

*prevedere misure destinate a lottare contro l'emarginazione sociale delle persone anziane.*

Inoltre, in occasione della chiusura dell'Anno europeo degli anziani e della solidarietà fra generazioni, il Consiglio e i Ministri degli Affari sociali hanno dichiarato che

*intendono promuovere l'integrazione degli anziani in tutti i settori della vita della società lottando in tal modo contro l'esclusione, l'isolamento e la discriminazione.*

L'articolo 13 del Trattato di Amsterdam fornisce gli strumenti normativi atti a fare ciò.

### **4.1.3. Enti per l'uguaglianza**

Il punto 24 della *Direttiva comunitaria 2000/43/CE del Consiglio del 29 giugno 2000 che attua il principio della parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica* istituisce la creazione di enti deputati alla lotta alla discriminazione e alla tutela di coloro che sono discriminati.

*La protezione contro la discriminazione basata sull'origine razziale o etnica sarà rafforzata dall'esistenza di un ente o di enti in ogni Stato membro, con competenze atte ad analizzare i problemi ad essa inerenti, a studiare possibili soluzioni e a fornire assistenza concreta alle vittime.*

Questa direttiva impone pertanto agli Stati membri di istituire organismi specializzati - enti per l'uguaglianza - al fine di promuovere la parità di trattamento, in particolare fornendo assistenza alle vittime di discriminazione e presentando relazioni e raccomandazioni indipendenti. Una prescrizione simile per istituire un organismo per la parità di trattamento tra donne e uomini è contenuta nella direttiva modificata nel 2002 e, nella proposta di direttiva sulla parità di trattamento fra uomini e donne nell'accesso a beni e servizi presentata dalla Commissione nel novembre 2003. In effetti, diversi Stati membri hanno colto questa opportunità per istituire organismi sulla parità di trattamento, congiunti o separati, che si occupano di tutti i casi di discriminazione di cui all'articolo 13, dimostrando con ciò uno sviluppo positivo e l'attuazione di procedure che vanno oltre le norme minime stabilite dal diritto comunitario.

#### *European Centre for Minority Issues (ECMI)*

Centro prevalentemente orientato alla ricerca, fornisce informazioni e documentazione inerenti le tematiche delle minoranze in Europa; fornisce inoltre supporto informativo e di assistenza a media e organizzazioni inserite in progetti indirizzati alla multiculturalità e all'allentamento delle tensioni nelle relazioni interrazziali. È un ente interdisciplinare e indipendente fondato dal governo danese nel 1996 ma attivo come organizzazione comunitaria.

#### *European Ombudsman*

Il mediatore europeo è una istituzione alla quale ogni cittadino europeo, o residente in uno Stato membro, o ogni impresa, associazione o altro organismo, può presentare denuncia in riferimento a casi di cattiva amministrazione (omissione di atto dovuto, azione irregolare o illegittima) riferiti allo svolgimento dell'azione e delle prassi di istituzioni e altri organi comunitari (Consiglio dell'Unione europea, Parlamento europeo, Corte dei conti, Corte di giustizia, Comitato economico e sociale, Comitato delle regioni, Banca centrale europea, Banca europea per gli investimenti). Il mediatore non può trattare casi riguardanti le amministrazioni nazionali, regionali o locali degli Stati membri.

#### *Equal Opportunities Unit*

Sezione della European Commission - Directorate General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, ha lo scopo di assicurare l'applicazione delle direttive inerenti le eque opportunità fra uomini e donne e l'integrazione delle donne nel mercato del lavoro e nella società.

#### *Commissioners' Group on Equality*

Gruppo composto da un presidente e tre commissari che sorvegliano la situazione internazionale ed europea inerente le pari opportunità fra uomini e donne e pongono le politiche e le prospettive di genere al centro dell'attenzione della Commissione europea e di tutti i servizi ad essa afferenti.

#### *Advisory Committee on Equal Opportunities*

*Advisory body* sulle pari opportunità composto da rappresentanti ministeriali di tutti gli Stati membri che svolgono azione informativa per la Commissione.

#### *European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia (EUMC)*

Proposto dall'Unione europea e stabilito nel 1997 come parte integrante della strategia di lotta al razzismo, alla xenofobia e all'antisemitismo, l'ente ha essenzialmente funzioni di monitoraggio e ha l'obiettivo di fornire dati validi alla Comunità e agli Stati membri riguardo ai temi di studio.

### **4.1.4. Progetti**

#### *AGE, European Older People's Platform*

Progetto costituito da una piattaforma di associazioni scelte fra quelle che si occupano di cambi demografici e popolazione anziana e che hanno sottoscritto principi guida comuni che indirizzano la loro azione:

- influenza sulle politiche nazionali;
- considerazione della popolazione anziana e pensionata come risorsa per tutti;
- solidarietà intergenerazionale;

- non discriminazione;
- apprendimento e formazione continue;
- attenzione rivolta ai *carer* e allo stato di benessere psicofisico della popolazione anziana.

#### *European Observatory on Health Care Systems*

L'osservatorio analizza le strutture dei sistemi sanitari europei evidenziando soprattutto i processi di riforma e cambiamento in essi istituiti; raccoglie inoltre dati statistici riferiti allo stato di salute della popolazione europea. È un progetto realizzato da Ufficio regionale europeo dell'OMS, Governo norvegese, Governo spagnolo, Banca europea per gli investimenti, Banca mondiale, London School of Economics and Political Sciences, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

#### *LAWNET*

Progetto di ricerca che mira a evidenziare le disuguaglianze nei diritti delle persone con demenza nell'attuale legislazione dei paesi dell'Unione europea. È stato finanziato dalla Comunità europea e realizzato sotto la guida dell'Associazione *Alzheimer Europe* nel periodo dicembre 1997 - novembre 1998. La seconda fase del progetto - LAWNET 2 - è in fase di realizzazione.

Attraverso la predisposizione di un ampio e dettagliato *report* per ogni paese europeo, LAWNET comporta l'analisi completa della legislazione riferita alle persone affette da demenza rispetto a: restrizione della vita privata, guida automobilistica, trattamenti medici coatti, diritti personali, sistemi di tutela della dignità della persona e dei suoi beni, violenze, consenso al trattamento medico, testamento ed eutanasia, ricerca medica in materia.

La seconda fase del progetto mira inoltre a elaborare una serie di raccomandazioni da proporre agli Stati membri in materia di demenza e Alzheimer.

#### *Health for all, all in health*

Questa iniziativa consiste in due progetti coordinati da Cidis/Alisei e cofinanziati dalla Commissione europea, che coinvolgono cinque paesi europei: Italia, Spagna, Olanda, Belgio e Svezia. Malgrado la buona salute e l'equo accesso ai servizi sanitari per tutti i residenti siano obiettivi ufficiali di tutti i sistemi sanitari europei, la ricerca ha evidenziato che le ineguaglianze nell'utilizzo dei sistemi sanitari e nelle pratiche adottate verso gli immigrati sono di fatto discriminatorie. Le ricerche effettuate si focalizzano sulla percezione di professionisti e immigrati rispetto al funzionamento dei servizi sanitari. È emerso che:

- le difficoltà di comunicazione sono tante, e spesso sottovalutate dagli stessi medici;
- Olanda a parte, non esistono servizi di traduzione sanitaria;
- le differenze culturali, di religione, ecc., sono spesso considerate troppo poco;
- la struttura del sistema sanitario, mai spiegata, risulta spesso troppo complessa e incomprensibile.

*Megapoles: Health in Europe's Capitals*

Questo progetto, finanziato dalla Comunità europea fin dal 1997 e ancora attivo con finanziamenti diversi, ha prodotto una serie di pubblicazioni e di dati anche comparativi inerenti la salute nelle capitali europee. Il progetto è formato da un *network* di medici di base residenti nelle capitali dell'Unione europea riuniti per migliorare la salute e ridurre le ineguaglianze in materia sanitaria attraverso lo scambio di informazioni e la collaborazione reciproca. Finora il *focus* del progetto si è rivolto a tre gruppi di utenti: bambini e famiglie giovani, anziani, gruppi socialmente svantaggiati.

*Status of health monitoring for adults with intellectual disability in the Member states*

Progetto guidato dall'Università irlandese di Dublino, finanziato dall'Unione europea e attuato con la partecipazione di tutti i paesi europei a esclusione di Grecia e Portogallo. Lo scopo del progetto è determinare quali siano gli specifici indicatori della salute utilizzati nei paesi dell'Unione per le persone con disabilità intellettuali. Esso inoltre mira a documentare gli strumenti utilizzati per rilevare, o controllare, gli indicatori evidenziati affinché sia possibile raffrontare i risultati fra i diversi paesi ed elaborare raccomandazioni per strutturare una strategia europea e un protocollo *standard* riferito alle disabilità intellettuali.

*Lotta contro la violenza nei confronti dei bambini, degli adolescenti e delle donne: Programma Daphne*

Il programma comunitario mira ad adottare misure volte a garantire un elevato livello di tutela della salute fisica e psichica proteggendo i bambini, i giovani e le donne dalla violenza, mediante la prevenzione del fenomeno e l'assistenza alle vittime.

Lo scopo è attuare un'azione concertata su scala europea per salvaguardare i diritti umani e porre fine alla violenza. Il programma Daphne di durata quadriennale 2000-2003 intende anche essere uno strumento di informazione per progetti su scala nazionale.

*Carers of older people in Europe (COPE)*

È un progetto finanziato dall'Unione europea e promosso dall'Università di Sheffield, con i seguenti *partner*: University of Sheffield, INRCA (Ancona), University of Linköping (Svezia), Sextant (Atene), Jagiellonian University (Cracovia), Medical University of Bialystok, University of Bialystok, Institut national de la santé et de la recherche médicale - INSERM (Parigi).

Scopo del progetto era ottenere da un lato una panoramica delle politiche rispetto agli anziani nei paesi oggetto della ricerca (Italia, Grecia, Polonia, Svezia, Francia, Regno Unito), dall'altro una valutazione della metodologia e delle prassi attuate rispetto all'implementazione delle suddette politiche. Il progetto mirava inoltre a descrivere la situazione di coloro che svolgono assistenza diretta agli anziani, i *carer*. Rispetto a questi ultimi emerge un quadro abbastanza desolante in quanto pare non venga data loro la necessaria assistenza né in termini di aiuto economico, né rispetto agli strumenti di *assessment* utilizzati nei diversi paesi per valutare le loro necessità.



*The role of social assistance as a mean of social inclusion and activation (SOCASST)*

Questo progetto di tipo comparativo prevede la partecipazione di sette paesi europei - Finlandia, Svezia, Danimarca, Germania, Italia, Spagna, Austria - e la redazione di quattro *report* di ricerca e di un documento conclusivo comune. L'obiettivo del progetto è elaborare comparazioni congiunte su temi quali la composizione e la struttura dei clienti dell'assistenza sociale in sette paesi europei affinché si possa valutare la struttura istituzionale dell'assistenza sociale, la variazione rispetto a ogni singolo paese e il parallelo rischio di strutturare legami di dipendenza dai servizi sociali. Il progetto mira inoltre a sviluppare e utilizzare metodologie adeguate per diagnosticare e valutare i diversi sistemi di reddito di inserimento e le misure di attivazione in vigore nei paesi considerati.

*EUCOMP 2 - More Comparable Health Care Information in the European Union*

È un complesso progetto finanziato dalla Comunità europea, coordinato dal North-Eastern Health Board irlandese e attivato tramite la partecipazione di tutti i paesi europei. Lo scopo dell'iniziativa è riuscire a rendere comparabili i dati provenienti dai diversi sistemi sanitari europei, elaborare indicatori, categorie e qualificazioni standard sulla salute, sistematizzare misure e riferimenti in ambito sanitario.

*Promotion of non-discrimination within and by the public administrations*

Il progetto organizzato da Eurocities mira a promuovere la non discriminazione fra le pubbliche amministrazioni. Esso è inoltre finalizzato a:

- rimuovere le barriere discriminatorie nella partecipazione al processo decisionale e democratico;
- rimuovere le barriere discriminatorie nell'accesso a beni e servizi pubblici;
- identificare le metodologie di *mainstreaming* per le politiche e le prassi di non discriminazione;
- identificare le forme o le espressioni di discriminazione.

La popolazione *target* privilegiata è rappresentata da anziani, immigrati e donne.

*Esopo*

Esopo è un imponente programma che ha coinvolto sei paesi - Svezia, Italia, Francia, Germania, Portogallo e Spagna - in un'analisi dei sistemi locali di assistenza sociale presenti in tredici città europee. Esso costituisce un importante e innovativo progetto di ricerca comparativa sul sistema di *welfare*, in quanto compara sistemi locali di *welfare* e indirettamente anche sistemi nazionali. Il progetto inoltre analizza l'effettivo funzionamento del sistema e non solo il suo assetto istituzionale: non si limita alla ricostruzione dei sistemi di regolazione delle politiche ma tenta di cogliere le prassi adottate e le modalità attraverso le quali essi operano concretamente.



## 5. Accessibilità nei paesi del modello socialdemocratico

### 5.1. Danimarca

#### 5.1.1. Costituzione danese

Nella Costituzione danese del 1953 non esiste un articolo che sottolinea l'uguaglianza dei cittadini; vi sono però diversi articoli che possono essere interpretati come rivolti a questo fine, per esempio la sezione 83 "Abolizione dei privilegi":

*Tutti i privilegi sanciti per legge e correlati alla nobiltà, al titolo e al rango devono essere aboliti.*

A tutela dell'uguaglianza vi sono poi anche gli articoli relativi alla tutela della libertà personale (sez. 71), del diritto alla proprietà (sez. 74), del diritto al commercio (sez. 75), e alla libertà di parola e associazione (sezz. 77 e 78).

Non esiste altresì un articolo costituzionale riferito al diritto alla salute o all'assistenza socio-sanitaria anche se, nella sezione 75 "Diritto al lavoro", si parla di diritto all'assistenza sociale:

*Ogni persona incapace di mantenere se stessa o i suoi famigliari a carico, quando nessuna altra persona è responsabile per il suo mantenimento, è intitolata a ricevere assistenza pubblica, a patto che essa osservi gli obblighi imposti dallo statuto ad essa relativo.*

#### 5.1.2. Legislazione antidiscriminatoria per i residenti in Danimarca

Oltre al Codice penale, in Danimarca la legislazione contro la discriminazione ruota essenzialmente attorno a tre normative:

- Legge 626/1987 - *Act on prohibition against differential treatment on ground of race etc.*, che proibisce e punisce la discriminazione diretta e indiretta basata sulla razza, la religione o l'orientamento sessuale; ha carattere penale;
- L' *Act on the prohibition of differential treatment on the labour market* del 1996 che contiene proibizioni generali contro la discriminazione nel mercato del lavoro sulla base di razza, colore, religione, genere, convinzioni politiche, orientamento sessuale o origine nazionale, sociale ed etnica; ha carattere civile;
- Legge 571/1985 *Act on the treatment of information regarding individuals*, che proibisce il trattamento di alcuni dati sensibili, quali razza, colore o *background* etnico, convinzioni politiche, religiose o filosofiche, orientamento sessuale, ecc.

### **5.1.3. Legislazione socio-sanitaria relativa all'accessibilità**

Il sistema socio-sanitario danese non viene citato nella costituzione danese. Si parla di servizi sanitari solo nella normativa specifica a esso riferita e, a questo proposito, si nota che il sistema danese viene segnalato come basato su

*un libero ed equo accesso alla cura a prescindere dalla residenza, l'età, la salute, lo stile di vita e il reddito,*<sup>29</sup>

e con accesso vincolato al possedimento di una tessera sanitaria consegnata a tutti i cittadini. Le due leggi principali inerenti il sistema sanitario - *Danish Act on Health Insurance and Hospital Services*, nn. 509 e 687 del 1998 - affermano:

*chiunque possenga un indirizzo in Danimarca ha il diritto a ricevere trattamento medico.*<sup>30</sup>

#### *Malati di mente*

Tutta la legislazione in materia psichiatrica è riconducibile alla Legge quadro n. 331 del 1989 sulla malattia mentale, emendata con la Legge n. 403 del 1998. Nessuna delle due contiene però accenni all'accesso ai servizi sanitari per questo gruppo di persone.

#### *Disabili*

Se è vero che la Costituzione non contiene accenno alcuno alle persone disabili, è però vero che le misure normative inerenti la disabilità sono molte e specifiche. Alcune di queste sono contenute nel *Consolidation Act on Social Services* del 2000, nel quale si fissa come obiettivo la risposta ai bisogni di disabili:

*Gli obiettivi di questo atto sono [...]*

*(i) offrire counselling e supporto per prevenire problemi sociali;*

*(ii) offrire servizi generali diversi strutturati per agire, allo stesso tempo, da misure preventive;*

*(iii) soddisfare i bisogni risultanti da danneggiate funzioni fisiche o mentali o particolari problemi sociali (cap. 1, parte 1).*

In questo Atto viene riservato ampio spazio ai bambini e ai giovani, per i quali si specifica come debbano essere garantite loro pari opportunità e decenti condizioni di crescita.

*L'obiettivo dell'assistere bambini e giovani con bisogni speciali è l'assicurare loro le migliori condizioni di crescita possibili affinché gli siano fornite le opportunità di sviluppo personale, maturità e salute dei loro pari (cap. 3, parte 8, art. 32).*

---

<sup>29</sup> Tratto da *Danish Disability Policy. Equal opportunities through dialogue*. Equal Opportunities Centre for Disabled Persons, aprile 2002.

<sup>30</sup> *Danish Act on Health Insurance and Hospital Services*, n. 509/1998 sez. 1, e n. 687/1998 sez. 5.

Nello stesso Atto si specifica inoltre la garanzia di accesso a diverse istituzioni e/o servizi.<sup>31</sup> Fra queste vengono menzionate le strutture e istituzioni diurne.

*Le autorità provinciali devono assicurare la disponibilità nell'accesso alle strutture diurne per tutti i bambini che hanno speciali necessità di supporto, trattamento ecc. causate da considerevoli disfunzioni funzionali fisiche o mentali, quando tale bisogno non può essere soddisfatto da una struttura diurna convenzionale (Introduzione, parte 1, art. 16).*

Rispetto agli adulti disabili, viene sottolineato che:

*Per gli adulti con funzioni fisiche o mentali danneggiate o con particolari problemi sociali è richiesta un'azione particolare. Gli scopi di questa azione sono: [...]*

*(iii) migliorare le opportunità di vita degli individui attraverso il contatto, l'attività sociale e le altre attività, il trattamento, l'assistenza e la frequentazione [...]*  
(parte 12, art. 67).

Gli inizi degli anni '90 hanno poi visto la comparsa di un nuovo dibattito nato dall'approvazione dell'*Americans with Disabilities Act (ADA)* che proibisce la discriminazione delle persone disabili. Dalle reazioni conseguenti l'entrata in vigore di questo atto, in Danimarca è stata fortemente voluta una dichiarazione di principi sull'uguaglianza dei diritti e di opportunità per le persone disabili, effettivamente rappresentata dalla risoluzione *B43 - Risoluzione parlamentare inerente l'uguaglianza di opportunità per persone disabili e non disabili* del 2 Aprile 1993<sup>32</sup> Essa afferma:

*Il Parlamento danese raccomanda a tutte le autorità statali e municipali così come a tutte le imprese private, sia sovvenzionate che non, di*

- *rispettare il principio dell'uguaglianza di opportunità e di equo trattamento fra le persone disabili e gli altri cittadini, e*
- *in tutte le aree rilevanti, pensare e creare le possibilità di applicare soluzioni appropriate ai bisogni delle persone disabili [...].*

La politica danese inerente i disabili poggia essenzialmente sul documento ufficiale intergovernativo *Danish Disability Policy. Equal Opportunities through Dialogue* realizzato dallo *Equal Opportunities Centre for Disabled Persons* nel giugno del 2002.

---

<sup>31</sup> *Consolidation Act on Social Services*. 2000, cap. 3 parte 8, art. 33. Viene inoltre menzionato l'accesso alle attività di *counselling*, alle istituzioni speciali a tempo pieno, a speciali club e ad altre strutture socio-pedagogiche per il tempo libero.

<sup>32</sup> *B43 - Folketingsbeslutning om ligestilling og ligebehandling of handicappede med andre borgere.*

### *Immigrati*

La Costituzione danese non contiene proibizioni inerenti le discriminazioni razziali, né una loro definizione. Alcuni articoli tuttavia (sezz. 67, 70 e 71) proibiscono la discriminazione sulla base della fede o della discendenza.

*Nessuna persona può essere privata dell'accesso al completo godimento dei diritti civili e politici sulla base del proprio credo o della propria discendenza, né può, in virtù delle summenzionate ragioni, non conformarsi a qualunque comune dovere civile.*<sup>33</sup>

Inoltre, la Legge n. 626 del 1987 garantisce l'uguaglianza dei cittadini stranieri con i cittadini nazionali. È di fatto una legge penale che punisce la discriminazione diretta e indiretta basata sulla razza, la religione o l'orientamento sessuale e penalizza la discriminazione attuata nell'offerta di beni e servizi pubblici, nelle istituzioni e negli eventi aperti al pubblico.

La discriminazione razziale viene punita dal Codice penale stesso, alla sezione 266b:

*(1) Ogni persona che pubblicamente o con l'intenzione di diffondere fra un ampio gruppo di persone una opinione o di impartire informazioni, minaccia, insulta o degrada un gruppo di persone in base alla razza, al colore, alla nazionalità o all'origine etnica, alle credenze o all'orientamento sessuale, deve essere gravato di una multa di detenzione o imprigionamento per un tempo non superiore ai due anni di reclusione.*

La legislazione del 1996<sup>34</sup> copre le vittime di discriminazioni razziali o religiose nel mercato del lavoro, ma è solo con la Legge n. 374 del 2003, emendata con la legge 253 dell'Aprile 2004, finalizzata ad applicare l'articolo 13 del Trattato di Amsterdam, che vengono tutelati i diritti esterni all'area occupazionale di immigrati e persone appartenenti a diverse fedi religiose, attraverso un *equality act* che istituisce anche un ente per l'uguaglianza preposto al controllo della normativa antidiscriminatoria.

### *Donne*

La parità dei diritti per le donne, non menzionata nella Costituzione, viene sancita con la Legge n. 213 del 3 aprile 1998 *Consolidation act on equal treatment of men and women as regards access to employment and maternity leave, etc.*, che - benché sia riferita espressamente al mondo del lavoro - riporta in termini generali.

*Per le finalità di questa Legge uguale trattamento fra uomini e donne significa che nessuna discriminazione può attuarsi sulla base del sesso. Ciò si applica sia alla discriminazione diretta che alla discriminazione indiretta, con particolare riferimento alla gravidanza o allo status coniugale o familiare (parte 1).*

---

<sup>33</sup> Costituzione della Danimarca. 1953. Sezione 70 "Libertà di religione".

<sup>34</sup> *Act on the prohibition of differential treatment on the labour market*, 1996.

La Legge 213/1998 ha come ambito di applicazione privilegiato il contesto professionale-lavorativo e la relazione intercorrente fra datore di lavoro e lavoratrici; la *Legge sull'uguaglianza fra i generi* ha invece scopi e ambiti più ampi e universali:

*Lo scopo della presente Legge è la promozione dell'uguaglianza fra i generi, inclusa la pari integrazione, l'equa influenza e l'uguaglianza di genere in tutte le funzioni della società sulla base dello status paritario di uomini e donne. Lo scopo della legge è anche l'eliminazione della discriminazione diretta e indiretta sulla base del sesso e l'eliminazione della persecuzione sessuale.*<sup>35</sup>

Oltre a proporre azioni positive, essa rende le amministrazioni pubbliche - se enti con più di cinquanta dipendenti - responsabili di redigere un *report* annuale relativo alle politiche di genere, e di attuare buone prassi in materia:

*Le amministrazioni pubbliche devono, all'interno dei propri ambiti, lavorare per l'uguaglianza dei generi e per integrare l'uguaglianza dei generi in tutte le pianificazioni e tutte le prassi amministrative (mainstreaming).*<sup>36</sup>

Benché questa legge non si riferisca espressamente alle politiche socio-sanitarie, esse - in quanto emanate da enti pubblici - devono di fatto essere eque e paritarie.

Nel caso dell'inottemperanza delle leggi, oltre alle compensazioni e alle sanzioni economiche previste dagli atti succitati e dalle leggi *Act on equal pay to men and women* e *Act on equal treatment of men and women in relation to occupational social security schemes*, possono altresì essere applicati gli articoli della Quinta parte del Codice penale.

#### **5.1.4. Enti per l'uguaglianza**

*Danish Centre for International Studies and Human Rights*

Rappresenta la soluzione danese all'istituzione di un ente per l'uguaglianza previsto dall'articolo 13 del Trattato di Amsterdam.

È un ente istituito attraverso le normative 411/2002 e 374/2003 per essere in regola con i requisiti richiesti e pertanto attua indagini indipendenti sul territorio, mappature delle discriminazioni, assistenza alle vittime di discriminazione attraverso il *Complaints Committee*, ente amministrativo gratuito che ha il compito di valutare se sia stata commessa o meno violazione dei diritti. Attraverso la Legge n. 253 del 2004 ha inoltre ricevuto il mandato di giudicare e valutare anche casi relativi all'occupazione e al mondo del lavoro.

Non può emettere giudizi legalmente vincolanti né istituire sanzioni.

---

<sup>35</sup> *Act on gender equality*. 2000, Parte 1 "Scopo della Legge", art. 1.

<sup>36</sup> *Act on gender equality*. 2000 Parte 3 "Obblighi delle autorità pubbliche", art. 4.

### *Social Appeals Board*

Tribunale per minorenni e bambini al quale ci si può rivolgere nel caso sia necessario ricorrere alla giustizia per vedere applicata la normativa e le regole inserite nella legge *Act on legal protection and administration in social matters*. Possono portare un caso davanti al *Tribunale per l'appello sociale* i genitori affidatari o altre persone che hanno la custodia di un bambino, o gli stessi giovani con più di 15 anni.

### *Board for Ethnic Equality (BEE)*

Ente costituitosi per rispettare la Legge del 10 giugno 1997, ha di fatto sostituito un ente simile formalizzato nel 1993 ma dipendente dal Ministero dell'Interno. L'ente odierno è un organo indipendente e statale che possiede funzioni di *advisory* finalizzate a promuovere l'uguaglianza e a combattere il razzismo.

Le tipologie di discriminazioni coperte riguardano origini etniche e razziali, religione e politiche di genere quando trattasi di minoranze etniche.

### *Advisory and Documentation Centre on Racial Discrimination (DRC)*

Ente che funziona in concomitanza con il BEE e ha la funzione di raccogliere, monitorare e documentare le discriminazioni attuate in Danimarca su base razziale. Funge inoltre da promotore di diverse iniziative di ricerca e di mediazione culturale.

È un'organizzazione non governativa indipendente e finanziata dal Ministero dell'Interno. Aiuta e informa, anche legalmente, i cittadini vittime di discriminazione, ma non li rappresenta in tribunale.

### *Danish Refugee Council*

Il Consiglio danese per i rifugiati è un'organizzazione non governativa che svolge funzioni informative in materia di rifugiati rispetto alla popolazione danese e funzioni di *advisory* in materia di rifugiati e richiedenti asilo per tutti i Ministeri danesi.

### *Refugee Board*

Ente indipendente, non soggetto a direttive parlamentari o governative, simile a un tribunale, con funzioni specifiche e proprie; fra queste, la principale riguarda il processo in appello per i casi che in prima istanza il Servizio di immigrazione danese ha rifiutato. Questo ente è stato creato attraverso la Legge n. 562 del 1995 *Danish Aliens (Consolidation) Act [Legge danese sull'immigrazione]* ed è regolamentato attraverso l'ordinamento n. 717 del 1995 *Order on rules of procedure for the Danish Refugee Board [Ordinamento sulle regole e le procedure inerenti il Refugee Board danese]* che definisce la struttura e le competenze che esso deve possedere.

Le decisioni che scaturiscono dal Refugee Board sono finali e decisive, implicando con ciò il fatto che appelli alle corti non possono essere strutturati basandosi sulle suddette decisioni.



Il Refugee Board è composto da quattro membri:

- il Presidente, rappresentato da un giudice;
- un membro nominato dal Ministro dei rifugiati, dell'immigrazione e degli affari inerenti l'integrazione;
- un membro rappresentato dal Danish Refugee Council;
- un membro nominato dal Consiglio generale degli avvocati e degli uomini di legge.

Il Refugee Board ha inoltre rapporti informativi con l'UNHCR, deputato a elaborare *report* sui diritti umani per conto delle Nazioni Unite, le ONG danesi, Amnesty International, le principali organizzazioni internazionali per i diritti umani, i Country Report on Human Practices americani, le attività proposte da EURASIL.

Il Refugee Board ha poteri decisionali relativamente ai soli casi di asilo; svolge però anche altre funzioni:

- indagini su richiesta di diverse autorità pubbliche;
- partecipazione in enti internazionali relativi alle leggi sull'asilo;
- pubblicazione regolare di *newsletter* e *brochure* informative sull'attività svolta.

#### *National Centre for Research and Information on Gender Equality*

Il Centro nazionale per la ricerca e l'informazione dell'uguaglianza di genere è nato dall'unione, sancita dal *Act on Gender Equality* del 2000, dei precedenti Equal Status Council e Gender Equality Council, il primo dei quali attivo nella promozione dei generi in ambito lavorativo ed economico, il secondo dedicato a campagne informative e promozionali.

L'attuale Centro è un'istituzione indipendente gestita da un Consiglio di amministrazione il cui presidente viene direttamente incaricato dal Ministro per l'uguaglianza fra i generi, ed è:

*[...] creato con lo scopo di promuovere, qualificare e creare dibattiti inerenti l'uguaglianza di genere fra uomini e donne e di proporre misure atte a integrare la dimensione di genere nelle politiche, nelle pianificazioni e nelle amministrazioni (mainstreaming).<sup>37</sup>*

Scopi ulteriori del Centro sono:

- diffondere informazioni al pubblico e alla cittadinanza sulle materie di sua competenza;
- evidenziare la necessità di studi, analisi e ricerche su particolari tematiche;
- proporre iniziative, attività e dibattiti pubblici nei settori di attività privilegiati (detenendo con ciò anche funzioni di *advice* rispetto al Ministero).

---

<sup>37</sup> *Act on Gender Equality*, 2000. Parte 5 "National Centre for Research and Information on Gender Equality", art. 14.

### *Gender Equality Board*

Ente con funzioni di *advocacy*, composto da tre persone scelte dal Ministro per l'uguaglianza fra i generi, con incarico triennale. Il Presidente è un giudice pienamente qualificato mentre gli altri due membri sono esperti in materie legali, economiche e relative alle pari opportunità. Questo ente si occupa di tutti i casi di discriminazione di genere previsti dalle diverse normative inerenti le pari opportunità, e in virtù di ciò può applicare multe, sanzioni, compensazioni ecc.; se una delle due parti non è soddisfatta può comunque portare il proprio caso di fronte al Tribunale di giustizia.

### *Danish Disability Council*

Il Consiglio danese sulla disabilità è nato negli anni '90 con funzioni di *advisory body* per il Parlamento. Ha anche funzioni di valutazione e monitoraggio delle attività svolte rispetto ai disabili sia in ambito parlamentare che nella società civile.

Ha al proprio interno anche rappresentanti delle associazioni di disabili presenti sul territorio nazionale.

### *Equal Opportunities Centre for Disabled People*

Il Centro delle pari opportunità per disabili nasce dall'approvazione della risoluzione B43/1993 come unità interna al Danish Disability Council destinata a perseguire l'uguaglianza dei disabili nella società e con lo specifico compito di attirare l'attenzione delle autorità verso le situazioni e le aree nelle quali non vi sono uguali opportunità fra le persone disabili e non disabili.

Non ha però alcun potere legale: il suo compito si limita alla documentazione dei problemi relativi alle pari opportunità. Scopo del Centro è raccogliere, avviare e comunicare, sia a livello nazionale che internazionale, le informazioni e l'*expertise* necessario inerente la situazione di disabili e gli effetti di particolari disabilità. L'unità presta inoltre attenzione alle problematiche di discriminazione verso i disabili, affinché il Danish Disability Council possa sollevare la questione con le autorità competenti.

### *Intercivil Servant Committee for the Disability Area*

La Commissione dei funzionari statali per l'area disabilità parte dal considerare la politica inerente l'uguaglianza delle persone disabili come trasversale a tutta l'azione politica. Nello specifico, questa Commissione - sorta per la prima volta nel 2002 su nomina del Primo Ministro danese eletto Ministro per l'area disabilità -

- considera la disabilità come basata sulla percezione dell'ambiente;
- attua politiche di compensazione, ovvero tende a mettere in atto servizi e aiuti per eliminare, o ridurre il più possibile, gli effetti conseguenti la disabilità;
- attribuisce responsabilità di settore, ovvero fa ricadere la responsabilità dell'uguaglianza fra disabili sull'autorità responsabile del funzionamento dell'area in oggetto.

### *Danish Parliamentary Ombudsman*

È istituito per seguire le direttive europee in materia di mediazione fra cittadini vittime di cattiva amministrazione e le stesse amministrazioni locali, municipali, regionali o nazionali. È autorizzato anche ad agire di propria iniziativa e a criticare l'operato svolto o le decisioni prese da una qualsiasi amministrazione pubblica.

### **5.1.5. Progetti**

#### *Remembering yesterday, caring today. Part 2*

Questo progetto, realizzato da un'ampia *partnership* di istituzioni europee, mira a svolgere un'azione di diffusione dei risultati ottenuti nella prima parte del progetto, che era indirizzata allo studio delle metodologie comunicative basate sulla reminiscenza, attuabili con persone affette da demenza.

La seconda fase del progetto, terminata nel 2001, tendeva invece, più che allo studio scientifico e metodologico delle possibili relazioni *carer/familiari/operatori* e persona affetta da demenza, al *mainstreaming* delle semplici modalità di comunicazione e dei consigli pratici individuati come prassi valide per la gestione delle relazioni interpersonali, affinché gli operatori e i *carer* possano agevolare la fruizione dei servizi pubblici da parte delle persone affette da demenza.

#### *Servizi per anziani di Slagelse*

La municipalità di Slagelse ha istituito alcuni servizi indirizzati alle persone anziane e finalizzati a far sì che esse possano continuare a vivere all'interno della propria abitazione e della propria famiglia il più a lungo possibile. Il Comune ha cercato di raccogliere in un unico progetto i servizi più importanti destinati agli anziani: attività di prevenzione del benessere psicofisico, visite mediche e infermieristiche domiciliari, coordinamento di attività di volontari, ecc. Il contatto inizia con visite effettuate da personale infermieristico semestralmente a tutta la popolazione ultrasettantacinquenne residente sul territorio e prosegue tramite l'instaurazione di un contatto di tipo sociale, effettuato sia da assistenti sociali che da associazioni di volontariato, che inserisce la popolazione contattata nella rete dei servizi comunali. Il progetto mira dunque a mettere in campo una vera e propria azione positiva finalizzata alla non discriminazione nell'uso dei servizi pubblici.

#### *Police Training for a Multicultural Society*

Nel 2001 la polizia di Copenhagen ha partecipato a un progetto finanziato dalla Comunità europea e dalla Municipalità di Copenhagen e realizzato dal Documentation and Advisory Centre for Racial Discrimination (DRC) con l'obiettivo di sviluppare metodi formativi e *network* di contatti per la promozione e la comprensione delle minoranze etniche. Lo scopo era la lotta alla discriminazione, istituita in primo luogo tramite rapporti di amicizia e aiuto fra le forze di polizia e le minoranze etniche, e in secondo luogo tramite la sperimentazione di programmi formativi che in tempi successivi coinvolgeranno gran parte dei dipendenti pubblici e dei funzionari della città.

## 5.2. Finlandia

### 5.2.1. Diritti costituzionali

La Costituzione finlandese del 1999<sup>38</sup> tutela l'uguaglianza fra i cittadini, il loro diritto alla salute e il loro accesso indiscriminato ai servizi sociali e alle cure sanitarie.

*La Costituzione deve garantire l'inviolabilità della dignità umana, la libertà e i diritti di ogni individuo e promuovere la giustizia nella società (cap. 1, sez. 1).*

Il diritto alle cure sanitarie, alla protezione sociale e all'uguaglianza viene esplicitato ancora più chiaramente nel secondo capitolo. La sezione 6 "Uguaglianza" riporta infatti:

*Tutti sono uguali di fronte alla legge.*

*Nessuno può, senza un accettabile motivo, essere trattato in modo diverso da un altro sulla base del sesso, dell'età, dell'origine, del linguaggio, della religione, delle convinzioni, delle opinioni, della salute, della disabilità o per ogni altra ragione riguardante la sua persona.*

*I bambini devono essere trattati equamente, come individui, e deve essere permesso loro di influenzare le situazioni che li riguardano in base al loro livello di sviluppo.*

Nella sezione 19 "Diritto alla sicurezza sociale" si legge invece che è compito delle autorità pubbliche la promozione alla salute della popolazione e la garanzia che ogni persona riceva servizi sociali e sanitari adeguati ai propri bisogni e alle proprie necessità.

*Le autorità pubbliche devono garantire [...] adeguati servizi sociali, sanitari e medici per tutti e devono promuovere la salute della popolazione.*

Entrambi questi articoli della Costituzione vengono da più parti citati come mezzi per proteggere l'uguaglianza dei diritti di bambini e anziani, donne e malati, immigrati e disabili, anche rispetto all'accesso e alla fruizione di servizi sociali e sanitari pubblici. Si ribadisce dunque già a livello costituzionale sia la non discriminazione delle persone, sia l'equo trattamento in materia sociale e sanitaria.

Anche il Codice penale, *Rikoslaki*, criminalizza la discriminazione.

*Colui che, nella pratica del commercio, nella pratica di una professione, nell'offerta di un servizio pubblico, nell'esercizio delle proprie funzioni come dipendente pubblico, o in un altro dovere pubblico o in un'organizzazione o nell'organizzazione di un raduno o di un incontro pubblico, senza un'accettabile ragione:*

- 1. non serve una persona sotto condizioni generali di praticabilità;*
- 2. rifiuta di permettere a qualcuno di partecipare a un raduno o a un incontro o da questo lo estromette;*
- 3. pone qualcuno in una posizione non paritaria o significativamente peggiore a causa della razza, origine nazionale o etnica, colore della pelle, linguaggio, genere, età, relazione familiare, orientamento sessuale o salute, o a causa*

---

<sup>38</sup> Costituzione della Finlandia. Legge n. 731 del 1999, capitolo 1.

*delle proprie opinioni politiche o religiose, della propria attività politica o professionale, o per altre ragioni a queste comparabili, deve essere condannato per discriminazione a una sanzione o alla pena detentiva [...] (cap. 11, sez. 9).*

Attraverso l'*Equality Act* del dicembre 2003 sono poi state recepite le Direttive comunitarie in materia di uguaglianza sottoscritte nel 2000. La Finlandia ha recepito in ritardo queste direttive, che infatti sono entrate in vigore solo il 1° febbraio 2004, invece che nel luglio 2003, come era previsto.

### **5.2.2. Accesso ai servizi sanitari**

La nuova programmazione sanitaria, approvata dalle Autorità competenti in materia di salute pubblica e avente valore legalmente vincolante, afferma il diritto alla salute e a un equo accesso ai diritti sanitari per tutti. La strategia sanitaria in oggetto, valida per 15 anni a partire dal 2000, si riferisce alla programmazione denominata *Government Resolution on the Health 2015. Public Health Programme*, che poggia sulla strategia europea del 1998 e del 2000 *Health for All*, e persiste nella linea di sviluppo introdotta dal precedente *Finnish National HFA 2000 Programme*. Il piano sanitario sottolinea che:

*La politica sanitaria finlandese mira a ridurre la mortalità prematura, ad aumentare l'attività fisica e gli stili di vita sani nella popolazione, ad assicurare a tutti la migliore qualità possibile della vita, e a ridurre le differenze in salute fra i diversi settori della popolazione. Si cerca di sottolineare la dimensione della salute in tutti gli aspetti del processo decisionale pubblico. In aggiunta a una vasta politica basata sulla medicina preventiva, si rimarca l'importanza di servizi sanitari efficienti e accessibili per l'intera popolazione.*

#### *Anziani*

Non pare esistano leggi espressamente riferite all'accesso ai servizi sanitari per gli anziani, oltre alle provvisori costituzionali o alle normative riferite a tutti i cittadini già enunciate. Va tuttavia ricordato che l'*Equality Act* del dicembre 2003 vieta la discriminazione sulla base dell'età, proteggendo in questo senso anche la popolazione anziana.

#### *Donne*

Le politiche di genere in Finlandia sono da tempo presenti, largamente discusse e attuate. Esse riguardano l'attività del Ministero della salute e degli affari sociali e trovano la propria ragione d'essere nella clausola antidiscriminatoria contenuta nella Costituzione:

*l'uguaglianza dei sessi è promossa nelle attività della società e nella vita lavorativa (cap. 1, sez. 6),*

e attorno alle normative contenute nella *Legge sull'uguaglianza fra uomini e donne*, n. 609 del 1986, alla sezione 4.

*Le autorità devono promuovere l'uguaglianza fra uomini e donne risolutamente e sistematicamente specialmente attraverso la rimozione delle circostanze che possono prevenire il raggiungimento dell'uguaglianza.*

Questa legge proibisce tutti i tipi di trattamento discriminante in virtù del sesso di appartenenza, fissa al 4% la quota minima di partecipazione femminile in tutti gli organi amministrativi, promuove l'uguaglianza dei generi rispetto al mondo del lavoro e sancisce l'attività delle Commissioni per le pari opportunità. Essa però non tratta espressamente l'accesso alle cure sanitarie o ai servizi sociali.

### *Disabili*

La politica finlandese in materia di disabilità si struttura nel 1995 attorno al programma *Independent Living. Challenge for Disability Policy* nato dalle Direttive emanate dalle Nazioni Unite (*Standard Rules on the Equalisation of Opportunities for Persons with Disabilities*). L'obiettivo della politica finlandese è promuovere la vita indipendente, la partecipazione alla società e le uguali opportunità dei disabili.<sup>39</sup>

La politica contro la disuguaglianza dei soggetti diversamente abili si struttura anche attorno agli articoli della Costituzione citati in precedenza e alla normativa a cui sono soggette le municipalità finlandesi. Ogni municipalità è infatti tenuta a fornire determinati servizi<sup>40</sup> per le persone:

*Le municipalità devono prevenire ed eliminare gli ostacoli e gli svantaggi che limitano le possibilità funzionali delle persone disabili affinché possano agire come membri equi della società.*<sup>41</sup>

Inoltre, sono proprio le municipalità che devono garantire adeguato accesso ai servizi per i disabili. Si legge infatti:

*La municipalità deve assicurare che i servizi municipali pubblici siano disponibili anche per i disabili. Nello sviluppare i servizi e l'assistenza destinati ai disabili la municipalità deve anche considerare i bisogni e i punti di vista espressi dai disabili*

---

<sup>39</sup> Cosa si intende per disabilità in Finlandia?

*Disability is defined in relation to how a person copes with everyday situations. Functional capacity cannot therefore be assessed only medically.*

Tratto da *Independent Living. Challenge for Disability Policy*. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health, 1999.

<sup>40</sup> I servizi che le municipalità sono tenute a offrire riguardano il sostegno e il supporto finanziario necessario alla vita indipendente, ovvero aiuti nei trasporti e nella mobilità, servizi sanitari e di assistenza, oltre che aiuti nella strutturazione di abitazioni idonee e nell'utilizzo di interpreti, *training* di adattamento e attività di *counselling*. I compiti e le responsabilità delle municipalità sono contenute nel *Primary Health Care Act* (66/1972) emendato con diverse leggi successive, capitoli 3.14, 3.14a, 3.15, e nel Decreto 759/1987 *Support and assistance for the disabled*.

<sup>41</sup> Decreto 759/1987 *Support and assistance for the disabled decree*. Capitolo 1, sezione 1.

*stessi. Una persona disabile deve essere servita e un servizio deve essere strutturato considerando il linguaggio che la persona parla.*<sup>42</sup>

A livello nazionale, l'attività per i disabili viene strutturata dal Council on Disability, ente composto da diciotto membri direttamente collegato al Ministero della salute e degli affari sociali, la cui *mission* è la promozione della cooperazione fra le autorità principali e le organizzazioni di disabili.<sup>43</sup>

Anche il *Services and assistance for the disabled act* (Legge 380/1987) mira alla promozione dell'indipendenza nella vita quotidiana e alle uguali opportunità per i disabili; si legge infatti che il fine della politica in materia di disabilità è:

*migliorare la capacità di una persona disabile di vivere e agire come membro della società al pari degli altri e di prevenire ed eliminare lo svantaggio e gli ostacoli causati dalla disabilità.*

Il punto di partenza della politica finlandese in materia di disabilità è la garanzia del soddisfacimento dei bisogni di ogni persona. Per questo motivo ogni disabile, con il fine di ottenere uguale posizione nella società, struttura - assieme alle autorità competenti e ai suoi familiari - un piano individuale di servizi sociali e sanitari. Questo piano è uno strumento cooperativo che racchiude sia i progetti delle autorità sia il coinvolgimento e le necessità del soggetto.

La normativa sul piano dei servizi riguardanti la persona disabile è contenuta nel capitolo 2 "Service Plan" del Decreto 759/1987 *Support and assistance for the disabled*. Ogni piano viene controllato regolarmente e ha un soggetto referente che lo garantisce e lo gestisce nei confronti delle autorità che verranno coinvolte.

### *Immigrati*

Le norme antidiscriminatorie riferite agli immigrati nella Costituzione sono contenute nel capitolo 1, sezione 1, e nel capitolo 2, sezione 6.

La legge relativa ai diritti dei pazienti, *Act on Status and Rights of Patients* (785/1992), legalizza l'assistenza sanitaria per coloro che sono presenti sul territorio finlandese da e per un tempo relativamente lungo, senza correlare il diritto all'assistenza al possesso della residenza o della cittadinanza finlandese:

*Ogni persona che rimane permanentemente in Finlandia è senza discriminazione alcuna intitolata all'assistenza sanitaria e medica richiesta dal proprio stato di salute nei limiti delle risorse disponibili per l'assistenza sanitaria nel momento in oggetto.*<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Legge 380/1987, *Services and assistance for the Disabled Act*. Sezione 7.

<sup>43</sup> I compiti e i ruoli delle istituzioni sanitarie sono definiti dal *Primary Health Care Act* (66/1972).

<sup>44</sup> Legge 785/1992, capitolo 1, sezione 3 "Diritto a una buona assistenza sanitaria e alla relativa cura dei pazienti".

Queste leggi non si riferiscono però esplicitamente alla non discriminazione di beni e servizi e dunque all'accesso ai servizi sanitari. È vero però che il Piano nazionale contro la povertà e l'esclusione sociale cita fra le misure la protezione della salute degli immigrati proprio tramite l'equo accesso ai servizi. Viene infatti riportato:

*Sono stati fatti sforzi per garantire che i servizi sanitari siano accessibili a tutti i gruppi di popolazione presenti in Finlandia.*<sup>45</sup>

La legislazione finlandese permette l'attuazione di azioni positive. Fra queste si segnala quella che mira a favorire l'accesso ai servizi sanitari dei cittadini dei Paesi del Nord tramite l'utilizzo di lingue diverse dal finlandese.<sup>46</sup>

Oltre che la Costituzione, anche il *Primary Health Act* del 1972 (Legge n. 66) sancisce l'utilizzo della lingua di origine; infatti:

*Le municipalità o i consigli municipali congiunti per l'assistenza sanitaria, devono garantire ai cittadini dei paesi del Nord, se necessario, l'uso della loro lingua, cioè danese, finlandese, islandese, norvegese o svedese, nell'utilizzo dei servizi sanitari. In questi casi le municipalità o i consigli municipali congiunti per l'assistenza sanitaria devono capire, se possibile, se i cittadini dei Paesi del Nord possiedono la necessaria assistenza di interpretariato e traduzione (sez. 28).*

La discriminazione su base razziale viene punita dal Codice penale.

*Colui che nella pratica del proprio commercio e della propria professione, nell'esercizio dei propri doveri come funzionario pubblico, o nell'esercizio di altri doveri pubblici o nell'organizzazione di un incontro o raduno pubblico, rifiuta di servire una persona, rifiuta l'entrata a un luogo o incontro pubblico, o mette qualcuno in una posizione disuguale o inferiore senza una ragione accettabile e sulla base della razza, della nazionalità o dell'origine etnica, del colore, del linguaggio o della religione è punibile con [...] (cap. 11, sez. 9).*

#### *Malati di mente*

La normativa principale riferita alle persone con problemi mentali è conosciuta come *Mental Health Act*, Legge n. 1116 del 1990, che evidenzia:

*In aggiunta ad adeguati trattamenti e servizi, una persona che soffre di malattia mentale o di un qualche altro disordine mentale deve ricevere appropriati servizi di riabilitazione e assistenza adeguati alla sua riabilitazione medica o sociale [...].*

Questa legge specifica inoltre che l'offrire servizi inerenti la salute mentale è competenza delle municipalità come espresso nel *Primary Health Care Act* per ciò che riguarda i servizi sanitari, e nel *Social Welfare Act* per ciò che riguarda i servizi sociali.

---

<sup>45</sup> *National Action Plan against Poverty and Social Exclusion*, capitolo 2.

<sup>46</sup> Queste azioni positive si inseriscono nell'ampio e complesso progetto sanitario *Health Co-operation Programme in the Barents Euro-Artic Region* strutturato dal 1999 fra Finlandia, Norvegia, Svezia e alcune regioni dell'ex Repubblica sovietica.



L'emendamento della suddetta legge, avvenuto con la Legge 1423/2000, sottolinea inoltre come la strutturazione di un più equo accesso ai servizi mentali possa essere stabilita da un decreto governativo che però non è ancora entrato in vigore.<sup>47</sup> Rispetto alla fornitura di equi servizi per i malati mentali, finora è solo riportato che le municipalità:

*[...] devono assicurare che i contenuti e la diffusione dei servizi mentali da loro organizzati corrispondano ai bisogni della municipalità.*

E ancora:

*i servizi di salute mentale devono essere organizzati principalmente attraverso modalità outpatient e in modo da aiutare l'iniziativa propria del paziente nel cercare trattamento e soluzioni indipendenti.*

Il collegamento fra malattia mentale e accesso ai servizi sanitari viene inoltre ampiamente confermato dal Piano socio-sanitario nazionale *Target and Action Programme for Social Welfare and Health (TATO) 2000-2003*, che specifica come sia necessaria l'istituzione di particolari misure atte a facilitare l'accesso alla cura per i malati mentali.

### **5.2.3. Enti per l'uguaglianza**

*Council for Equality between Men and Women (TANE)*

Funziona in diretta connessione con il Ministero della salute e degli affari sociali, di cui è un *advisory body* permanente, con lo scopo di promuovere l'uguaglianza fra uomini e donne. Si occupa di:

- monitorare e promuovere nella società la realizzazione dell'uguaglianza fra i generi;
- elaborare proposte ed evidenziare le tematiche per le riforme legislative;
- adottare provvedimenti per influenzare l'uguaglianza fra i generi;
- incoraggiare la cooperazione fra le autorità, le parti sociali e le altre organizzazioni;
- promuovere l'attuazione di ricerche sull'uguaglianza fra i generi e la diffusione dei risultati emersi;
- seguire gli sviluppi internazionali inerenti le tematiche di genere.

*Gender Equality Unit*

Lavora sulla preparazione delle politiche governative in materia di uguaglianza di genere e sul coordinamento relativo alle tematiche internazionali perseguite dall'Unione europea, dalle Nazioni Unite, dal Consiglio d'Europa, dal Nordic Council of Ministers.

---

<sup>47</sup> Legge 1423/2000:

*Provisions to promote a more equitable access to mental health services and on the maximum times within which people must get access to examinations and care in respect of services provided under this Act can also be laid down by Government Decree.*

### *Ombudsman for equality*

Autorità indipendente atta a monitorare la corrispondenza fra applicazione reale e legislazione in materia di uguaglianza, in particolare quella riferita alla legge sull'uguaglianza fra donne e uomini. Effettua ispezioni e sopralluoghi sui luoghi di lavoro, di concerto con le altre autorità competenti.

Questo organo ha istituito un gruppo di lavoro per apportare, all'interno dell'ente stesso, le modifiche necessarie per rispettare i precetti contenuti nell'articolo 13 del Trattato di Amsterdam.

### *Parliamentary Ombudsman*

L'Ombudsman parlamentare agisce come garante della legalità in senso ampio, ha a che fare con reclami individuali contro autorità pubbliche, porta avanti indagini di propria iniziativa e fornisce *input* durante il processo preparatorio relativo a nuove normative. Possiede un'alta autorità morale esercitata attraverso ammonizioni o, nei casi più gravi, attraverso il ricorso alla Corte criminale.

### *Ombudsman for minorities*

Dall'inizio del 2002, tramite le Leggi 660/2001 e 687/2001, l'Ombudsman per le minoranze ha sostituito il precedente Ombudsman per gli stranieri istituito nel 1991.

È affiancato da un *advisory board* sulle tematiche inerenti le minoranze (ETNO - vedi oltre) composto da rappresentanti delle autorità, ONG e associazioni di minoranze etniche. Si occupa di:

- affrontare tutte le problematiche relative a immigranti, richiedenti asilo e rifugiati;
- supervisionare l'applicazione del principio dell'equo trattamento senza correlarlo al *background* nazionale ed etnico;
- promuovere le buone relazioni etniche;
- monitorare e migliorare lo *status* e i diritti delle minoranze etniche, promulgando iniziative, *report* e raccolte di informazioni.

Ha anche il compito di aiutare legalmente gli individui colpiti da discriminazione o razzismo.

### *Advisory Council for Ethnic Relations (ETNO)*

Opera in connessione con l'Ombudsman per le minoranze etniche e con il Ministero del lavoro e funge da *advisory body* su una serie di tematiche ad ampio spettro relative ai rifugiati, agli immigrati, al razzismo alle relazioni interrazziali.

### *Commission against racism, xenophobia, antisemitism and intolerance*

La Commissione contro il razzismo, la xenofobia, l'antisemitismo e l'intolleranza è un ente consultivo di derivazione governativa, finalizzato alla condivisione di proposte provenienti da diverse persone attive nel campo della lotta al razzismo, quali accademici, esperti legali, figure pubbliche e appartenenti a minoranze etniche.

### *Consiglio per gli anziani*

Istituzione costituita dai rappresentanti dei Consigli degli anziani strutturati su base locale e composti da funzionari pubblici, organizzazioni non governative, associazioni, ecc.

Obiettivi del Consiglio sono:

- aumentare la capacità di influenzare e migliorare la vita della popolazione anziana;
- promuovere la cooperazione fra le varie parti interessate;
- fungere da *advisory board* per il Ministero degli affari sociali e della salute;
- seguire tutte le politiche finlandesi relative all'invecchiamento della popolazione e agli schemi previdenziali, nonché le specifiche politiche sociali per gli anziani;
- monitorare la salute della popolazione anziana e il loro utilizzo dei servizi sanitari;
- controllare gli standard relativi alla qualità della vita;
- seguire la politica relativa all'invecchiamento della popolazione promossa dalla Comunità europea.

### *Advisory board for health and welfare in emergency conditions*

Istituzione permanente nominata dal Consiglio di Stato ogni cinque anni, ha lo scopo di promuovere la preparazione delle politiche di settore attraverso stretta attività con le parti sociali e gli *stakeholder*, al fine di realizzare, in qualunque circostanza, il miglior *welfare* sociale e sanitario possibile, sia a livello nazionale che comunitario o mondiale. Tende inoltre alla promozione della cooperazione nazionale e internazionale fra le autorità competenti in materia, in particolare per quanto riguarda le situazioni sanitarie e sociali eccezionali e di emergenza.

## **5.2.4. Progetti**

### *National project on safeguarding the future of health care service*

Questo progetto nazionale consiste in una chiamata da parte del Ministero degli affari sociali e della salute finalizzata al finanziamento di progetti nazionali e/o locali atti a garantire la sopravvivenza futura dell'attuale sistema sanitario, messo a dura prova da una serie di condizioni: invecchiamento della popolazione, mancanza di medici di base e riforma universitaria, necessità dell'utilizzo di tecnologia avanzata, ecc.

Oltre a fornire supporto finanziario, il Ministero assisterà la realizzazione pratica dei progetti approvati che, come prerequisito sostanziale, dovranno rispettare tutti i principi presenti dalla legislazione sanitaria in atto e rispondere ai criteri di gratuità e universalità caratterizzanti il sistema finlandese.

### *Include*

È un progetto iniziato nel 1996 e tuttora attivo, promosso dalla Finlandia (Stakes Finland) e finanziato dalla Comunità europea, che mira a offrire supporto telematico a prodotti e servizi designati dalla Comunità per le persone anziane e disabili. Racchiude al proprio interno 350 diversi progetti e 10 altri *partner*.

- Loughborough University of Technology - HUSAT, Regno Unito;
- Swedish Handicap Institute, Svezia;
- Danish Centre for Technical Aids for Rehabilitation and Education, Danimarca;
- Work Research Centre Ltd, Irlanda;
- Empirica Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung mbH, Germania;
- Fundesco, Spagna;
- Clas Thorén Consulting, Svezia;
- Biotrast UETP, Grecia;
- Institut de l'audiovisuel et des télécommunications en Europe, Francia;
- Royal National Institute for the Blind, Regno Unito;
- Telenor AS, Norvegia;
- European Disability Forum.

Il progetto:

- offre *knowledge* di base, metodi di utilizzo, contatti e *network* di relazioni;
- aiuta la strutturazione di dettaglio dei piani di lavoro in esso contenuti;
- raccoglie e compila *brochure* inerenti le necessità e le richieste della popolazione disabile e anziana;
- trasferisce le informazioni raccolte ai progetti e alla cittadinanza;
- elabora temi di studio sulla standardizzazione e legislazione delle politiche per la disabilità.

*Join!*

Mira alla riduzione delle discriminazioni e si articola in una serie di piccole iniziative diffuse sull'intero territorio finlandese.

Lo scopo del progetto è l'integrazione sociale dei gruppi di zingari, delle minoranze etniche, dei portatori di *handicap* e delle minoranze religiose presenti. L'integrazione viene promossa attraverso partecipazione diretta tramite una lista di necessità e priorità individuate dai partecipanti e comunicate alle autorità competenti.

Il progetto promuove poi l'instaurazione di un dialogo privilegiato e diretto con tutte le autorità pubbliche coinvolte nelle politiche sociali finlandesi.

*Assistenza domiciliare in Kittee*

Questo progetto istituito nella municipalità di Kittee copre una zona prevalentemente rurale e parte dal coinvolgimento dell'utenza alla quale si rivolge. Il progetto mira a istituire validi servizi domiciliari per la popolazione anziana e si è strutturato attraverso la partecipazione diretta delle istituzioni e dei destinatari. Sotto la guida di un ufficio municipale preposto, è stato istituito un pacchetto di servizi per anziani, che comprende la consegna di pasti pronti, la possibilità di fare acquisti con un accompagnatore, l'opportunità di avere i propri acquisti e la propria spesa recapitata direttamente a casa, la possibilità di avere un *tutor* di affiancamento nelle visite mediche e specialistiche,

la possibilità di essere immediatamente inseriti, se necessario, nel percorso di istituzioni e servizi socio-assistenziali istituzionali. A tutte le persone ultrasessantacinquenni residenti sul territorio è stato offerto il pacchetto dei servizi indipendentemente dal loro *status* sociale o economico.

#### *Corsi per mediatori sociali della Romani Educational Unit*

L'unità operativa Romani Educational Unit, specificatamente dedicata alla popolazione nomade presente in Finlandia, è stata creata all'interno del Finland's National Board of Education. In cooperazione con l'associazione Rhydys di mediatori nomadi attiva dal 1994, organizza corsi per mediatori sociali specializzati nella relazione con i popoli Rom, Sinti e nomadi, con l'obiettivo di agevolare la fruizione dei servizi pubblici finlandesi da parte dei popoli nomadi. Le persone che seguono i corsi - i futuri mediatori - appartengono alla popolazione nomade e verranno poi inserite con contratti *lavorativi ad hoc* presso le municipalità locali finlandesi.

## **5.3. Svezia**

### **5.3.1. Costituzione svedese**

La Costituzione svedese del 1975 ribadisce già al capitolo 1 "Principi di base" sia l'importanza detenuta dai cittadini nella strutturazione dello Stato:

*1. Tutti i poteri pubblici derivano dal popolo (cap. 1, art. 1),*

sia l'uguaglianza fra gli stessi cittadini:

*1. Il potere pubblico dovrà essere esercitato nel rispetto dell'equo valore di tutti e per la libertà e la dignità dell'individuo.*

*2. Il benessere personale, economico e culturale dell'individuo dovrà essere obiettivo fondamentale dell'attività pubblica. In particolare sarà compito della pubblica amministrazione assicurare il diritto al lavoro, all'abitazione e all'educazione, e promuovere l'assistenza sociale e la sicurezza sociale oltre a un buon ambiente di vita (cap. 1, art. 2).*

L'organizzazione della fornitura dei servizi sanitari non è però compito statale. Infatti, fin dal 1928 con la Legge sugli ospedali si struttura un sistema nel quale i Consigli delle Province (*County Councils*) sono gli organi legalmente responsabili per la fornitura dei servizi sanitari nei territori di loro competenza. Benché varie modifiche siano state applicate alla legislazione sanitaria e malgrado negli anni '90 le strutture sanitarie e le organizzazioni ospedaliere si siano profondamente trasformate - a causa dello spostamento del tradizionale modello universalistico verso un modello misto più simile a quello dell'Europa meridionale strutturato su unità più piccole e su una maggiore integrazione fra servizi sociali e servizi sanitari -, anche nello *Health Care Act* del 1982 si ribadisce, enfatizzandola ancor di più, questa loro responsabilità:

*[...] Ogni Provincia deve offrire buona sanità e buoni servizi medici alle persone che vivono entro i suoi confini [...] il consiglio provinciale deve indirizzarsi alla promozione della salute di tutti i residenti (cap. 2).*

Sempre nello stesso capitolo si sottolinea anche il diritto a un equo trattamento sanitario per tutti i cittadini. Si afferma infatti che i servizi sanitari pubblici devono fornire:

*[...] buona assistenza sanitaria per l'intera popolazione attraverso eque modalità,*

e che

*gli obiettivi fondamentali dell'assistenza sanitaria in Svezia sono il benessere e la cura sanitaria, forniti in termini di uguaglianza, per l'intera popolazione.*

Lo *Health and Medical Services Act (HMSA)* del 1983 è il principale documento relativo alla sanità svedese, che ha dato avvio anche a tutte le riforme attuate durante gli anni '90. Nei paragrafi 2 e 3 sottolinea più volte come debba essere proposta

*buona salute e buona cura in equi termini per l'intera popolazione,*

e, parallelamente, come l'assistenza sanitaria debba essere di buona qualità. Il paragrafo 2 specifica inoltre che al fine di qualificarsi come buona, l'assistenza sanitaria deve anche essere facilmente accessibile.

### **5.3.2. Accessibilità ai servizi socio-sanitari**

La Legge n. 307 del 2003, *Equal Opportunities Act*, relativa alle origini etniche, alla religione o al credo personale, alle tendenze sessuali e agli *handicap*, prevede un equo accesso a beni e servizi pubblici e privati, recependo e sottolineando in questo modo tutte le indicazioni comunitarie contenute nell'articolo 13 del Trattato di Amsterdam.

#### *Malati di mente*

La riforma inerente il settore della salute mentale *Mental Health Care Reform [Psykiatrireformen]* del 1995 mirava alla diffusione dell'equità.

*Ogni persona con difficoltà e disturbi mentali deve riuscire a ottenere integrazione sociale, al di fuori delle istituzioni per pazienti psichiatrici, e migliori condizioni di vita, in termini di uguaglianza con il resto della popolazione.*

#### *Anziani*

Il diritto alla salute della popolazione anziana è considerato come problematica di ampio spettro che investe una serie di attori politico-sociali diversi.

Attraverso la Riforma di Adel del 1992, la responsabilità dell'assistenza sociale e sanitaria della popolazione anziana è data alle municipalità sulla base del diritto alla salute inteso come diritto di politica sociale ricondotto al *Social Service Act* del 1982, che enfatizza il diritto individuale a ricevere servizi sociali in caso di bisogno.

Nel *Care Leave Act* del 1989 si offre l'opportunità a tutti coloro che si occupano dell'assistenza di un anziano - malato cronico, acuto o terminale - di ottenere dei giorni liberi dall'orario di lavoro ma retribuiti. Nel *Social Service Act* del 1997 si sottolinea in termini più generali come le municipalità debbano aiutare coloro che si prendono cura di un anziano.

*Le autorità locali devono offrire supporto alle famiglie e ai parenti, quando si prendono cura di un anziano, di un ammalato e di un membro della famiglia a carico.*

Il diritto alla salute della popolazione anziana inteso come diritto alla cura e all'assistenza medico-sanitaria viene incluso nello *Health and Medical Services Act* del 1983.

Nessuna di queste leggi evidenzia però la correlazione "accesso ai servizi sanitari - popolazione anziana".

### *Disabili*

La Costituzione riporta:

*Le istituzioni pubbliche devono neutralizzare le discriminazioni attuate sulla base [...] della disabilità (cap. 1, art. 2).*

Il Decreto legislativo del 2001 ha approvato la proposta di Legge *From Patient to Citizen: A National Action Plan for Disability Policy* strutturata attorno ad un ampio concetto di accessibilità alla cura e all'assistenza, intesa sia come accessibilità fisica agli edifici che come accessibilità all'intero sistema di servizi sociali e sanitari.<sup>48</sup>

Questo piano prende le mosse dalla Direttiva *UN's Standard Rules on the Equalisation of Opportunities for Persons with Disabilities* e attraverso il valore legalmente vincolante che possiede, dà a specifiche autorità alcune responsabilità di settore per promuovere l'uguaglianza fra cittadini disabili e non. Fra queste autorità è incluso anche il National Board sul Welfare e la Salute,<sup>49</sup> che si trova così in prima linea nella lotta alla discriminazione delle persone con disabilità. Il piano ha durata decennale, ma viene riesaminato a intervalli triennali, parallelamente a visite in loco per valutare la situazione esistente.

### *Immigrati*

Le norme antidiscriminatorie riferite alla popolazione immigrata sono contenute in alcuni articoli del secondo capitolo della Costituzione:

*A tutti i cittadini, nelle loro relazioni con l'amministrazione pubblica, vengono garantiti: libertà di espressione [...] (art. 1).*

*Tutti i cittadini devono essere protetti nelle loro relazioni con le amministrazioni pubbliche contro ogni coercizione a esprimere opinioni connesse all'ambito politico, religioso, culturale o simile. Essi inoltre devono essere protetti nelle loro relazioni*

---

<sup>48</sup> Già dal 1999 esiste in Svezia una legislazione specifica che proibisce la discriminazione dei disabili nel mondo del lavoro.

<sup>49</sup> Le altre autorità con specifiche responsabilità dirette di settore sono: Amministrazione del mercato del lavoro, Ferrovie svedesi, Ente per l'edilizia pubblica, la costruzione e la pianificazione, Agenzia dei consumatori svedesi, compagnie aeree svedesi, Poste e telecomunicazioni, Ente per il patrimonio svedese, Amministrazione marittima svedese, Agenzia nazionale dell'educazione, Consiglio nazionale per gli affari culturali, Amministrazione nazionale delle strade.

*con le amministrazioni pubbliche contro ogni coercizione a partecipare a meeting finalizzati alla formazione di opinioni, o a dimostrazioni o ad altre espressioni di opinione o di appartenenza a qualunque associazione politica, congregazione religiosa o altra associazione [...] (art. 2).*

*Nessun atto di legge o altro strumento normativo può autorizzare la discriminazione di un cittadino in quanto appartenente a una minoranza, o a causa della razza, del colore o dell'origine etnica (art. 15).*

Nel stesso capitolo vengono elencati tutti i diritti stabiliti per legge e riferiti, o riferibili, anche agli immigrati. Fra questi il diritto alla salute non viene espressamente menzionato. Si legge infatti:

*Uno straniero entro il Regno deve essere equiparato a un cittadino svedese rispetto a [...]:*

*7. protezione contro discriminazioni sulla base della razza, del colore della pelle, dell'origine etnica o del sesso (articoli 15 e 16) (art. 22).*

Nel Codice penale, l'articolo 9 si riferisce alla pena conseguente ad atti di discriminazione attuati sulla base della razza, del colore e dell'origine etnica e afferma:

*Un lavoratore che nella conduzione dei propri affari discrimina una persona sulla base della razza di questa persona, del colore, dell'origine nazionale o etnica, o delle credenze religiose, non avendo a che fare con questa persona nelle condizioni e nei modi normalmente applicati dal lavoratore nello svolgimento del proprio lavoro con altre persone, deve essere punito per discriminazione illegale con una multa o con la pena detentiva fino a un anno.*

### *Donne*

La parità dei diritti per le donne viene sancita dalla Costituzione al capitolo 1 "Principi di base".

*L'amministrazione pubblica deve promuovere ideali di democrazia come linee guida per tutti i settori della società. La pubblica amministrazione deve garantire pari diritti fra uomini e donne e proteggere la vita familiare e privata di ogni individuo (art. 2).*

Un concetto analogo, ma finalizzato anche a permettere azioni positive, viene ribadito nel capitolo 2, all'articolo 16:

*Nessun atto di legge o nessun altro strumento normativo può permettere la discriminazione di un qualunque cittadino sulla base del sesso, a meno che la disposizione pertinente non sia parte degli sforzi finalizzati a portare uguaglianza fra uomini e donne o si riferisca al servizio militare obbligatorio o a ogni corrispondente servizio nazionale obbligatorio.*



### **5.3.4. Enti per l'uguaglianza**

#### *Commissione parlamentare sulla politica per gli anziani*

Ha il compito prioritario di strutturare una serie di suggerimenti su come la politica sanitaria per gli anziani possa essere realizzata dal 2005 in avanti. I lavori della Commissione sono strutturati su tre aree principali:

- forme di lavoro salutare e popolazione anziana;
- forme di pensionamento in salute e benessere;
- assistenza sanitaria e servizi per le persone anziane.

#### *Commissione nazionale per la salute pubblica*

Istituita nel 1995 con lo scopo di strutturare proposte e strategie per promuovere la salute in Svezia. I risultati conclusivi della prima fase di lavoro (1995-2000) si sono indirizzati ai fattori determinanti della salute e a come i *gap* che erano presenti nella società potessero essere eliminati o quantomeno ridotti. Gli scopi da raggiungere erano buon livello di salute pubblica e uguaglianza in termini di salute.

Il Governo ha recepito le conclusioni della Commissione e attualmente è in via di approvazione un disegno di legge da tradursi in un Piano nazionale sanitario mirante proprio all'uguaglianza fra le persone in termini di accesso ai servizi sanitari, accesso alle cure e uguaglianza nei determinanti di salute modificabili.

#### *Office of the Disability Ombudsman e National Accessibility Centre*

L'*Handikappombudsmannen (HO)* è deputato alla protezione dei diritti delle persone disabili. È stato istituito nel 1994 attraverso la messa in pratica della *Law on Disability Ombudsman* e organizza progetti di ricerca sul territorio per valutare quanto efficacemente le politiche governative o locali siano state rispettate e, parallelamente, per indicare quali siano le priorità emerse. Questo ufficio, costituito dunque per monitorare le tematiche relative ai diritti e agli interessi dei disabili, lavora per raggiungere piena partecipazione e uguaglianza sociale per le persone con *handicap*. L'attività dell'Ombudsman è regolata da uno statuto che gli attribuisce lo speciale compito di rimediare alle deficienze legislative presenti nella normativa vigente e diffondere i temi relativi agli emendamenti normativi realizzati.

L'Ombudsman ha fornito ampio supporto legislativo non solo alle persone disabili e ai loro familiari, ma anche agli operatori e a coloro che lavorano su queste problematiche o su temi affini. Il cuore dell'attività del Ombudsman è infatti espletare funzioni di *advice* nell'ambito della disabilità. Un ulteriore compito è diffondere informazioni rispetto alle *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* delle Nazioni Unite, diffondere criteri di valutazione rispetto alle suddette regolamentazioni, investigarne le modalità applicative. Nello statuto dell'Ombudsman viene espressamente indicato come questo debba mantenere stretti contatti con il mondo degli affari affinché siano proprio il settore economico e gli stessi datori di lavoro coloro che per primi mettono in atto tutto il *corpus* normativo riferito alla disabilità.

Il rapporto fra Ombudsman e associazioni di disabili prevede almeno un incontro con cadenza semestrale affinché le problematiche avanzate a livello locale abbiano risonanza e piena considerazione anche sul piano nazionale.

Parte integrante dell'Ombudsman è anche il National Accessibility Centre, ente istituito nel 2001 a livello nazionale che funge da *advisory body* per tutte le tematiche relative all'accessibilità. È preposto a definire i concetti di uguaglianza e accesso rispetto alla disabilità e a dettagliare in teorie e prassi cosa significhi l'uguaglianza di accesso ai luoghi pubblici, alle attività culturali, ai servizi sociali e sanitari, alle attività e alle informazioni.

Questi concetti sono soggetti a modificazioni temporali e devono essere periodicamente ridefiniti. L'obiettivo ultimo del National Accessibility Centre è dunque quello di coordinare, offrire supporto, informazioni e guida per la creazione di una società accessibile a tutti, disabili inclusi.

#### *Equal Opportunities Ombudsman*

Il *Jämställdhetsombudsmannen (JämO)* è stato istituito nel 1980. Questo ente, sorto a difesa dell'*Equal Opportunities Act* legiferato sempre nel 1980 e riferito all'uguaglianza fra uomini e donne nel luogo di lavoro, esplica le proprie attività in riferimento alle condizioni del mercato del lavoro e all'attuazione di politiche di pari opportunità.

La legge sulle pari opportunità è formata da due parti distinte:

- misure attive atte a creare uguaglianza di genere sul luogo di lavoro;
- divieto di discriminazione sessuale.

Per misure attive si intendono sia la distribuzione di materiali, *depliant*, giornali e riviste, sia la partecipazione a corsi di formazione, seminari e convegni appositamente istituiti.

Lo scopo dell'atto è promuovere uguali diritti e uguali opportunità per uomini e donne rispetto al mondo del lavoro, alle tipologie di questo, alle condizioni e ai termini di lavoro, allo sviluppo delle opportunità per il lavoro. È compito del datore di lavoro porre fine alla persecuzione sessuale, alla discriminazione rispetto alla retribuzione e a ogni altra forma di discriminazione contraria all'uguaglianza fra i generi. Tutti i datori di lavoro con più di dieci lavoratori devono realizzare un piano - annualmente modificabile - riferito alle pari opportunità attive nell'impresa o sul luogo di lavoro. Questo piano deve elencare tutti gli *step* concreti e misurabili progettati per migliorare la situazione e le modalità con le quali verranno attuati. Ogni datore di lavoro è inoltre obbligato a fornire statistiche annuali riferite alle retribuzioni attuate e a eliminare e rettificare ogni differenza economica esistente fra lavoratori quando basata sul genere.

L'atto in oggetto si estende poi all'ambito familiare e affida al datore di lavoro il compito di rendere possibile per ogni dipendente il combinare efficacemente il ruolo genitoriale con quello lavorativo.

In caso di denuncia da parte di una lavoratrice o di un gruppo di persone, il primo obiettivo del JämO è cercare di convincere il datore di lavoro ad applicare e rendere efficace la legislazione in materia di pari opportunità. Nell'impossibilità di giungere a un accordo, il JämO può portare il caso davanti al Tribunale del lavoro (*Arbetsdomstolen*).

Nel caso invece che il datore di lavoro rifiuti di applicare le misure attive previste (mancata realizzazione del piano di genere, disinformazione rispetto alle pari opportunità, ecc.), il JämO può richiedere l'applicazione di una multa da pagarsi parallelamente all'attuazione delle regole preventivamente infrante.

*Ombudsman against ethnic discrimination (DO)*

L'Ombudsman contro la discriminazione etnica è stato creato nel 1986 con lo scopo di combattere le discriminazioni etniche presenti negli ambiti professionali e lavorativi e di tutelare coloro che ne sono state vittime. Per discriminazione etnica si intende ogni trattamento ingiusto o offensivo basato su razza, colore della pelle, credenze religiose, nazionalità o origini etniche. La creazione di questo Ombudsman è stata regolamentata dalla Legge n. 130 del 1993, *Legge per eliminare la discriminazione etnica nella vita lavorativa* accompagnata dalla Legge n. 131 del 1999. Gli ambiti ai quali l'Ombudsman si riferisce sono essenzialmente due:

- investigare e istigare procedimenti di corte nei casi di discriminazioni denunciate da individui;
- assicurarsi che i datori di lavoro tentino attivamente di proporre politiche di uguaglianza fra i loro lavoratori anche attraverso la definizione di obiettivi quantificabili da raggiungere (*set* di indicatori) e l'istituzione di misure concrete per promuovere la diversità etnica nella vita lavorativa.

Se i datori di lavoro si rifiutano di attuare le misure proposte dal DO, vengono direttamente riportati al Consiglio antidiscriminazioni che ha il potere di ordinare la messa in regola delle aziende, degli enti e delle istituzioni, a pena di sanzioni di diversa sostanza e tipologia anche se, come espresso nell'articolo 22 della Legge del 1999:

*L'Ombudsman contro le discriminazioni etniche deve, in prima istanza, provare a convincere i datori di lavoro ad accordarsi volontariamente alle norme contenute in questa legge.*

La protezione contro la discriminazione etnica esterna alla vita lavorativa ricade invece nell'ambito di pertinenza del Codice penale.

La Legge n. 131 del 1999 regola inoltre il ruolo del DO anche in altre sfere sociali:

*[...] l'Ombudsman deve lavorare affinché non si attui discriminazione etnica nella vita lavorativa o in altre aree della società (art. 2).*

Emerge allora un ruolo diretto del DO nel tentativo di stabilire accordi fra le parti rispetto a persone che hanno subito discriminazioni quando erano in cerca di alloggio, avventori di ristoranti, clienti bancari, utenti dei servizi sociali o del sistema educativo e scolastico presente sul territorio. Nel caso di istituzioni pubbliche che di prassi utilizzano procedure recepite come discriminatorie, il DO può sottoporre al Governo considerazioni, proposte di emendamenti legislativi o altre misure atte a combattere la discriminazione etnica in tutti gli aspetti della vita sociale.

### *Ombudsmannen mot diskriminering på grund av sexuell läggning (HomO)*

L'Ombudsman contro le discriminazioni relative all'orientamento sessuale è stato creato dopo l'approvazione della Legge n. 131 del 1999 relativa alla discriminazione basata sull'orientamento sessuale rispetto al luogo di lavoro (*Act against Discrimination in Working Life because of Sexual Orientation*).

In questo contesto, con orientamento sessuale ci si riferisce al comportamento sessuale di una persona, ovvero al suo essere omosessuale, bisessuale o eterosessuale. Questa legge non mira alla protezione particolare di un gruppo minoritario ma copre l'intera popolazione contro le considerazioni inerenti il comportamento sessuale degli individui e accreditate da un punto di vista normativo come irrilevanti.

L'HomO deve quindi assicurare che la normativa a esso inerente venga rispettata, che sui luoghi di lavoro non si attuino discriminazioni basate sull'orientamento sessuale e che anche nelle altre sfere della società esista uguaglianza fra cittadini. Esso non interviene mai nelle relazioni personali fra cittadini. Questo Ombudsman:

- svolge campagne informative e attività pubbliche sulle materie di sua competenza;
- partecipa come esperto nei contesti investigativi e legislativi;
- monitora il contesto internazionale, in particolare quello relativo alla Comunità europea.

Rispetto alle discriminazioni attuate in contesti lavorativi, esso può rappresentare le vittime o i datori di lavoro davanti al Tribunale del lavoro; rispetto alle discriminazioni esterne alla sfera lavorativa (ad esempio inerenti il settore immobiliare) e punite dal Codice penale, può soltanto fornire informazioni di carattere legislativo o relative alla giurisprudenza, e consigliare con quali modalità far rispettare i propri diritti.

### *Barnombudsmannen (BO)*

L'Ombudsman dei bambini e dei minori ha il fine di proteggere i diritti dei bambini e dei giovani sulla base del rispetto della Convenzione delle Nazioni Unite *Rights of the Child*.

Il BO è stato istituito con atto parlamentare nel 1993 e dal punto di vista amministrativo e finanziario ricade sotto le competenze del Ministero della salute e degli affari sociali, benché nello svolgimento delle proprie attività sia organo totalmente autonomo. Ha cinque ambiti di azione privilegiati:

- applicare e mettere in pratica la Convenzione delle Nazioni Unite con parallela campagna di informazione destinata ai bambini e agli adulti svedesi, nonché alle pubbliche amministrazioni presenti sul territorio;
- occuparsi di bambini in situazioni di vulnerabilità (dall'abuso sessuale al bullismo);
- monitorare e migliorare l'influenza dei bambini e dei giovani nella scuola e nella società;
- salvaguardare e promuovere le condizioni dei bambini e dei giovani da un punto di vista legale, politico e sociale;
- coordinare e sviluppare attività pubbliche inerenti la sicurezza dei bambini e dei giovani.

Uno dei compiti più importanti del BO è anche rappresentare i bambini e i giovani nei dibattimenti pubblici con l'obiettivo di diffondere le loro opinioni e far sì che queste ricevano il dovuto rispetto e la necessaria considerazione. Le opinioni dei ragazzi vengono raccolte con mezzi diversi: questionari e studi, lettere, Internet (<http://www.bo.se>), riviste e linee telefoniche riservate e gratuite (*BO Direct Line*).

Il BO è intitolato ad azioni di *advice* sia per emendamenti legislativi nazionali che per attività e procedure relative alle municipalità e ai Consigli di contea. Collabora a un'ampia gamma di iniziative su tematiche relative a bambini e giovani, promuove ricerche e realizza *report* annuali per le autorità governative competenti in materia, finalizzate a mostrare le condizioni relative ai bambini (dalle condizioni abitative a quelle educative, dallo stato di salute a quello sociale).

#### *Parliamentary Ombudsman (JO)*

Questo Ombudsman, le cui radici risalgono a oltre 200 anni fa, ha lo scopo di denunciare casi di cattiva amministrazione o di trattamento inadeguato attuati da amministrazioni pubbliche comunali e nazionali e dai dipendenti pubblici in esse inseriti. Tutti i casi presentati vengono poi indagati dettagliatamente. Da questo Ombudsman è nata l'istituzione europea del mediatore sociale. Un ulteriore obiettivo è migliorare lo svolgimento del lavoro delle autorità pubbliche rafforzando parallelamente la fiducia nelle istituzioni.

### **5.3.6. Progetti**

#### *Terraferm*

Iniziato nel 1995 e ancora attivo, è rivolto alle donne immigrate per offrire loro aiuto e servizi. Integra le politiche sociali e sanitarie pubbliche e offre aiuto in caso di violenza, possibile violenza, abuso da parte di uomini, necessità di sicurezza. Vuole insomma da un lato illuminare i problemi delle immigrate e dall'altro offrire loro un processo di *empowerment*.

Ma offre anche altro: pubblica libretti in dodici lingue distribuiti attraverso diversi canali, fra cui i corsi di svedese per immigrati; offre consulenze rispetto ai diritti al lavoro e alla salute; utilizza bus che si spostano nei piccoli centri e spesso organizza drammatizzazioni.

In caso di necessità le donne ricevono aiuto da altre donne specializzate e in grado di parlare fino a venti diverse lingue, per non dover utilizzare servizi di interpretariato.

*Terraferm* cerca anche di eliminare i pregiudizi degli svedesi rispetto agli immigrati e coordina azioni congiunte con i rappresentanti del mondo della salute.

### *Design for all*

Nel 2001, anno dell'architettura e del *design* svedesi, il governo ha lanciato una serie di progetti su scala locale e nazionale per promuovere e incentivare il *design* di prodotti e accessori di uso quotidiano accessibili a tutti, anche ai disabili.

I prodotti da realizzare andavano da quelli relativi alla tecnologia dell'informazione a quelli utilizzabili ogni giorno nelle strutture pubbliche, soprattutto sanitarie (pulsanti, porte, sedie, macchinette automatiche, *tabloid* informativi, ...). Tutte le scuole secondarie del paese sono state coinvolte nel progetto. Le autorità pubbliche sono state le prime a utilizzare i migliori progetti di *design* emersi dall'iniziativa.

### *Indagine sulla disabilità 2001-2002*

Al fine di avere una chiara panoramica della situazione del paese, il National Board of Health and Welfare - massima autorità in materia di sanità - ha lanciato nel 2001-2002 un'indagine sul mondo dei disabili finalizzata a:

- studiare gli aspetti relativi all'accessibilità ai programmi sociali messi in atto nelle diverse municipalità svedesi;
- studiare l'accessibilità ai programmi di riabilitazione destinati a bambini e adolescenti;
- studiare i programmi sanitari destinati ai bambini disabili in relazione ai gruppi di età;
- evidenziare gli aspetti da integrare con altri settori delle politiche nazionali affinché emerga come e dove il Ministero della salute e del welfare debba intersecare il proprio lavoro con quello delle altre istituzioni per realizzare migliori programmi sociali, educativi, psicologici, medici, culturali e di opportunità destinati ai disabili, in particolare bambini e adolescenti.

### *Centro di riabilitazione congiunto di Vantör*

Sorge in un'area con un'alta percentuale di emarginazione sociale, disoccupazione e problemi sociali. È un centro sperimentale gestito dalla municipalità della cittadina, che di fatto è la pubblica amministrazione locale competente per offrire servizi a supporto di anziani e disabili.

Questo centro è definito congiunto in quanto offre sia servizi per entrambe queste categorie di persone sia servizi residenziali, di *day care* e assistenza domiciliare. Funge insomma da punto di riferimento municipale per tutte le attività sanitarie, sociali e di inserimento occupazionale per le persone che ricadono entro le sue competenze.

Il centro segue una politica indirizzata al miglioramento della qualità dei servizi offerti attraverso un uso razionale delle risorse capace di assicurare risposte appropriate e personali ai bisogni degli individui. Questa politica viene perseguita attraverso il raggiungimento di quattro gruppi di obiettivi:

- migliorare la salute e la qualità della vita attraverso la prevenzione del deterioramento fisico ottenibile attraverso un approccio riabilitativo;
- combattere l'isolamento degli anziani permettendo loro di vivere vite indipendenti e attive;

- offrire cooperazione e dimensione di rete efficace fra gli operatori e le diverse strutture presenti sul territorio;
- attuare un monitoraggio efficace dell'utilizzo delle risorse e un'esplorazione continua delle possibilità di sviluppo e del consolidamento dei servizi offerti.

Alla base del lavoro vi è la lotta attiva alla discriminazione e l'agire politiche e prassi di inclusione sociale.

### *Healthy Ageing*

Questo progetto, finanziato dalla comunità europea e gestito da NIHP Sweden in collaborazione con EuroHealthNet - ovvero con il *Network* europeo delle Agenzie per la promozione della salute (ENHPA) creato nel 1996 al quale aderiscono i rappresentanti dei quindici Stati membri dell'Unione europea - promuove l'invecchiamento sano della popolazione ultracinquantenne attraverso un approccio olistico alla salute. Il progetto è finalizzato alla raccolta dei dati sullo stato di salute della popolazione anziana nei diversi Stati europei e alla strutturazione di raccomandazioni per la Comunità europea che sottolineino la promozione della salute fra la popolazione anziana considerando le diverse differenze culturali, locali e organizzative esistenti nei territori.





## 6. Accessibilità nei paesi del modello liberale

### 6.1. Irlanda

#### 6.1.1. Diritti costituzionali

Nella Costituzione, all'articolo 40, viene ribadita l'uguaglianza fra individui:

*Tutti i cittadini devono, in quanto esseri umani, essere trattati equamente davanti alla legge [...]*

*Lo Stato deve garantire attraverso le proprie leggi il rispettare, e fin quanto possibile, il difendere e il vendicare i diritti personali di tutti i cittadini. Lo Stato deve, in particolare, attraverso le proprie leggi, proteggere al meglio da attacchi ingiusti e, in caso di ingiustizia realizzata, vendicare la vita, la persona, il buon nome e i diritti di proprietà di ogni cittadino all'esercizio di tali diritti, soggetti all'ordine pubblico e alla moralità.*

#### 6.1.2. Accesso ai servizi socio-sanitari

Alcune leggi si strutturano come basi e fondamenta per l'organizzazione sanitaria. Esse sono poi affiancate da principi guida che - assieme alle priorità individuate a livello di *health board* (autorità sanitarie regionali)<sup>50</sup> - vengono raccolti nei piani sanitari (*health strategies*).

Il Piano sanitario *Quality and fairness. A health system for you* - entrato in vigore nel 2001 e attualmente in atto - costituisce il proseguimento e l'implementazione di quello elaborato nel 1994 *Shaping a healthier future*, che ha rappresentato un forte punto di rottura con la programmazione precedente in quanto fautore di una complessità di approcci, valori, *task* e obiettivi fino ad allora poco considerati. Uno dei quattro principi guida sui quali poggia il Piano sanitario è proprio l'uguaglianza in materia di salute; a questo proposito l'articolo 21 dello Statuto WHO riporta:

*ogni individuo deve avere opportunità eque e corrette per raggiungere il proprio benessere potenziale e nel raggiungere questo potenziale nessuno deve essere discriminato.*

---

<sup>50</sup> Tutti gli *health board*, istituiti con l'*Health Act* del 1970, e definiti a livello di responsabilità interne ancora meglio con l'*Health (Amendment) (n. 3) Act* del 1996, seguono le direttive nazionali.

I diritti umani dei cittadini vengono riconosciuti dallo *Human Rights Commission Act* del 2000; la non discriminazione per tutti gli individui, riferita all'utilizzo dei servizi pubblici, viene perseguita dall'*Equal Status Act* del 2000. Questa legge riporta infatti testualmente come nessuno possa essere discriminato nell'accedere ai servizi pubblici e possa discriminare nel fornire egli stesso un servizio:

*Una persona non può discriminare nell'offrire generalmente beni al pubblico, o a una sezione di pubblico o nel fornire un servizio [...] (sez. 2).*

Nella stessa legge viene anche ben specificato cosa si intende per discriminazione:

*[La discriminazione è] il trattamento di una persona in modo meno favorevole rispetto a come un'altra persona è, è stata o sarebbe trattata sulla base del genere, dello stato civile, dello stato familiare, dell'orientamento sessuale, dell'età, delle credenze religiose, della disabilità, della razza, dell'essere membro di una comunità nomade.*

E parallelamente viene descritto cosa si intende per servizio:

*accesso e utilizzo di ogni luogo [...], disponibilità di servizi bancari, assicurativi, di credito, prestito e finanziamento, di divertimento, intrattenimento e ricreazione, attività culturali, trasferite e trasporti [...] servizi professionali o commerciali (sez. 2).*

Un altro strumento legislativo importante è l'*Employment Equality Act* del 1998. Questa normativa - nata sia per implementare il *Discrimination Act - Unfair Dismissal Act* del 1974 riferito solo agli aspetti remunerativi del lavoro, sia per concretizzare le direttive europee - si riferisce all'accesso al mondo del lavoro, al *training* e alla formazione, all'avanzamento di carriera, alle condizioni di lavoro e ai licenziamenti.

I risultati della ricerca *Equity of Access to Healthcare* attuata su scala nazionale e in via di pubblicazione, presentati nel *National Economic and Social Forum Report* e richiesti dal Ministero della sanità irlandese, saranno in grado di offrire una panoramica precisa e un'analisi aggiornata inerente proprio l'accesso ai servizi sanitari in Irlanda.

#### *Anziani, disabili e malati mentali*

Nel giugno 2002 la Equality Authority ha pubblicato il *report Implementing Equality for Older People in Ireland* dal quale si evince come debba essere messa in atto una strategia positiva di risposta alla impellente necessità di migliorare la qualità di vita delle persone anziane.

Oltre ai due *Equal Act* e alla Costituzione, non esistono però altre normative specifiche che portano avanti i diritti delle persone anziane, dei malati mentali e/o dei disabili rispetto all'accesso ai servizi socio-sanitari.

### *Donne*

L'accesso ai servizi sanitari specificatamente riferito alle donne è un obiettivo perseguito in maniera chiara fin dal 1997.<sup>51</sup> Nel 1995 il Dipartimento della salute ha infatti lanciato una consultazione *Developing a policy for women's health: A discussion document*, culminante nel *Plan for Women's Health* (1997-1999). Con la pubblicazione del Piano, l'Irlanda è stata la seconda nazione dopo l'Australia ad avere una politica nazionale specificatamente riferita alla salute delle donne.<sup>52</sup>

Il Piano evidenzia alcuni obiettivi principali, in stretta correlazione con il *target* della ricerca:

- massimizzare il miglioramento sociale delle donne irlandesi;
- creare un servizio sanitario a misura di donna.

Diretta conseguenza del Piano per la salute delle donne è stata la creazione della *Women's Health Policy Unit*, dei *Women's Health Advisory Committees* e del *Women Health Council*.

Rispetto alla maternità, lo strumento normativo *Health Act* sottolinea la disponibilità nonché la gratuità delle cure mediche riportando:

*L'autorità sanitaria deve, in accordo con le norme, rendere disponibili a titolo gratuito servizi medici, chirurgici, di ostetricia, ospedalieri e specialistici per perseguire la salute delle donne nel rispetto della maternità.*<sup>53</sup>

### *Immigrati*

Le norme antidiscriminatorie costituzionali sono contenute nell'articolo 40 della Costituzione e nei due *Equality Act*. Con valore penale, vi è la Legge di proibizione di incitamento all'odio *Prohibition of Incitement to Hatred Act* del 1989.

Le cure mediche destinate ai rifugiati politici e agli immigrati sono garantite loro dall'*Immigration Act* del 1999, strumento che poggia sul *Refugee Act* del 1996<sup>54</sup> e sulla Convenzione di Ginevra del 1951:

*[uno straniero] deve essere intitolato a ricevere, nei termini e nelle condizioni applicabili ai cittadini irlandesi, la stessa assistenza medica e gli stessi servizi oltre che i medesimi benefit sociali ai quali i cittadini irlandesi sono intitolati.*<sup>55</sup>

---

<sup>51</sup> Anche l'attuale Piano sanitario *Quality and fairness: A health system for you* riconosce la prospettiva di genere in materia sanitaria.

<sup>52</sup> Allo stesso modo di quanto fatto per le donne, l'Irlanda sta sviluppando il Piano per la salute delle persone nomadi che vivono sul territorio, *National Traveller Health Strategy 2002-2005*.

<sup>53</sup> *Health Act*, 1953 ed emendamenti successivi, capitolo 16, parte 1.

<sup>54</sup> Questo strumento, nato dalla convenzione di Ginevra del 1951 e inerente lo *status* di rifugiato e immigrato, è stato emendato con l'*Immigration Act* del 1999. Esso rappresenta il massimo strumento della legislazione nazionale in materia.

<sup>55</sup> *Immigration Act*. 1999, 3. (2) (a).

### **6.1.3. Enti per l'uguaglianza**

#### *Equality Unit*

Inserita nel *Department of Justice, Equality and Law Reform*, realizza ricerche informative di supporto ai diversi dipartimenti in vista dell'implementazione del Piano di sviluppo nazionale. Non possiede alcuna autorità per costringere i diversi dipartimenti a rispettare la legge e le buone prassi in materia di uguaglianza e non ha nessun potere istituzionale per far sì che i propri *report* in materia di uguaglianza di genere si traducano in qualcosa di altro rispetto a semplici dichiarazioni di intenti o buona prassi.

La *Equality Unit* ha istituito al proprio interno il *National Consultative Committee on Racism and Interculturalism* composto da una *partnership* di dipartimenti governativi, autorità pubbliche, organizzazioni governative e non, riuniti allo scopo di sviluppare programmi e azioni integrate di lotta al razzismo. Questo Comitato svolge azione informativa e di *advisory* per il governo.

#### *ODEI / Equality Tribunal*

L'*Office for the Director of Equality Investigations*, istituito attraverso la *Employment Equality Agency* (EEA) nel 1998, è l'ufficio preposto all'investigazione e alla mediazione, con poteri di indagine e decisioni vincolanti per le parti dei casi di discriminazione riferiti ai contesti lavorativi.

È la principale organizzazione indipendente per ascoltare casi e raccogliere le istanze della *Equality Authority*. È un ente quasi giurisdizionale che si occupa nello specifico di discriminazione avvenuta sulla base del genere, dello stato civile, dello *status* familiare, dell'orientamento sessuale, delle credenze religiose, dell'età, della disabilità, della razza (incluso colore, nazionalità o origine etnica) o dell'appartenenza alle comunità nomadi. Le discriminazioni vengono punite quando riferite al lavoro, compreso l'accesso al mondo del lavoro, alla fornitura di beni e servizi, all'accesso all'abitazione, alla disponibilità di beni e proprietà, a certi aspetti dell'educazione. È l'organo irlandese deputato all'*advocacy* in materia di discriminazione razziale.

#### *Equality Authority (EA)*

Parallelamente agli strumenti legislativi e come sviluppo dell'*Employment Equality Act* del 1998, il 18 ottobre 1999 è stato istituito l'ente indipendente *Equality Authority*. Questa autorità sostituisce la *Employment Equality Agency* costituita con l'approvazione dell'atto nel 1998, e ha ampi ruoli e funzioni, agendo nella difesa e promozione dei diritti stabiliti negli *Equality Act* oltre che nell'individuazione delle discriminazioni nel campo del lavoro, del *training* formativo, della pubblicità, degli accordi collettivi, della fornitura di beni e servizi, ecc. Essa lavora attraverso un servizio legale interno e individua e riconosce

le discriminazioni attuate a causa del genere, dello stato civile, dello stato familiare, dell'orientamento sessuale, dell'età, delle credenze religiose, della disabilità, della razza, dell'essere membri di una comunità nomade.<sup>56</sup>

Uno dei ruoli ai quali è preposta la *Equality Authority* è la consulenza al lavoratore discriminato e la mediazione. Gli altri ruoli riguardano essenzialmente la *leadership* nel:

- costruire un impegno reale per combattere le problematiche relative all'uguaglianza;
- creare ampia conoscenza delle problematiche relative all'uguaglianza;
- sostenere la diversità nella società irlandese;
- attivare un processo di *mainstreaming* in merito al contesto di uguaglianza e attraverso tutti i settori;
- lavorare per l'eliminazione della discriminazione e la promozione di legislazioni paritarie e di uguaglianza di relazioni in tutti i settori della società civile.

#### *Comharle*

Istituzione creata nel 2000 e composta da una rete di centri di informazione dei cittadini che consiglia i gruppi meno avvantaggiati - quali le minoranze etniche - sull'esercizio dei propri diritti presso i servizi sociali e sanitari.

L'organizzazione fornisce anche informazioni sull'utilizzo e sulla progettazione di edifici per ridurre i problemi delle persone disabili.

#### *National Disability Policy*

La funzione principale di questo organismo è svolgere funzione di *advisory* per il Ministero in relazione a qualunque tipologia di disabilità. La *mission* è la promozione e la garanzia del rispetto dei diritti delle persone disabili in nome dello Stato irlandese, attraverso:

- l'influenza positiva sulla politica pubblica e sulla legislazione;
- l'assicurare servizi di alto livello e buona qualità per le persone disabili.

#### *Women's Health Policy Unit*

Organismo collegato al Department of Health and Children e istituito con lo scopo di fornire una panoramica della salute delle donne nel paese. Raccoglie dati statistici e monitora lo stato di salute di tutta la popolazione femminile. Agisce anche a livello internazionale.

#### *Women's Health Advisory Committees (WHACs)*

Le aree di azione di queste Commissioni sono essenzialmente due:

- creazione di gruppi di lavoro fra le agenzie sanitarie pubbliche e quelle private o non obbligatorie;
- consultazioni dirette con donne in materia di salute e diffusione dei risultati ai diversi Ministeri svolgendo con ciò funzione di *advisory*.

---

<sup>56</sup> Queste 9 categorie sono definite nella sezione 6 (2) dell'*Employment Equality Act* del 1998 e nella sezione 3 (2) dell'*Equal Status Act* del 2000.

### *Women's Health Council (WHC)*

Ente consultivo, strutturato secondo *stakeholder*, esperti e organizzazioni diverse, creato direttamente dal Ministero della sanità in risposta alle norme contenute nella Legge n. 278 del 1997. Compito specifico del WHC è occuparsi di tutto ciò che riguarda la salute e il benessere delle donne. I tre principi guida riguardano prioritariamente proprio l'accesso ai servizi sanitari e sottolineano:

- l'uguaglianza basata sulla diversità; la necessità di sviluppare servizi flessibili e accessibili, capaci di rispondere equamente ai diversi bisogni e alle diverse situazioni delle donne;
- la qualità nel fornire e distribuire servizi sanitari a tutte le donne lungo tutto l'arco della loro vita;
- la rilevazione dei bisogni in materia di salute delle donne.

*Il Women's Health Council esiste per influenzare lo sviluppo della politica sanitaria a livello regionale, nazionale e internazionale affinché alle donne vengano assicurate la migliore salute e il miglior guadagno sociale possibili.*

### *Human Rights Commission*

Istituita attraverso lo *Human Rights Commission Act* del 2000 e preposta a:

- condurre indagini;
- fornire assistenza legale ai cittadini;
- istituire procedure legali.

Lo scopo istituzionale della Commissione è infatti

*promuovere la comprensione e la consapevolezza dell'importanza dei diritti umani nello Stato e, per questi scopi, attuare, sponsorizzare o commissionare, o fornire assistenza finanziaria o altri tipo di assistenza per attività educative e di ricerca.<sup>57</sup>*

### *Irish Refugee Council*

Organizzazione non governativa indipendente con funzioni consultive e di *advisory* per il governo in materia di rifugiati, che è servita anche a portare avanti le istanze di tutti gli immigrati e non solo di quelli formalmente rappresentati dal *Council*.

Questo organismo asserisce che una società equa è una società che si preoccupa anche di eliminare le disuguaglianze in campo sanitario,<sup>58</sup> ribadendo così i principi espressi in più occasioni dall'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani.

---

<sup>57</sup> *Human Rights Commission Act*. 2000, sezione 8 (e).

<sup>58</sup> Vedi anche Fanning, Loyal, 2000.

#### **6.1.4. Progetti**

##### *National Anti-Poverty Strategy (NAPS)*

Cogliendo le indicazioni proposte al *Summit* mondiale delle Nazioni Unite di Copenhagen nel marzo 1995 - eliminazione della povertà assoluta nei paesi in via di sviluppo, riduzione della povertà in generale e delle ineguaglianze ovunque nel mondo - e dai dati emersi dalla ricerca del 1994-1997 *Living in Ireland. Survey*, nel 1997 il governo ha deciso di adottare e strutturare la *National Anti-Poverty Strategy (NAPS)*. Scopo della Strategia era affrontare la povertà seguendo un approccio multilaterale, trasversale a tutti i dipartimenti governativi.

Il 16 marzo 2001 la NAPS è stata posta sotto discussione per essere modificata: i diversi organismi preposti sono stati invitati a inviare le proprie proposte di emendamento. Nel 2002 è stata elaborata la nuova versione *NAPS Review 2002*, nella quale si afferma:

*L'obiettivo generale è ridurre le ineguaglianze che esistono nella salute della popolazione attraverso il rendere la salute e le disuguaglianze sanitarie centrali nella politica pubblica agendo sui fattori sociali che influiscono sullo stato di salute, attraverso il miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari e sociali per le persone che sono povere o socialmente escluse, e attraverso il miglioramento dell'informazione e della ricerca in relazione allo status di salute e all'accesso ai servizi di questi stessi gruppi.*

##### *Women. The Picture of Health: A Review of Research on Women's Health in Ireland*

Ricerca realizzata nel 1999 dal *Women's Health Council* su tutto ciò che è stato pubblicato in Irlanda, letteratura grigia esclusa, sulla salute delle donne. Ampio spazio è dedicato al tema dell'uguaglianza e dell'accesso ai servizi. Vi è una dettagliata bibliografia e un capitolo dedicato ai settori verso i quali la ricerca dovrebbe espandersi.

##### *A baseline study of poverty*

Consiste in una raccolta quantitativa realizzata dalla provincia del North and West Connemara sui dati riferiti alla povertà, e in una parallela raccolta qualitativa sulla natura della povertà. Lo studio si focalizzava sui nuclei abitativi iscritti alle liste mediche pubbliche, e ha evidenziato:

- presenza di molte abitazioni sotto il livello standard;
- misere infrastrutture di comunicazione;
- necessità di raggiungere Galway per ottenere molti dei servizi sanitari necessari;
- popolazione anziana in condizioni particolarmente svantaggiate, con servizi socio-sanitari non coordinati e presenti solo nelle zone urbane.

##### *Perspectives on the provision of counselling for women in Ireland*

Commissionato dal *Women's Health Council* e realizzato dalla *National University of Galway*, dal *Women's Studies Centre* e dal *Centre for Health Promotion Studies*, il progetto nasce dai processi di consultazione per la creazione del Piano per la salute

delle donne e dalle numerose critiche che, in quella occasione, sono emerse nei confronti della gestione dei servizi sanitari, *in primis* quelli riguardanti la salute mentale. I servizi erano parsi infatti inadeguati rispetto alle esigenze femminili e difficilmente accessibili.

Si decise allora di lavorare assieme a donne e professionisti per migliorare i servizi di *counselling* e per fare sì che essi venissero percepiti positivamente dalle utenti. Il progetto realizzato è stato articolato in quattro fasi:

- raccolta del materiale di studio riguardante *counselling* e psicoterapia, focalizzandosi specialmente sugli sviluppi recenti della ricerca, le metodologie valutative, la situazione irlandese;
- realizzazione di diverse tipologie di questionari (autocompilazione, semistrutturati, ecc.) destinati a differenti tipologie di utenti: donne, personale medico, *staff* dei servizi, volontari, ecc., al fine di evidenziare la loro percezione dei servizi sanitari in oggetto;
- attuazione di interviste a testimoni privilegiati;
- comparazione dell'esistente su scala nazionale (dai materiali prodotti alla documentazione raccolta) e analisi conclusiva.

*Rural transport difficulties: How do elderly patients get to out-patients?*

L'Ospedale generale di Nenagh ha svolto una ricerca<sup>59</sup> sulle modalità con le quali 40 pazienti anziani fra i 70 e i 90 anni si sono recati alle visite ospedaliere in *day care* nei reparti di geriatria e urologia. È emerso che il 50% dei pazienti proveniva da una zona distante più di 20 miglia.

Circa la metà dei pazienti non necessitava di alcun ausilio alla deambulazione mentre gli altri avevano bisogno di un bastone, di un appoggio, di una sedia a rotelle, di una persona o di una combinazione di più dispositivi.

Nessuno dei pazienti ha raggiunto l'ospedale utilizzando i mezzi pubblici: 4 pazienti sono arrivati in ambulanza, 5 guidando autonomamente l'auto, uno in taxi, uno in macchina con un volontario dei servizi sociali, uno con la macchina presa a prestito da un vicino, uno con un passaggio richiesto ai vicini di casa, uno in autostop.

Circa la metà dei pazienti è arrivata con un familiare e circa la metà di questi ha dovuto prendere mezza giornata di ferie o trovare una babysitter per i minori loro dipendenti per accompagnarli. Tranne che per la persona che ha utilizzato il taxi, l'aspetto economico non ha rappresentato un problema. Più della metà delle persone intervistate ha affermato invece di avere incontrato notevoli difficoltà nell'accedere al servizio loro necessario.

La ricerca conclude sottolineando come, soprattutto nelle zone rurali, sia difficile frequentare i reparti ospedalieri da esterni e come nel prenotare le visite per i pazienti anziani debbano essere considerati anche i fattori relativi sia alla rete di relazioni del paziente sia alla rete dei trasporti presente sul territorio. Il trasporto è tema allora della salute pubblica così come lo è l'accesso alle strutture sanitarie.

---

<sup>59</sup> Pubblicata sul *Research Bulletin*, National Institute of Health Sciences, 1 (4), 2002.



## 6.2. Regno Unito

Il Regno Unito non possiede una Costituzione scritta. Nel 1998 ha però ratificato tutti i diritti umani stabiliti dalla Convenzione europea tramite lo *Human Rights Act*, che viene così a sostituire proprio la parte delle Carte costituzionali dedicate ai diritti dei cittadini. In esso infatti viene ribadito:

- il diritto alla vita;
- la protezione dalla tortura o da comportamenti inumani o punizioni degradanti;
- la protezione dalla schiavitù e dal lavoro coatto o forzato;
- il diritto alla libertà e alla sicurezza personale;
- il diritto a un processo equo;
- la protezione da rivendicazioni criminali;
- la protezione della vita privata e familiare;
- la libertà di pensiero, coscienza e religione;
- la libertà di espressione.

### 6.2.1. Accesso ai servizi socio-sanitari

Attualmente il Sistema sanitario nazionale inglese (NHS) è in via di profonda ristrutturazione. Questa ristrutturazione, basata su documenti legalmente vincolanti, pone l'accesso indiscriminato per tutte le persone presenti sul suolo inglese come requisito e caratteristica fondante del nuovo sistema.

#### *Disabili*

La legge che tratta la discriminazione contro le persone disabili in materia di lavoro, fornitura di servizi sia privati che pubblici, educazione e trasporto pubblico è il *Disability Discrimination Act (DDA)* del 1995, entrato in vigore il 1° dicembre 1998. In questa legge la parte relativa alla fornitura di servizi riporta che:

*È illegale per un fornitore di servizi discriminare una persona disabile:*

1. rifiutando di fornire o non fornendo deliberatamente a una persona disabile qualunque servizio che egli fornisce o che è preparato a fornire a qualunque membro della popolazione;
2. nel non osservare qualunque dovere che lo riguarda il cui effetto rende impossibile o irragionevolmente difficile, per la persona disabile, l'utilizzo di un servizio;
3. attraverso lo standard del servizio o la modalità con cui lo fornisce alla persona disabile;
4. nei termini con cui fornisce un servizio alla persona disabile.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> *Disability Discrimination Act*. 1995, Part III, 19 "Goods, facilities and services".

Nella legge si specifica inoltre che viene considerato fornitore di servizi chiunque sia coinvolto nella erogazione in tutto il Regno Unito di servizi al pubblico o a una sezione di pubblico, ed è irrilevante che tale fornitura avvenga dietro pagamento o a titolo gratuito.

### *Malati mentali*

La riforma dell'NHS si pone un programma ambizioso che attraversa tutti gli aspetti della salute mentale: dalla promozione della salute mentale alla continuità del trattamento di cura.<sup>61</sup> Gli standard e gli obiettivi da raggiungere sono esplicitati nel documento di programmazione sanitaria *Mental Health Promotion. National Service Framework*, che include anche le buone prassi e i progetti già in corso.

L'obiettivo principale del documento summenzionato ha strettamente a che fare con le disuguaglianze in materia sanitaria, mira infatti alla:

*promozione della salute mentale per tutti, ovvero all'attuare politiche di prevenzione fra individui e comunità e al combattere la discriminazione contro gli individui con problemi di salute mentale promuovendo anche la loro inclusione sociale (p. 14).*

Si sottolinea poi come:

*ogni individuo con un comune problema mentale deve: essere in grado di entrare in contatto con i servizi locali necessari a rispondere ai suoi bisogni e ricevere cura adeguata a qualunque ora del giorno, essere in grado di utilizzare gratuitamente il numero telefonico dell'NHS Direct e ricevere un primo consulto generale per essere eventualmente riferito a uno specialista o a un altro servizio di aiuto (p. 28).*

L'ossatura della normativa in vigore rispetto alle malattie mentali è quella del *Mental Health Act* del 1959, emendato attraverso i *Mental Health Act* del 1983 e del 1999. Il *Mental Health Act* è da tempo sotto discussione e sempre più, anche alla luce della nuova programmazione dell'NHS, si ritiene debba essere modificato. La proposta del Disegno di Governo avanzata nel giugno 2002 *Draft Mental Health Bill* non è ancora stata approvata, e non sottolinea comunque l'accesso ai servizi sanitari per i malati mentali.

### *Immigrati*

Il *Race Relation Act (RRA)* del 1976 è stato emendato nel 2000 con il *Race Relations (Amendment) Act* che non solo considera illegale discriminare qualcuno sulla base della razza, del colore, della nazionalità o cittadinanza, delle origini etniche o nazionali alle quali appartiene, ma proibisce anche la discriminazione su base razziale specificatamente nelle aree riferite al lavoro, all'educazione e alla fornitura di beni e servizi.

Il nuovo emendamento sottolinea inoltre il compito positivo che deve essere svolto da enti e autorità pubblici per combattere la discriminazione, promuovere l'uguaglianza di opportunità e l'uguaglianza razziale. È stata infatti segnata un'importante tappa nella

---

<sup>61</sup> Per agevolare il raggiungimento degli obiettivi prefissati, il Dipartimento della salute ha elaborato la guida pratica *Mental Health Promotion: A Quality Framework* destinata a coloro che lavorano nelle istituzioni e nei servizi socio-sanitari locali.

società civile: più di 40.000 enti pubblici sono stati coinvolti in prima istanza e senza alcuna intermediazione nella lotta alla discriminazione. La legge attribuisce agli enti pubblici, incluso il Sistema sanitario nazionale, il dovere istituzionale di contribuire all'eliminazione della discriminazione e alla promozione dell'uguaglianza di opportunità e alle buone relazioni razziali durante lo svolgimento delle loro funzioni. Ci si aspetta che gli enti pubblici scelgano il loro personale anche sulla base dell'etnicità, valutino l'impatto delle politiche proposte sull'uguaglianza razziale, monitorino e considerino l'impatto delle politiche e delle prassi esistenti sull'uguaglianza razziale.

La discriminazione razziale viene anche punita dal Codice penale, in particolare dal *Public Order Act* del 1986 e dalla prima parte del *Crime and Disorder Act* del 1998.

Nel 2003 è stata inoltre approvata la Legge n. 1660 *The Employment Equality (Religion and Belief) Regulations 2003* che, benché si rivolga essenzialmente al mercato del lavoro e al settore occupazionale, condanna la discriminazione diretta e indiretta, la vittimizzazione e la molestia attuate sulla base della religione e delle credenze personali, anche in via generale e nell'ottenimento e nell'elargizione di beni e servizi pubblici.<sup>62</sup>

#### *Donne*

Nel Regno Unito sono da tempo presenti, e in forma decisamente anticipatoria rispetto al resto dell'Europa, diverse leggi ad ampio spettro riferite alla *equity* intesa nel senso più tradizionale, ovvero come uguaglianza fra i generi. La legge applicabile all'accesso ai servizi sanitari è il *Sex Discrimination Act* (SDA) del 1975,<sup>63</sup> che proibisce discriminazione sessuale e di genere nelle aree riferite al lavoro (anche per le persone coniugate),<sup>64</sup> all'educazione, alla fornitura di beni e servizi; rende inoltre illegale la vittimizzazione.

#### *Orientamento sessuale*

A dicembre 2003 è entrata in vigore la Legge n. 1661 *The Employment Equality (Sexual Orientation) Regulations 2003* relativa al regolamento legislativo sulla non discriminazione sulla base dell'orientamento sessuale. Tale legge, riferita essenzialmente al settore occupazionale, contiene anche principi generali quando afferma:

*[...] una persona (A) discrimina un'altra persona (B) se:*

- *sulla base dell'orientamento sessuale A tratta B meno favorevolmente di come tratta o tratterebbe altre persone, o*
- *A applica a B una fornitura, un criterio o una prassi che applica o applicherebbe ugualmente a persone non dello stesso orientamento sessuale di B, ma*

---

<sup>62</sup> Legge n. 1660, *The Employment Equality (Religion and Belief) Regulations 2003*. Parte I.

<sup>63</sup> Entrata in vigore anche in Irlanda del Nord con contenuto analogo ma nome diverso: *Sex Discrimination (Northern Ireland) Order*, 1976.

<sup>64</sup> La normativa in materia di uguaglianza relativa al mondo del lavoro è l'*Employment Rights Act* del 1996 (conosciuto come Legge ERA), emendata attraverso l'*Employment Act* del 2002, in vigore da aprile 2003.

- i. che mette o metterebbe persone dello stesso orientamento sessuale di B in uno stato particolare di svantaggio quando comparato ad altre persone,*
- ii. che mette B in condizione di svantaggio, e*
- iii. che A non può dimostrare essere mezzo proporzionato per raggiungere un obiettivo legittimo (parte I, art. 3).*

### **6.2.2. Enti per l'uguaglianza**

#### *Commission for Racial Equality (CRE)*

La Commissione per l'uguaglianza razziale è un ente non governativo, sovvenzionato dallo Stato e deputato fin dal 1976 alla tutela dei diritti degli immigrati e delle minoranze etniche. Ha tre funzioni principali:

- lavorare per l'eliminazione delle discriminazioni;
- promuovere l'uguaglianza delle opportunità e le buone relazioni fra le persone di diversi *background* razziali;
- monitorare il modo con cui la RRA viene applicata ed evidenziare come possa essere migliorata

Ha funzioni di *advisory* rispetto ai pubblici cittadini e alle pubbliche autorità, consigliando queste ultime anche nell'applicazione della normativa antidiscriminatoria di riferimento e nelle modalità della sua attuazione. Possiede anche funzioni di *advocacy* nel caso in cui sia necessario ricorrere a procedure legali e controlla tutti gli *iter* burocratici correlati all'applicazione della RRA 2000. Al fine di aiutare gli enti pubblici nell'espletare le loro funzioni in materia di antirazzismo, la CRE ha realizzato dei codici di prassi operative per tutte le organizzazioni e gli enti pubblici principali, che include il Servizio sanitario nazionale al quale si ricorda di:

- utilizzare i canali di comunicazione informativa più idonei,
- offrire servizi di traduzione e mediazione linguistica all'interno dei servizi sanitari,
- proporre informazioni nei principali linguaggi utilizzati nella zona di riferimento;
- consultarsi periodicamente con le associazioni e le organizzazioni delle minoranze etniche presenti sul territorio al fine di capire se i loro bisogni e le loro necessità sono state soddisfatte;
- monitorare e tenere traccia dei pazienti anche rispetto all'etnia di appartenenza;
- revisionare periodicamente le politiche e le prassi messe in atto;
- considerare quali aree prioritarie del monitoraggio l'accesso ai servizi sociali e sanitari, l'adeguatezza dei servizi e la qualità degli stessi.

#### *Patient's Forum*

I diritti dei pazienti sono tutelati dal *Patients' Forum*, creato con il *National Health Service Act* del 1977 riformato poi attraverso lo *Health Act* del 1999 e il *National Health Service Reform and Health Care Professions Act* del 2002, dove nel capitolo 17, al comma 15,

si legge inoltre che il Segretario di Stato deve creare un *Patients' Forum* anche con lo scopo di rendere disponibili ai pazienti le informazioni relative ai servizi in materia di salute.<sup>65</sup>

Nel *Health and Social Care Act* del 2011<sup>66</sup> è riportato che:

*è compito di ogni ente a cui questa sezione si applica di creare accordi al fine di assicurare, in rispetto ai servizi sanitari per i quali è responsabile, che le persone alle quali questi servizi sono o possono essere forniti, siano coinvolti e consultati direttamente o attraverso dei rappresentanti in:*

- *pianificazione della fornitura dei servizi;*
- *sviluppo e considerazione di proposte per il cambiamento della fornitura dei servizi;*
- *ogni decisione riferita all'ente erogatore che potrebbe compromettere lo svolgimento dei servizi.*

#### *Mental Health Review Tribunals*

Veri e propri tribunali deputati a garantire il riconoscimento e l'applicazione dei diritti dei pazienti ricoverati negli ospedali e nei reparti psichiatrici contro la loro volontà.

#### *Health Service Ombudsman*

Con piene funzioni di *advocacy*, è un organismo indipendente che indaga tutte le lamentele riferite al Sistema sanitario nazionale pervenute entro un anno dall'accadimento.

Funziona a distanza tramite la compilazione di moduli che sostituiscono la presenza diretta di un avvocato locale, e agisce gratuitamente su scala nazionale.

Tutto il materiale inerente l'Ombudsman sulla sanità viene prodotto anche su supporto sonoro, in Braille, in versione simbolica, nelle lingue ufficiali della Comunità europea oltre che in arabo, cantonese, bengali, gujerati, hindi, punjabi, urdu, turco e vietnamita.

#### *Disability Rights Commission (DRC)*

I diritti delle persone disabili vengono tutelati dalla Commissione per i diritti dei disabili fondata nel 1999, il cui ruolo è stato recentemente ampliato attraverso lo *Special Educational Needs and Disability Act* del 2001,<sup>67</sup> che rende la Commissione organo competente per la preparazione di codici di comportamento e linee guida in materia

---

<sup>65</sup> *National Health Service Reform and Health Care Professions Act*. 2002, cap. 17, part 1, 15, "Establishment of Patients' Forums".

<sup>66</sup> *Health and Social Care Act 2011*. Chapter 15, part 1 "National Health Service", 11 "Public involvement and consultation".

<sup>67</sup> *Special Educational Needs and Disability Act 2001*. Chapter 10, 35 "Extension of role of Disability Rights Commission".

di disabilità. Tali codici di procedura sono espressamente destinati a coloro che forniscono servizi e mirano a proporre valide politiche antidiscriminatorie per la categoria dei soggetti in oggetto.

Obiettivi della Commissione sono:

- lavorare per l'eliminazione della discriminazione dei disabili;
- promuovere l'aumento delle opportunità per i disabili;
- incoraggiare le buone prassi;
- monitorare l'applicazione del *Disability Discrimination Act* del 1995 e dalla stessa Commissione del 1999.

Le discriminazioni perseguite sono quelle relative ai disabili nell'ambito lavorativo, nell'accesso a beni, strutture e servizi, nella gestione, vendita e acquisto di terreni e proprietà.

#### *Equalities Opportunities Commission (EOC)*

Finalizzata al monitoraggio della normativa in materia di pari opportunità fra i generi, in particolare in campo lavorativo, possiede sia funzioni di *advisory* per il governo che funzioni di *advocacy* per le cittadine vittime di discriminazione.

L'esistenza separata delle tre Commissioni sull'*equity* (CRE, DRC ed EOC) inizia a essere posta in dubbio, in quanto il Governo sta pensando di unirle in un singolo ente deputato a occuparsi di tutte le problematiche relative all'uguaglianza.

Questa proposta di azione, ancora in studio, scaturisce dal documento governativo *Towards Equality and Diversity* pubblicato nel 2001, che già accoglieva con favore la possibilità di realizzare un'unica commissione che avesse come compito prioritario l'offrire guida e supporto agli individui, alle imprese, alle autorità locali e alle pubbliche amministrazioni, per un approccio coerente su scala nazionale delle più ampie politiche dell'integrazione. Promuovere l'integrazione su basi solide significa infatti considerare tutta una gamma di possibili barriere discriminatorie solo parzialmente riconducibili a una specifica e unica categoria di persone.

### **6.2.3. Progetti**

#### *Mapping health inequalities across London*

Realizzato dall'Osservatorio londinese sulla salute (London Health Observatory) nel 2000-2001 e scaturito nella pubblicazione di Fitzpatrick e Jacobson (2001), il progetto si propone di evidenziare le ineguaglianze in materia di salute a Londra. Le discriminazioni prese in esame sono quelle considerate prioritarie dal governo inglese - mortalità infantile e aspettativa di vita -, delle quali si cercano di evidenziare tutte le variabili e le correlazioni rispetto a classi sociali, livelli di studio, provenienza, etnia, quartiere di residenza.

Londra, con un tasso di mortalità infantile di poco inferiore a quello di Roma, si colloca in una delle posizioni più alte della classifica europea, mostrando un tasso decisamente troppo elevato, soprattutto rispetto ai paesi del Nord Europa fra i quali si colloca.

Il risultato della ricerca è stato piuttosto sconcertante, seppure prevedibile: esistono infatti discriminazioni in materia di salute molto evidenti; ad esempio fra un quartiere e un altro di Londra l'aspettativa di vita presenta un *gap* di più di cinque anni considerando analoghe classi di età e genere (dati 1998). Si riscontrano ineguaglianze di tipo socio-economico, ampie disuguaglianze di tipo geografico (seppure il territorio preso in esame sia relativamente circoscritto) e di genere.

#### *Cultural Competence in Action Project*

Progetto pilota per promuovere le competenze in materia di culture altre nel personale impiegato nei dipartimenti di salute mentale dei servizi sanitari pubblici di alcuni quartieri di Londra (Camden, Islington, Barnet, Enfield, Haringey). È stato attuato *training* formativo per parte dello staff - 36 individui - appartenente ai cinque servizi di salute mentale inclusi nel progetto. Tutte le diverse qualifiche professionali dei servizi, da un minimo di 2 a un massimo di 25 anni di esperienza, sono state inserite nel progetto: lavoratori del settore salute mentale senza qualifica specifica, psichiatri, assistenti sociali, psicologi, psicoterapeuti di gruppo, infermieri, ecc.

Tutto il personale è stato sottoposto a un test di entrata che ha attribuito a ciascuno un punteggio relativo alle competenze in materia di culture altre, determinando l'appartenenza a uno dei quattro possibili livelli (livello 1: culturalmente incompetente; livello 4: culturalmente competente). Il test è stato ripetuto alla fine del corso e ha dimostrato che il percorso formativo, strutturato in un incontro settimanale per 4 mesi, ha prodotto un miglioramento dei risultati. Tale miglioramento non è stato però giudicato molto significativo ed è comunque al di sotto delle aspettative.

L'esperienza è stata comunque considerata positiva, anche perché ha permesso di mettere a punto un sistema di *assessment* - i test di entrata e uscita sulle competenze in materia di culture altre - finalizzato a diminuire le discriminazioni involontarie attuate dal personale del settore salute mentale.

#### *Embrace UK*

Studio-ricerca iniziato nel novembre 1999 e terminato nel dicembre 2001 con l'obiettivo di descrivere i bisogni in materia sanitaria e sociale della comunità di rifugiati etiopi (circa 30.000) residenti nel Regno Unito. È stato realizzato da una *partnership* formata dal Research Centre for Transcultural Studies della Middlesex University e dallo Ethiopian Community Centre. La ricerca si strutturava attorno a precisi assi tematici:

- descrizione dell'etnografia e della storia dell'Etiopia e ragioni dell'asilo politico: storia, geografia, demografia, religione, politica e struttura sociale etiopi;
- descrizione dei sistemi sanitario e sociale in Etiopia;
- descrizione dell'esperienza di rifugiati e richiedenti asilo della comunità etiopica;
- descrizione delle credenze e del sistema di valori della comunità in oggetto in relazione al sistema sanitario e sociale;
- descrizione delle modalità con cui i rifugiati etiopi si sono adattati al nuovo ambiente.

Attraverso l'ampio e documentato lavoro di ricerca è stato possibile elaborare un documento con tutte le informazioni che i decisori politici, i servizi pubblici e del volontariato sociale necessitano per strutturare un sistema di *welfare* capace di rispondere anche ai bisogni della comunità in oggetto.

*Tell us what you think ... to help us make it better*

In collaborazione con la John Moores University, la città di Liverpool sta conducendo un'indagine per migliorare l'informazione e i servizi sanitari relativi alla sfera sessuale nei quartieri cittadini di Wigan e Bolton.

Il miglioramento dei servizi offerti verrà attuato dopo avere raccolto in forma anonima i pareri e le esperienze personali di coloro che abitano e utilizzano i servizi di queste aree e sono omosessuali maschi.

A tal fine è stato realizzato un questionario attraverso il quale vengono raccolte sia informazioni personali verso le quali indirizzare le campagne di promozione e prevenzione alla salute future, sia informazioni relative ai servizi utilizzati. Associazioni locali di uomini omosessuali e bisessuali hanno contribuito a realizzare il questionario e si stanno attivando per diffonderlo capillarmente nei quartieri oggetto dei prossimi interventi di miglioramento.

*Black and Minority Ethnic Health Service Provision in Liverpool Primary Care Trusts*

Realizzato sotto l'egida delle autorità sanitarie di Liverpool e sovvenzionato dall'Associazione Black and Minority Ethnic Health Equalities Action Team of Liverpool, offre un'analisi della fornitura dei servizi sanitari a Liverpool per i neri e le minoranze etniche.

L'indagine è stata effettuata nel 2001 e prende in esame tutti i progetti attuati per le minoranze etniche sul territorio di Liverpool, i servizi offerti (per esempio l'ospedale per donne musulmane, interdetto agli uomini e servito da personale medico e infermieristico esclusivamente femminile, o il servizio di salute mentale per bambini figli di immigrati, con personale medico poliglotta), e le associazioni che si occupano di servizi sociali per minoranze etniche sul territorio. Esplora inoltre alcuni esempi di buone prassi e fornisce consigli utili alle pubbliche amministrazioni locali per monitorare e migliorare la situazione socio-sanitaria esistente.



## 7. Accessibilità nei paesi del modello corporativo

### 7.1. Austria

Dal punto di vista istituzionale l'Austria è una Repubblica federale, strutturata attraverso ampia autonomia politica e legislativa concessa ai 9 Stati federali (*Bundesländer*) che la compongono. Per queste ragioni la normativa presa in esame è in linea di massima solo quella emanata dallo Stato federale.

#### 7.1.1. Diritto all'uguaglianza fra le persone

Dopo aver ribadito che tutti gli Stati federali godono dei medesimi diritti, nella Costituzione federale austriaca del 1948, emendata nel 1994, si afferma che nessuna persona può essere privilegiata rispetto a un'altra. All'articolo 7, paragrafo 1 "Uguaglianza e diritti politici" si legge infatti:

*Tutti i cittadini della federazione sono uguali davanti alla legge. Privilegi basati sulla nascita, sul sesso, sul patrimonio o la classe sociale, o sulla religione sono esclusi [...].*

L'uguaglianza fra i cittadini viene ribadita anche nell'articolo 2 della *Basic Law*, la legge sui diritti generali dei cittadini adottata nel lontano dicembre 1867 a tutela delle libertà e dei diritti degli abitanti dell'odierna Austria :

*Tutti i cittadini sono uguali davanti alla legge.*

I nove Stati posseggono ognuno una Costituzione propria. Solo alcune di queste Costituzioni però specificano l'uguaglianza delle persone residenti sul territorio di competenza. Per esempio, la Costituzione del Tirolo all'articolo 7 "Fini e principi fondamentali dell'attività dello Stato" riporta:

*È dovere del Land Tirolo, nel rispetto del bene comune, garantire la libera espressione della personalità dei singoli, promuovere l'auto-aiuto degli abitanti del Land e la coesione di tutti i gruppi sociali.*

#### 7.1.2. Diritto all'accesso ai servizi socio-sanitari per tutta la popolazione

Nella Costituzione federale austriaca si legge:

*La Federazione ha il potere legislativo ed esecutivo nei seguenti argomenti: [...] assicurazione sociale e contrattuale [...] salute pubblica [...] supervisione sanitaria degli ospedali, case di cura, centri di salute e risorse curative naturali (art. 10).*

La Costituzione non menziona però il diritto alla salute. L'accesso ai servizi sociali e sanitari avviene tramite l'appartenenza obbligatoria all'assicurazione sociale, *Sozialversicherung*. La tipologia di assicurazione sociale spettante a ogni persona è tuttora determinata dall'occupazione svolta e come tale regolata da una legislazione specifica.<sup>68</sup> L'assicurazione sociale si suddivide in tre strutture:

- schema pensionistico, *Pensionsversicherung*;
- schema relativo agli incidenti;
- assicurazione socio-sanitaria, *Krankenversicherung Krankenkasse (KK)*.

La politica sanitaria ricade dunque nella politica sociale e come tale è sotto molti aspetti competenza del *Land* regionale.

Il governo federale e i governi dei *Länder* hanno sottoscritto gli accordi definiti *Agreements pursuant to Art. 15a B-VG (Federal Constitutional Law)*, una sorta di accordi di Stato con valore costituzionale e di pianificazione programmatica stabiliti a intervalli regolari. Negli accordi più recenti si ribadisce che il sistema sanitario deve essere di alta qualità, efficace, efficiente e soprattutto universalmente accessibile e libero da disuguaglianze.

Molta importanza assume anche l'equa distribuzione geografica delle risorse disponibili. Gli *Agreements pursuant to Art. 15a B-VG (Federal Constitutional Law)* contengono al loro interno anche la regolamentazione del Piano austriaco per la tecnologia medica e gli ospedali [*Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan, OKPA-GGP*], che avendo carattere legalmente vincolante, dal 1997 garantisce l'accessibilità per tutti i servizi sanitari ospedalieri riconducibili alle strutture private e pubbliche.

Il diritto al libero accesso della popolazione al sistema sanitario e ai servizi sanitari regionali è ribadito anche nel *2001-2003 Piano nazionale contro la povertà e l'esclusione sociale*: nel paragrafo 1.2.3. "Health Care and Nursing Care" viene affiancato al diritto all'equa distribuzione regionale e nazionale dei servizi e delle risorse.

Con la Legge *Equal Treatment Act (ETA)* del 1° luglio 2004, istituita per accogliere le indicazioni contenute nell'articolo 13 del Trattato di Amsterdam, viene introdotta senza mezzi termini l'uguaglianza fra uomini e donne e l'equo trattamento fra persone senza distinzioni di razza, origine etnica, religione, credenza, orientamento sessuale e disabilità. Questa normativa è riconducibile anche all'erogazione e alla fruizione di servizi pubblici, fra i quali quelli sociali e sanitari. Fornisce inoltre principi guida per le nove province federali che devono così garantire equo trattamento nelle aree di loro competenza rispetto a:

- protezione sociale, inclusa la sicurezza sociale e il sistema sanitario;
- vantaggi sociali;
- educazione;
- accesso e fornitura di beni e servizi disponibili per il pubblico, inclusi i servizi correlati alla abitazioni.

---

<sup>68</sup> Per le persone escluse dal settore lavorativo interviene il *National Care Benefit Act* del 1993.

### **7.1.3. Accesso ai servizi socio-sanitari per particolari gruppi di persone**

*Immigrati, rifugiati politici e richiedenti asilo*

L'articolo 7 della Costituzione e l'articolo 2 della *Basic Law* non menzionano espressamente e direttamente il riferimento alla razza o all'origine etnica nella politica dell'uguaglianza da loro perseguita.

Solo il *Trattato di Saint-Germain - En - Laye* del 1919 parla di non discriminazione su base razziale.

*L'Austria si assume il compito di assicurare piena e completa protezione di vita e libertà a tutti i suoi abitanti senza distinzione di nascita, nazionalità, linguaggio, razza o religione (art. 63)*

Specifica inoltre:

*I cittadini austriaci che appartengono a una minoranza razziale, religiosa o linguistica, devono godere degli stessi trattamenti e delle stesse garanzie, nella legge e nei fatti, di tutti gli altri cittadini austriaci (art. 67).*

A seguito e come integrazione della ratifica inerente la *Convenzione sulla eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale* delle Nazioni Unite avvenuta nel 1973, l'Austria ha emendato tre leggi costituzionali. La seconda - n. 390 del 3 luglio 1973 - afferma:

*È proibita ogni forma di discriminazione razziale, anche quando questa non è contraria all'articolo 7 B-VG e all'articolo 14 della Convenzione europea sui diritti umani.*

E ancora:

*la legislazione e l'amministrazione devono vietare di fare distinzioni sulla sola base della razza, della pelle, del colore, della discendenza o della origine etnica o nazionale (art. 1).*

La discriminazione dei cittadini non austriaci o delle minoranze etniche viene inoltre punita dal Codice di diritto penale: applicabile al settore privato, esso contiene ampie misure per combattere il razzismo e l'intolleranza razziale. Oltre che nei capitoli 321 e 335, nel capitolo 283, paragrafo 1, vengono puniti gli incitamenti ad azioni ostili contro chiese e comunità religiose, contro razze, nazioni, Stati o gruppi etnici. Nella sezione 115 vengono puniti insulti, ingiurie o minacce effettuate su base razziale. Come in molti altri paesi inoltre, tutte le motivazioni razziste o xenofobe vengono considerate aggravanti particolari per ogni tipo di crimine commesso. Non si struttura però nessun legame o connessione fra il diritto alla salute o alla protezione sociale e l'immigrazione.

Il Codice civile non solo proibisce espressioni pubbliche di pregiudizio contro qualunque persona sulla base del colore, della nazionalità o dell'origine etnica, della religione o del credo, ma specifica anche come tutte le persone, esclusi i casi in cui non venga espressamente richiesta la cittadinanza austriaca, debbano condividere gli stessi diritti civili:

*Ogni essere umano ha diritti innati che lo intitolano a essere trattato come persona (par. 16, art. 33).*

Nell'articolo 33 del Codice civile si specifica inoltre la proibizione a qualunque discriminazione nella fornitura di servizi pubblici o nell'accesso a luoghi di pubblico uso comune. L'articolo è quindi riferibile anche ai servizi socio-sanitari e ospedalieri.

Il testo *Free* elaborato dalla Commissione europea nel 2002 riporta:

*In Austria non esistono diritti costituzionali per i richiedenti asilo.*

Esiste però una complessa legge riferita agli stranieri - *Aliens Act* - che, definendo precise regole restrittive riferite al mondo del lavoro,<sup>69</sup> esenta comunque i rifugiati politici dalle quote programmate e ne riconosce parallelamente, seppure solo implicitamente, anche i diritti. Durante il periodo di svolgimento dell'intera procedura di asilo, l'assistenza sociale dei richiedenti asilo viene garantita dal *Federal Act on Assistance to Asylum Seekers* e dal rispetto di tutte le normative europee.

Sia l'*Aliens Act* che le altre leggi esplicitamente dedicate agli immigrati non nominano il diritto a un equo accesso ai servizi sanitari presenti sul territorio austriaco.

#### *Disabili e malati mentali*

I diritti dei disabili sono tutelati dall'articolo 7 della Costituzione:

*[...] Nessuno può essere discriminato a causa della propria disabilità. La Repubblica (Federazione, Land e municipalità) si impegna ad assicurare equo trattamento di persone disabili e non disabili in tutte le sfere della vita quotidiana.*

Anche alcune Costituzioni dei *Länder* ricordano l'equità dei diritti fra cittadini disabili e non. La Costituzione del Tirolo specifica ad esempio che esiste pieno diritto alla riabilitazione dei disabili.

- 1. Il Land Tirolo ha il dovere di fornire assistenza sociale, nei termini previsti dalle leggi del Land, alle persone che si trovano in difficoltà.*
- 2. Nei termini previsti dalle leggi del Land, il Land Tirolo deve mettere misure riabilitative a disposizione di persone disabili a causa di malattie fisiche o psichiche o di infermità.<sup>70</sup>*

Per quanto riguarda i malati mentali, le Leggi federali nn. 155, 156 e 157 del 1990 tutelano i loro diritti, ma non nominano espressamente il loro diritto a un equo accesso ai servizi socio-sanitari pubblici.

---

<sup>69</sup> Da Commissione europea (2002):

*L'accesso degli stranieri al mercato del lavoro è ristretto da quote nel caso in cui questi siano membri di stati extracomunitari. Questa è una peculiarità austriaca e rappresenta una regolazione diretta del mercato del lavoro da parte delle autorità pubbliche.*

<sup>70</sup> *Costituzione del Land Tirolo. 1988, articolo 13 "Diritto all'assistenza e a misure riabilitative".*

### *Donne*

L'uguaglianza fra uomini e donne viene ribadita innanzitutto dalla Costituzione federale:

*La Federazione, i Land e le municipalità sottoscrivono l'uguaglianza di fatto fra uomini e donne. Sono ammissibili misure atte a promuovere l'uguaglianza reale fra uomini e donne, particolarmente attraverso l'eliminazione delle esistenti ineguaglianze attuali (art. 7, par. 2).*

### *Anziani*

Il diritto all'uguaglianza per la popolazione anziana non viene menzionato nella Costituzione. Occuparsi degli anziani, in quanto materia di politica sociale, è comunque compito dei singoli *Länder*. Le politiche legislative applicate sono dunque marcatamente regionali e di tipo decentralizzato.

Se si parla di anziani bisognosi di cure mediche per lunghi periodi di tempo o di programmi di riabilitazione delle loro capacità e competenze, secondo l'articolo 15 della Costituzione le responsabilità sono invece congiunte fra Stato centrale e Stati regionali.

La nuova legge sull'equo trattamento, *Equal Treatment Act*, menziona il divieto a discriminare gli individui sulla base dell'età anche rispetto all'accesso e al godimento di servizi pubblici.

### *Persone che necessitano di cure di lungo periodo*

Seguendo le direttive UE, l'assistenza di lungo periodo dovrebbe rendere le persone che ne hanno bisogno in grado di svolgere una vita indipendente e soddisfacente malgrado le limitazioni nel loro stato di salute. Le cure di lungo periodo hanno reso necessaria la strutturazione di una nuova normativa in quanto settore di confine fra politiche sanitarie, di competenza regionale, e settore ospedaliero di competenza dei *Länder*.

Nel 1993 è stata allora sancita la *Legge federale per la cura di lungo periodo* [*Bundespflegegeldgesetz - BPGG*]; essa non si pone esattamente il problema dell'accesso alle cure di lungo degenza, ma afferma qualcosa di simile quando sostiene che le persone - compresi i disabili - che necessitano di questa tipologia di servizio

*hanno il diritto a ricevere cure in accordo con i loro bisogni e con fornitura garantita.*

La legge introduce anche un sussidio nazionale uniforme e si focalizza nel migliorare l'offerta delle istituzioni dei servizi sociali. I *benefit* sono basati sul principio di finalità ed equità e non considerano la causa del bisogno, in quanto i principi applicati sono:

*Tutti i gruppi di persone disabili e che necessitano di cure di lungo periodo, come anziani ma anche disabili fisici e psichici e bambini handicappati, sono eleggibili per i benefit in oggetto;*

*I benefit sono basati sul principio di finalità e sono forniti per uguali necessità di cura senza considerazione alcuna per le cause che ne hanno determinato la necessità.*

#### **7.1.4. Enti per l'uguaglianza**

##### *Office for Equal Treatment*

E' l'Ente per l'uguaglianza preposto ad assolvere i compiti assegnati dall'articolo 13 del Trattato di Amsterdam ed ha al proprio interno una commissione specifica denominata *Equal Treatment Commission*.

##### *Volksanwaltschaft / People's Advocate - Austrian Ombudsman Board*

Ente deputato alla raccolta delle denunce di discriminazione relative a mala amministrazione, che rende poi pubbliche attraverso un *report* annuale. Esso ha la facoltà di avviare procedure di conciliazione e prendere decisioni non vincolanti per le parti; non può emettere sanzioni e funge da mediatore. I ruoli dell'ente sono descritti dall'articolo 148a della Costituzione federale:

*Chiunque può avanzare reclami con l'Austrian Ombudsman Board in caso di presunta mala amministrazione.*

È intitolato a indagare tutti i sospetti ad esso avanzati, a portare avanti raccolte di petizioni e iniziative di cittadini nel rispetto delle minoranze di lingue diverse dal tedesco.<sup>71</sup>

##### *Advisory Council per le minoranze etniche*

In Austria esiste un *Advisory Council*, istituito dalla Cancelleria federale, per ogni minoranza etnica riconosciuta. Il *Council* è formato da 22 membri provenienti da minoranze etniche, rappresentanti ecclesiastici e membri di altri enti rappresentativi. Essi offrono attività di *advice* sulle tematiche inerenti le minoranze etniche al Governo federale, al Cancelliere federale e agli altri Ministri, oltre che ai 9 Stati regionali su richiesta. Non hanno però potere rappresentativo né legislativo.

##### *Gleichbehandlungskommission*

La Commissione per la parità di trattamento prende in esame essenzialmente le questioni generali relative alla discriminazione, ma può anche esprimere decisioni non vincolanti in casi specifici di disputa fra lavoratore e datore di lavoro. Il suo obiettivo generale è quello di dirimere, attraverso processi di mediazione, tutti i diversi tipi di discriminazione inerenti il lavoro o attuatisi sul luogo di lavoro.

---

<sup>71</sup> Federal Law on Austrian Ombudsman Board. 1982, sezione 7:

*Affinché le domande alle autorità o agenzie pubbliche possano essere inoltrate in lingue diverse dal tedesco, i reclami all'Ombudsman Board sono ammessi in altre lingue.*

### **7.1.5. Progetti**

#### *ÖBIG Measuring outcome quality in hospitals. A Project for Quality Assurance*

Sovvenzionato dallo Stato centrale e dalle autorità locali, prosegue un precedente progetto svoltosi nel periodo 1997-1999 mirante a innalzare la qualità dei servizi sanitari forniti dagli ospedali. I brillanti risultati ottenuti dal primo progetto hanno posto le basi per sviluppare questa seconda iniziativa iniziata nel 2001, che non mira più solamente a migliorare gli standard qualitativi ma si indirizza anche ad aumentare il grado di soddisfazione dei pazienti e dei loro bisogni e, contemporaneamente, del personale sanitario impegnato all'interno degli ospedali. Dagli undici reparti ospedalieri inclusi nel primo progetto si è passati a 62, coinvolgendo 230 unità di personale sanitario e 3.000 persone.

Gli obiettivi ai quali si tende sono:

- migliore soddisfazione di personale medico e sanitario;
- migliore soddisfazione dei pazienti con reparti *patient-oriented*;
- migliore soddisfazione dei loro bisogni;
- migliore qualità dei servizi offerti;
- sviluppo di indicatori attraverso i quali misurare le risposte;
- raccolta e diffusione delle buone prassi messe in atto;
- elaborazione di linee guida, sotto forma di manuali, indicanti le procedure attuate per ottenere risultati altrettanto positivi.

#### *People's Aid Austria*

Progetto complesso iniziato nel 2001, finanziato dalla Comunità europea e realizzato da un'ampia *partnership* di attori (ONG, associazioni di professionisti dei servizi socio-sanitari, sindacati, ecc.). Il progetto prevede una durata di quattro anni, mira a realizzare una mappatura di tutti i servizi sociali e sanitari presenti in Austria e una comparazione di questi con quelli presenti e attivi negli altri paesi europei.

Una fase successiva valuterà invece il quadro legislativo di riferimento, sia per quanto riguarda la strutturazione e gestione dei servizi socio-sanitari, sia rispetto alle procedure normative riferite alle categorie professionali inserite nel settore.

#### *Recuperating at home*

Progetto pilota istituito nel 2001 a Vienna con l'aiuto della Croce Rossa, che mira a offrire un servizio integrato alle persone anziane dimesse dagli ospedali.

Il periodo di transizione fra le cure effettuate in ambito ospedaliero e quelle offerte all'interno dell'abitazione dei pazienti è stato segnalato come uno dei più difficili e delicati per la maggioranza dei pazienti. Al fine di agevolare questo processo è stato espressamente strutturato il progetto, che propone come soluzione l'attivazione di un *team* integrato di professionisti in grado di istituire relazioni con i familiari degli anziani

nel periodo antecedente le dimissioni. Nel momento del ritorno dell'anziano a casa esistono dunque già precise relazioni con le persone di riferimento e un processo di cura già avviato dal medico di riferimento che funge da *tutor* personale dell'anziano.

Questo progetto è stato considerato essere una buona prassi relativa all'accesso ai servizi municipali per persone dimesse dal settore ospedaliero, ovvero da istituzioni statali.

### *Progetto ETC*

Il Centro europeo di formazione e ricerca sui diritti umani di Graz, con *partner* irlandesi, slovacchi, ungheresi e sloveni, ha promosso un progetto per sviluppare percorsi di formazione per giudici e pubblici funzionari legali strutturati sull'educazione ai diritti umani e la lotta alla discriminazione. La fase preparatoria del progetto consiste nella identificazione dei *partner* e dei rappresentanti dei gruppi più vulnerabili, alla quale seguirà la ricerca e la valutazione dei programmi formativi già esistenti.

## **7.2. Belgio**

Il Belgio è una monarchia costituzionale, parlamentare e rappresentativa. È diviso in tre macro regioni - Fiandre nel nord, Wallonia nel sud e la regione di Bruxelles-capitale nel centro - responsabili di tutte le politiche territoriali: agricoltura, ambiente, trasporti, energia, abitazioni e sviluppo economico.

Il Belgio ha poi parallelamente istituito tre Comunità, basate sulla lingua e la cultura di appartenenza: Comunità fiamminga, francese e tedesca. Le Comunità sono responsabili di tutte le politiche relative alle aree dell'educazione, della cultura, della salute e delle politiche sociali.

Da un punto di vista geografico le Comunità non sono totalmente sovrapponibili alle regioni.<sup>72</sup> Ogni regione e ogni Comunità ha un proprio Governo e un proprio Consiglio, con piene funzioni legislative, totalmente indipendenti. Ciò significa che le politiche sociali e sanitarie vertono sulle Comunità e non sullo Stato centrale.

### **7.2.1. Uguaglianza fra cittadini**

Nella Costituzione, aggiornata nel 2002, all'articolo 10 "Uguaglianza", viene testualmente riportato:

*Nello Stato non vi è alcuna distinzione di ordini;*

*I Belgi sono uguali davanti alla legge [...].*

---

<sup>72</sup> La Comunità francese è infatti responsabile della regione vallone fatta eccezione per l'area orientale, confinante con la Germania e competenza della Comunità tedesca; la Comunità fiamminga è responsabile per la regione delle Fiandre; la regione di Bruxelles è di competenza della Comunità fiamminga e di quella vallone.



Anche l'articolo successivo stabilisce il principio della non discriminazione:

*Il godimento dei diritti e delle libertà riconosciute ai Belgi deve essere assicurato senza discriminazione. A tal fine le leggi e i decreti garantiscono in particolare i diritti e le libertà delle minoranze ideologiche e filosofiche.*

Il Decreto reale del 29 dicembre 1997<sup>73</sup> correla inoltre l'assistenza sociale, nella quale viene inclusa anche quella sanitaria, alla dignità umana:

*Tutti hanno diritto all'assistenza sociale.*

*Il fine dell'assistenza sociale è dare la possibilità all'individuo di vivere con piena dignità umana.*

### **7.2.2. Legislazione relativa all'accessibilità dei servizi socio-sanitari**

I diritti all'assistenza sociale e sanitaria dei cittadini belgi vengono ribaditi già a livello costituzionale. Nell'articolo 23 "Dignità" della Costituzione del 2002 essi sono così enunciati:

*Ognuno ha il diritto di condurre una vita conforme alla dignità umana.*

*A tale fine, la legge, il decreto ovvero il provvedimento normativo di cui all'articolo 134 garantiscono, tenendo conto dei corrispondenti doveri, i diritti economici, sociali e culturali e definiscono le condizioni del loro esercizio.*

*In particolare, questi diritti comprendono:*

- *il diritto al lavoro e alla libera scelta di un'attività professionale, nel quadro di una politica generale dell'occupazione finalizzata, tra l'altro, a garantire i livelli occupazionali più stabili ed elevati possibile, il diritto a condizioni di lavoro e a una remunerazione equi, nonché il diritto di informazione, di consultazione e di contrattazione collettiva;*
- *il diritto alla sicurezza sociale, alla tutela della salute e all'assistenza sociale, sanitaria e giuridica;*
- *il diritto a un'abitazione decorosa;*
- *il diritto alla tutela di un ambiente salubre [...].*

Nell'articolo 2 della Legge del 30 luglio 1981 (*On the punishment of certain acts motivated by racism or xenophobia*), avente funzioni penali, si legge:

*Chiunque, nel fornire o offrire un servizio, un bene o il godimento di questo, commette discriminazione contro una persona sulla base della cosiddetta razza, colore, discendenza, origine, o nazionalità, deve essere punito [...].*

Il 25 febbraio 2003 è stata inoltre approvata la Legge Mahoux (*pertaining to the combat of discrimination*), che vieta la discriminazione basata su caratteristiche fisiche, stato civile, luogo di nascita e stato di salute delle persone. Questa vieta inoltre la discriminazione relativa all'accesso a merci e servizi.

---

<sup>73</sup> Questo decreto intitola chiunque sia residente in Belgio al rimborso delle spese mediche.

*Qualsiasi forma di discriminazione diretta o indiretta è proibita rispetto a:*

- *fornitura o disponibilità di beni o servizi al pubblico [...]*

e stabilisce il medesimo diritto a partecipare alle attività sociali, culturali, politiche, come pure alle attività economiche. Viene infatti riportato:

*C'è discriminazione diretta quando esiste differenza nel trattamento che non è obiettivamente o ragionevolmente giustificata, ma è basata direttamente sul sesso, la cosiddetta razza, il colore, la discendenza, la nazionalità o l'origine etnica, l'orientamento sessuale, lo stato civile, la nascita, la fortuna, l'età, la religione o la credenza, l'attuale o il futuro stato di salute, una disabilità o caratteristica fisica (art. 2, § 1).*

Questa legge è stata ovviamente istituita per recepire le Direttive antidiscriminatorie comunitarie.

### **7.2.3. Accesso per particolari categorie di persone**

#### *Anziani e disabili*

In diversi testi di legge (*Arrête Royal*, 1981; *Arrête de l'Exécutif Régional Wallon*, 1984, 1990 e 1999) si fa riferimento al facilitare l'accesso fisico ai servizi pubblici destinati ad anziani e disabili ma non si cita espressamente l'equo accesso ai servizi socio-sanitari.

La succitata Legge del 25 febbraio 2003 dichiara però esplicitamente che il non fornire un'adeguata sistemazione ai disabili equivale all'attuare discriminazione. Questa disposizione riguarda anche l'accesso a beni e servizi e riporta:

*la mancanza di ragionevoli adattamenti per una persona disabile costituisce discriminazione (art. 2, § 3).*

Essa è inoltre riferibile anche alla popolazione anziana dato che menziona direttamente la proibizione di ogni discriminazione diretta e indiretta basata sull'età (art. 2, §§ 1, 2, 4).

#### *Malati mentali*

La Legge del 25 giugno del 1990 che regola la malattia mentale non cita espressamente la tutela della non discriminazione o l'equo accesso ai servizi socio-sanitari.

#### *Immigrati*

Importanti norme inerenti l'uguaglianza fra persone, la non discriminazione e il rispetto della dignità umana sono già presenti a livello costituzionale (artt. 10, 11 e 23). L'articolo 191 si riferisce direttamente alla protezione degli stranieri, sottolinea infatti come ogni straniero in Belgio goda della protezione garantita per le persone e le proprietà.

*Ogni straniero che si trova sul territorio del Belgio gode della protezione accordata alle persone e ai beni, salvo le eccezioni stabilite dalla legge.*

Il Codice penale viene invece rappresentato dalla già menzionata Legge del 30 luglio 1981 definita come legge antirazzista, che vieta anche la discriminazione nell'offerta o nella fornitura di beni e servizi:

*Chiunque, nel fornire od offrire un bene, un servizio, o il godimento di questo, commetta discriminazione contro una persona sulla base della cosiddetta razza, del colore, della discendenza, dell'origine o della nazionalità deve essere punito [...]*  
(art. 2).

La base legale dell'assistenza sanitaria agli stranieri viene dettagliata nel Decreto reale del 12 dicembre 1996, che tuttavia non istituisce il loro diritto a un equo accesso ai servizi sanitari. In questa legge si sottolinea però come agli immigrati - anche a coloro privi di documenti o irregolari - debbano essere garantite cure mediche urgenti, definendo con ciò

*aiuti medici che possono essere sia di natura preventiva che curativa e che possono essere dati sia in assistenza ambulatoriale che in istituzioni ospedaliere.*

#### *Donne*

In Belgio esistono diverse e complesse leggi inerenti la condizione femminile. La Legge del 7 maggio 1999 sull'equo trattamento fra uomini e donne, ad esempio, pone la molestia sessuale sul luogo di lavoro nella stessa categoria della discriminazione sessuale. Questa legge si occupa delle condizioni di lavoro, dell'accesso al mercato del lavoro e della promozione di opportunità. Non esistono però leggi relative solo alle donne e al loro accesso a beni e servizi pubblici o sociali e/o sanitari.

A febbraio 2002, nell'ultima revisione costituzionale, è stata inserita una nuova parte dell'articolo 10 della Costituzione che afferma:

*L'uguaglianza degli uomini e delle donne è garantita.*

#### **7.2.4. Enti per l'uguaglianza**

##### *Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (CECLR)*

Il Centro per le pari opportunità e la lotta al razzismo è stato istituito con la Legge del 15 febbraio 1993 come ente deputato al perseguire azioni di lotta al razzismo, alla xenofobia, all'antisemitismo e all'intolleranza. Questo ente, che gode di ampia indipendenza, svolge indagini e ricerche ed elabora proposte e raccomandazioni per le istituzioni pubbliche. Esso ha funzioni di:

- *advisory* per le autorità;
- *advocacy* per i cittadini con parallela assistenza alle vittime i cui diritti e libertà sono stati violati per motivi razzisti o di xenofobia;
- divulgatore di informazioni per i cittadini e aiuto nell'integrazione fra autorità pubbliche e compagine sociale.

Il Centro, citato spesso come esempio di buona prassi per le altre istituzioni europee con scopi e obiettivi simili, ha attivato un numero telefonico gratuito per tutti i cittadini vittime di discriminazione.

Il CECLR viene considerato dalla Commissione europea contro il razzismo e l'intolleranza (*European Commission against Racism and Intolerance - ECRI*) come adatto a rispondere ai requisiti necessari per espletare le richieste espresse dall'articolo 13 del Trattato di Amsterdam e pertanto espleta funzioni che riguardano tutte le forme di discriminazione, non solo quelle basate sull'etnia o la nazionalità. Il ruolo dell'ente è quindi stato ampliato consentendo a questa struttura di accogliere le denunce delle vittime di comportamenti discriminatori, mediare fra le parti interessate e monitorare l'attuazione delle nuove leggi che vietano la discriminazione.

All'articolo 2 della legge di istituzione si sottolinea come l'obiettivo del Centro sia sviluppare eque opportunità e combattere ogni forma di distinzione, esclusione, restrizione o preferenza basata su razza, colore, discendenza, *background* o nazionalità:

*L'obiettivo del Centro è la promozione delle pari opportunità e l'opposizione a ogni forma di distinzione, esclusione, limitazione o preferenza sulla base:*

- *della cosiddetta razza, del colore, della discendenza, dell'origine o della nazionalità;*
- *dell'orientamento sessuale, dello stato civile, della nascita, della fortuna, dell'età, della religione o delle credenze, dello stato di salute presente e futuro, di una disabilità o di una caratteristica fisica.*

### **7.2.5. Progetti**

#### *Le Méridien, servizio di salute mentale*

Istituito fin dal 1989 come associazione non *profit*, con il tempo è diventato un servizio di salute mentale inserito nel circuito sanitario pubblico capace di offrire supporto psichiatrico nella zona particolarmente multietnica di Saint-Josse, a Bruxelles.

Il modello sul quale il centro si basa è il costante tentativo di rafforzare il *network* di relazioni mediche, psicologiche e sociali del paziente inserendolo non in un singolo servizio ma in una rete integrata di servizi che offre consulti medici, progetti educativi, inserimento lavorativo e inserimento nella comunità sociale locale.

Lo *staff* del centro è composto da circa venticinque persone che ogni anno prendono in carico circa 7.000 pazienti, attuando per loro veri e propri percorsi di inclusione e aiuto nella fruizione dei servizi sociali e sanitari esistenti.

#### *Mediazione interculturale nell'assistenza sanitaria*

Il progetto di mediazione interculturale nei centri ospedalieri è stato lanciato nel 1991 ed è ancora attivo su parte del territorio della Comunità fiamminga. Scopo del progetto era il miglioramento della qualità dei servizi sanitari offerti a immigrati turchi e marocchini attraverso l'utilizzo di mediatori culturali.

La progettazione è stata curata dal Centro per la salute e le minoranze etniche (CEMG), organizzazione non profit creata da un gruppo di ricercatori e medici esperti nel campo delle minoranze etniche e della salute, mentre l'implementazione è stata effettuata

dall'organizzazione non governativa *Flemish Centre for the Integration of Immigrants* [*Vlaams Centrum voor de Integratie van Migranten - VCIM*], con l'aiuto di diversi Ministeri regionali.

I mediatori culturali inseriti nel progetto avevano alcuni obiettivi specifici :

- servire da interpreti;
- dare al personale medico le informazioni relative al contesto socio-economico di provenienza del paziente, quando utili al fine dell'intervento medico;
- fornire tutte le informazioni relative alla cultura biomedica del paziente;
- proteggere gli interessi del paziente non nativo belga e tutelarne direttamente gli interessi.

Il progetto è stato monitorato attentamente per cinque anni e ha dimostrato, dopo un'approfondita analisi conclusiva, che i mediatori interculturali - se utilizzati con le appropriate modalità - possono davvero aumentare la qualità dei servizi sanitari forniti dai medici attivi sul territorio, l'accesso per gli utenti ai servizi sanitari specialistici, in particolare a quelli di tipo riabilitativo, e le adeguate cure post-operatorie.

Visti i risultati positivi raggiunti, il progetto è stato replicato in tempi diversi in più strutture ospedaliere fiamminghe.

#### *Centro Laken*

Il 1° gennaio 1979 l'organizzazione non profit *Centrum oor Welzijnszorg - Laken* [Centro per la salute mentale di Laken] è stata accreditata come ospedale psichiatrico dal Ministero della salute. Dal 1990, con la nuova legislazione, le attività svolte dal Centro sono ricadute sotto la responsabilità della Comunità fiamminga. Fin dalla fondazione, il Centro si è occupato quasi esclusivamente di servizi psico-sociali e psicologici per immigrati, rifugiati politici e persone senza documenti (*sans papiers*), strutturandosi così come vero e proprio centro pilota nello sviluppo di metodi di cura indirizzati anche agli appartenenti a culture altre.

Il Centro utilizza un approccio etnografico che parte dalla conoscenza del contesto socio-culturale e soprattutto etno-medico e psichiatrico della persona immigrata. A questo primo approccio se ne associa subito un altro, cioè il non considerare la persona come unità facente parte solo della sua nazionalità di appartenenza, ma anche come individuo unico con un *background* sociale e storico assolutamente irripetibile. Attraverso questo doppio approccio si previene la distruzione della relazione terapeutica che solitamente accompagna la terapia strutturata con gli immigrati.

Negli ultimi anni l'ospedale ha iniziato a svolgere attività specialistiche psicologiche e psichiatriche rivolte anche alla popolazione anziana, assimilata in un certo senso agli immigrati in quanto considerata come formata da individui migranti nel tempo, persone che si ritrovano a vivere in un contesto nel quale i loro valori e le loro norme non hanno più carattere universale.

### *Anno belga della salute mentale*

Nel 2001 è stato lanciato in Belgio l'anno della salute mentale, durante il quale si è cercato di combattere lo stigma correlato spesso alla malattia mentale e ai pazienti psichiatrici attraverso innumerevoli iniziative pubbliche dedicate alla cittadinanza, ai *media*, ai decisori politici e al mondo accademico.

Questa iniziativa è stata strutturata e implementata da cinque organizzazioni attive sul territorio belga:

- Lega per la salute mentale fiamminga,
- Lega per la salute mentale belga,
- Lega per la salute mentale vallona,
- Fondazione Julie Reason,
- Fondazione Regina Fabiola.

Anche il volontariato ha contribuito alla realizzazione dell'intero progetto, con donazioni e servizi.

Il risultato raggiunto più importante e quello da più parti sottolineato è stata la possibilità data per la prima volta ai professionisti della salute di essere coinvolti in prima persona in settori della società con i quali non esistevano contatti diretti e abituali: il settore economico e degli affari, quello educativo, il sistema giudiziario e i consigli di quartiere.

### *Inclusion Europe*

Le persone con disabilità mentale rappresentano uno dei gruppi più ampi fra le persone con disabilità e uno dei gruppi a più facile rischio di esclusione sociale e discriminazione.

Il progetto *Inclusion Europe* mira ad assicurare a questo *target* di persone equo accesso alla rappresentazione legale e supporto per la promozione e il sostegno dei diritti. Proposto dal Centro belga per le pari opportunità, il progetto si struttura in collaborazione con alcune organizzazioni dei disabili belghe, portoghesi e lituane.

### *Solidar*

Questo progetto è stato istituito per analizzare le barriere che inibiscono un equo accesso ai servizi sociali forniti dal settore associazionistico e volontario. Le discriminazioni considerate sono quelle relative all'orientamento sessuale, all'età, alla disabilità, alle credenze religiose e personali e all'origine razziale o etnica. Il progetto prevede anche la creazione di una guida contenente le migliori buone prassi attivate in materia.

### **7.3. Francia**

L'articolo 55 della Costituzione della Repubblica francese (1946) evidenzia come i trattati e gli accordi sottoscritti a livello internazionale abbiano autorità superiore rispetto alla stessa Legge francese:

*I Trattati o gli Accordi debitamente ratificati o approvati dovranno, dopo la pubblicazione, prevalere sugli Atti del Parlamento.*

Come già sottolineato nel Capitolo 2, al pari degli altri paesi europei la Francia ha ratificato i maggiori strumenti internazionali di lotta alla discriminazione.

#### **7.3.1. Diritto all'uguaglianza fra le persone**

Il diritto fra le persone viene menzionato chiaramente già nella Costituzione francese, dove nel Preambolo si legge:

*La gente di Francia proclama che ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione o credenza, possiede diritti sacri e inalienabili;*

e nell'articolo 1 della versione revisionata nel 2000:

*La Francia assicura l'uguaglianza davanti alla legge di tutti i cittadini, senza distinzione di origine, razza o religione.*

*Essa rispetta tutte le credenze.*

#### **7.3.2. Accesso ai servizi socio-sanitari per tutti**

Il sistema sociale e sanitario francese poggia sull'assicurazione sociale obbligatoria; quando si parla di assistenza sociale si include quindi anche l'assistenza sanitaria. Infatti:

*L'organizzazione della sicurezza sociale è fondata sul principio della solidarietà nazionale. Essa assicura [...] la copertura delle spese per malattia.<sup>74</sup>*

Il diritto all'assistenza sociale e sanitaria viene assicurato dall'articolo 115.1 del *Code de l'action sociale et des familles* (2001) che ribadisce come esso si fondi sulla lotta alla povertà e all'esclusione sociale:

*Tutte le persone che, in ragione della loro età, del loro stato fisico o mentale, della situazione economica e occupazionale, si trovano nell'incapacità di lavorare, hanno il diritto di ottenere dalla collettività i mezzi per un'esistenza dignitosa;*

e ancora:

*La lotta contro l'esclusione sociale è un imperativo nazionale fondato sul rispetto dell'equa dignità di tutti gli esseri umani ed è una priorità della politica pubblica della nazione. Essa tende a garantire sull'intero territorio l'accesso effettivo a tutti i diritti fondamentali in materia di occupazione, alloggio, protezione della salute, giustizia, educazione, formazione e cultura, protezione della famiglia e dell'infanzia.*

---

<sup>74</sup> *Code de la sécurité sociale*. 2001, art. L111-1.

*Lo Stato, le collettività territoriali, le strutture pubbliche [...] perseguono una politica destinata a combattere, prevenire e sopprimere tutte le situazioni che possono portare all'esclusione.*

### **7.3.3. Accesso ai servizi socio-sanitari per particolari gruppi di persone**

Anche il diritto ai servizi viene ribadito già a livello costituzionale, dove infatti si riporta il diritto alla sicurezza sociale, e conseguentemente all'assistenza sanitaria in essa ricompresa:

*La legge fissa le regole inerenti: [...] il diritto al trasporto, il diritto sindacale e alla sicurezza sociale.<sup>75</sup>*

Il libero accesso dei beni e dei servizi pubblici viene inoltre evidenziato dal Codice penale, all'articolo 432.7:

*La discriminazione perpetrata contro una persona o una identità legale da parte di un individuo rappresentante di una autorità pubblica o responsabile per un servizio pubblico, nell'esercizio o durante l'esercizio dei suoi doveri o nel rifiuto di questi, è punita con tre anni di detenzione e una multa di 300.000 franchi se la discriminazione consiste in:*

- *rifiutare l'esercizio di un diritto accordato per legge;*
- *impedire il normale esercizio di qualunque attività economica.*

Nell'articolo 225.1 dello stesso Codice penale si legge inoltre:

*Ogni distinzione perpetrata fra persone sulla base dell'origine, del sesso, della situazione familiare, dello stato di salute, delle disabilità, delle opinioni politiche, nelle attività sindacali, dell'appartenenza o della non appartenenza, reale o supposta, a un particolare gruppo etnico, nazione, razza o religione, costituisce discriminazione.*

Anche nel nuovo Codice penale del 2001 alcuni articoli trattano di discriminazione: 121.2, 225.2, 225.4, 226.19, 226.24 e 432.7.<sup>76</sup>

#### *Immigrati, rifugiati politici e richiedenti asilo*

L'articolo 53.1 della Costituzione sottolinea che per valutare e indagare le domande di asilo che perverranno alle autorità francesi verranno applicati gli accordi internazionali; afferma inoltre:

*le autorità della Repubblica continueranno ad avere il potere di garantire asilo a ogni straniero perseguitato per la propria azione di perseguimento della libertà o a colui che cerca la protezione della Francia per qualche altra ragione.*

---

<sup>75</sup> Costituzione della Repubblica francese, revisione del 2000, art. 34.

<sup>76</sup> Su posizioni analoghe si struttura anche il Codice del lavoro (1973, artt. 123.1, 140.2, 140.4, 152, 154, 412.2, 481.3) che vieta discriminazioni nella sfera del lavoro sulla base del sesso o della situazione familiare.



Per gli immigrati il diritto alla non discriminazione, già sancito a livello costituzionale, viene poi sottolineato come diritto ai servizi sanitari tramite il Constitutional Council del 13 agosto 1993, nel quale si legge:

*Gli stranieri godono il diritto della protezione sociale dal momento in cui essi iniziano a risiedere stabilmente e legalmente sul territorio francese.*

#### *Donne*

Già nel 1983 la Francia ha introdotto nel Codice del lavoro - con la Legge Roudy - il diritto all'uguaglianza professionale tra donne e uomini. In seguito a ciò altre normative hanno rafforzato i diritti delle donne, in particolare quelli relativi all'ambito occupazionale. Non pare esistano però normative antidiscriminatorie ulteriori, in aggiunta a quelle costituzionali e relative ai codici civile e sanitario, riferite specificatamente alle donne e al loro accesso ai servizi sociali e sanitari.

#### *Anziani*

La politica sanitaria per gli anziani viene affiancata a quella sociale, presieduta da un ente di coordinamento che ne gestisce la programmazione e i servizi.

All'articolo 113.2 del *Code de l'action sociale et des familles* (2001) si legge:

*al fine di favorire il coordinamento della prestazione dei servizi alle persone dipendenti anziane [...] un comitato nazionale per il coordinamento gerontologico è incaricato di seguire la messa in opera della presente convenzione.*

#### *Malati mentali*

I diritti dei malati mentali vengono riconosciuti nella Costituzione, nel Codice di sicurezza sociale e nel Codice di sanità pubblica. Si sottolinea inoltre che:

*la lotta contro la malattia mentale comporta le azioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale;<sup>77</sup>*

e si sancisce il fatto che

*una persona con problemi mentali non può essere ospedalizzata senza il proprio consenso.<sup>78</sup>*

Non si accenna però al fatto che sia necessario o meno monitorare l'utilizzo dei servizi socio-sanitari e garantirne il reale accesso ai malati mentali.

---

<sup>77</sup> *Code de la santé publique*. 1998, art. L.326.

<sup>78</sup> *Code de la santé publique*. 1998, art. L.333.

### *Disabili*

La discriminazione contro i disabili viene punita dal Codice penale; i diritti dei disabili, anche quelli riferiti all'accesso ai servizi sociali e sanitari, sono ampiamente riconosciuti dall'articolo 114.1 del *Code de l'action sociale et des familles*:

*la prevenzione e la ricerca sull'handicap e l'accesso dei minori e degli adulti handicappati fisici, sensoriali o mentali ai diritti fondamentali riconosciuti a tutti i cittadini, specialmente alle cure, all'educazione, alla formazione [...] all'integrazione sociale, alla libertà di movimento e circolazione, alla protezione giuridica, allo sport, al divertimento, al turismo e alla cultura costituiscono un obbligo nazionale.*<sup>79</sup>

Inoltre si sottolinea anche l'impegno delle istituzioni nel perseguire la politica in loro favore:

*le famiglie, lo Stato, le collettività locali, le strutture pubbliche, gli organismi di sicurezza sociale, le associazioni, gli organismi e le imprese pubbliche e private uniscono i loro interventi per realizzare quanto menzionato all'articolo 114-1 e principalmente per assicurare alle persone handicappate tutta l'autonomia di cui esse sono capaci.*

### **7.3.4. Enti per l'uguaglianza**

#### *High Council for Integration*

Creato attraverso i Decreti n. 912 del 1989 e n. 622 del 1996, è stato istituito per fornire proposte e consulenze in materia legale al Primo Ministro, alla Commissione interministeriale e ai diversi Ministeri francesi, relative a qualsiasi questione inerente l'integrazione di cittadini stranieri e di residenti con origini straniere.

#### *National Consultative Commission on Human Rights Advice*

Il ruolo di questo ente, strutturatosi attraverso il Decreto del Primo Ministro nel gennaio 1984, è fornire consigli, informazioni e aggiornamenti direttamente al Primo Ministro. Esso inoltre produce un *report* annuale di notevole importanza che racchiude sia i risultati raggiunti sia le raccomandazioni da seguire. La Commissione si occupa di diritti umani a livello nazionale e internazionale.

#### *Commission départementale d'accès à la citoyenneté (CODAC)*

I CODAC sono una serie di enti - 100 in tutta la Francia, uno per Dipartimento - stabiliti per legge con la Circolare del 18 gennaio 1999. Inizialmente lo scopo dell'ente era migliorare l'integrazione di giovani immigrati e di giovani francesi, ma si è poi allargato fino a divenire un'istituzione finalizzata al miglioramento delle condizioni di tutti gli immigrati e di tutti i cittadini di differenti minoranze etniche. Dal maggio 2001 è stato introdotto in tutta la Francia un numero di telefono gratuito - il 114 - per consentire a chi

---

<sup>79</sup> Legge n. 72 del 17 gennaio 2002, art. 53, contenuto nel *Code de l'action sociale et des familles* all'art. 114.1.

subisce episodi di discriminazione razziale o chi ne è stato testimone, di ricevere informazioni sui propri diritti e di essere consigliato su cosa fare; è possibile ottenere le informazioni anche mantenendo l'anonimato. Il numero viene gestito in cooperazione con il Gruppo di studio e lotta alle discriminazioni (vedi sotto). I compiti prioritari dei CODAC sono:

- diffondere ampiamente opportunità di impiego senza discriminazione;
- assicurarsi che i datori di lavoro apprezzino l'interesse nazionale collegato al lavoro senza discriminazione e all'integrazione razziale attraverso il lavoro;
- lavorare con ufficiali di Stato, specialmente quelli che hanno contatti regolari con gente giovane proveniente da aree sensibili e con i loro *partner* locali, per valutare situazioni di discriminazione;
- assicurarsi che tutti i cittadini siano trattati equamente e con la dovuta considerazione da parte di tutti i funzionari e tutti i dirigenti dei servizi pubblici;
- ricevere, attraverso una segreteria permanente, ogni osservazione proveniente dai cittadini francesi vittime di vessazioni o prassi discriminatorie nel loro contatto con le autorità;
- seguire le politiche nazionali inerenti la distribuzione degli alloggi pubblici, l'accesso ai servizi del tempo libero o la fornitura di tutti i servizi pubblici;
- passare alle autorità rilevanti nel settore, inclusi i servizi legali, i fatti di cui sono a conoscenza e che si ritiene costituiscano offesa.

*Groupe d'étude et de lutte contre les discriminations (GELD)*

Il Gruppo di studio e lotta alla discriminazione è stato creato sulla base del Decreto del 15 aprile 1999. Considerando però le implicazioni della Direttiva UE 2000/43/EC, una legge successiva emanata il 16 novembre 2001 ne ha modificato parzialmente ruoli e compiti. Lo scopo del GELD è:

- analizzare ogni discriminazione basata su razza ed etnia attraverso la revisione della letteratura esistente e l'avvio di nuovi studi;
- spiegare i meccanismi della discriminazione;
- informare i *partner* sociali, le autorità pubbliche e il pubblico in genere sui risultati degli studi;
- sviluppare nuovi metodi di lotta al razzismo e alla discriminazione;
- iniziare progetti finalizzati a combattere la discriminazione;
- gestire assieme ai CODAC le linee telefoniche gratuite 114
- preparare un *report* annuale fornendo un'analisi critica della situazione relativa alla discriminazione razziale presente in tutta la Francia.

Nessuno dei quattro enti citati è espressamente autorizzato a raccogliere lamentele da parte dei cittadini o a svolgere funzioni di *advocacy*.

### **7.3.5. Progetti**

#### *Equinoxe Plus*

Servizio di assistenza domiciliare inizialmente istituito per le persone parigine più anziane o disabili in gravi difficoltà economiche e sociali, si è poi allargato fino a offrire supporto a chiunque ne abbia la necessità, benché gli anziani che vivono soli siano la popolazione *target* di maggiore riferimento. Esso offre teleassistenza 24 ore su 24. È un servizio gestito attraverso una *partnership* di attori sociali, la *Accueil et Service* (A&S): associazioni di volontari, assistenza socio-sanitaria pubblica, associazioni datoriali, ecc. Offre anche servizi di vicinato, ovvero inserisce gli anziani in una rete di contatti con persone, volontari e istituzioni presenti nella loro zona di residenza, in modo da ridurre o eliminare l'isolamento nel quale molti di essi vivono.

#### *Mental Health Observatory*

Progetto programmato e gestito da *Mutuelle Generale de l'Education Nationale* (MGEN), mira alla realizzazione di un *report* sulla salute mentale nell'Unione europea e alla creazione di una specifica sezione inerente la malattia mentale nell'Osservatorio europeo sulla salute (*Health Observatory*). Il progetto vuole descrivere e comparare lo stato della salute mentale nei diversi paesi e proporre basi per programmare i temi inerenti la malattia e la salute mentale, soprattutto attraverso la promozione di programmi finalizzati alla prevenzione dei fattori di rischio.

## **7.4. Germania**

Lo Stato tedesco è uno stato federale strutturato attorno a una Costituzione - *Grundgesetz*, definita anche come *Basic Law* - elaborata il 23 maggio 1949.<sup>80</sup> Tale Costituzione risente quindi profondamente del monito all'uguaglianza fra tutti i cittadini e tutte le persone scaturito dalla lacerazioni prodottesi dopo la disfatta del nazismo. Nell'articolo 1 "Protezione della dignità umana" si afferma infatti:

*La dignità umana è inviolabile. Rispettare e proteggere sono i doveri delle autorità statali.*

*Il popolo tedesco pertanto riconosce i diritti umani, inviolabili e inalienabili, come le basi di ogni comunità, della pace e della giustizia nel mondo.*

Nell'articolo 2 "Diritti alla libertà" si afferma inoltre:

*Ogni persona ha il diritto a sviluppare liberamente la propria personalità fintantoché non viola i diritti degli altri o non offende l'ordine costituito o il codice morale.*

L'articolo 20, paragrafo 1, sottolinea nuovamente:

*La Repubblica federale tedesca è uno stato federale e sociale.*

---

<sup>80</sup> La Costituzione tedesca è stata emendata in seguito al *Trattato di unificazione* del 31 agosto 1990 e all'approvazione del nuovo Statuto federale del 23 settembre 1990.

E nell'articolo 33:

- *Ogni Tedesco ha, in ogni Land, gli stessi diritti civili e gli stessi doveri. [...]*
- *Il godimento di diritti civili e civici all'eleggibilità per gli uffici pubblici, e i diritti acquisiti nel settore pubblico sono indipendenti da tutte le confessioni religiose. Nessuno deve soffrire di alcuno svantaggio a causa della sua adesione o della sua non adesione a una confessione o ideologia.*

A loro volta, anche le singole Costituzioni degli Stati federali ribadiscono i medesimi principi di democrazia e uguaglianza. Nella Costituzione del Land Meclemburgo - Pomerania Anteriore ad esempio, si legge:

*Il popolo del Land Meclemburgo - Pomerania Anteriore riconosce i diritti umani [...]  
Il Land Meclemburgo - Pomerania Anteriore esiste per volontà dell'uomo. È dovere del Land rispettare e tutelare la dignità di tutte le persone che vi risiedono o soggiornano (art. 5).*

Nella Costituzione del Land bavarese viene sottolineato che:

*La legislazione, l'amministrazione dello Stato e quella della giustizia devono fondarsi sul rispetto della dignità della persona umana (art. 100);*

e che:

*Tutte le persone sono uguali di fronte alla legge. Le leggi sono vincolanti per tutti nello stesso modo e tutti godono nello stesso modo della tutela della legge (art. 118).*

La Costituzione del Land Berlino afferma a sua volta:

*Tutti sono uguali davanti alla legge (art. 10);*

e quella del Land Bremen sottolinea:

*Tutte le persone sono uguali davanti alla legge e nessuno può essere discriminato o favorito a causa del proprio sesso, delle proprie origini, della propria posizione sociale, delle proprie opinioni religiose o politiche (art. 2).*

Malgrado nelle Costituzioni dei *Länder* si parli di politica sociale, non viene mai nominata la politica sanitaria o l'utilizzo di servizi sanitari né, tanto meno, viene garantito il loro equo accesso. La politica sanitaria rimane competenza esclusiva della politica degli Stati federali, in quanto essa nasce storicamente dall'evoluzione della politica sociale, questa si difese come diritto di tutti i cittadini anche dallo Stato centrale.

### **7.4.1. Uguaglianza nell'accesso ai servizi socio-sanitari**

Dopo la riunificazione delle due Germanie, nel settore socio-sanitario si sono attuate profonde riforme:

- il sistema socio-sanitario occidentale è stato esteso anche alla parte orientale;
- sono state varate diverse leggi di progressiva ristrutturazione dell'intero sistema sanitario.<sup>81</sup>

Queste leggi, che sottendevano il diritto all'uguaglianza delle cure sanitarie per tutti i cittadini tedeschi ed espressamente anche quelli orientali, miravano però a lasciare a livello regionale i temi relativi all'equità, all'esaustività e alle modalità specifiche di finanziamento e fornitura dei servizi sociali e sanitari.

Il *Care Act* del 1996 ha istituito i *Care and Advice Bureau*, servizi di informazione per orientare in maniera imparziale i cittadini sulle possibilità in termini di assistenza sociale e sanità che vengono loro offerte, sia nell'ambito privato che in quello pubblico.

La sezione 30 della Legge del Codice generale di sicurezza sociale (*Sozialgesetzbuch 1*)<sup>82</sup> afferma inoltre che la previsioni si applicano a chiunque sia residente o abbia il proprio domicilio abituale sul territorio tedesco.

#### *Immigrati*

Le norme antidiscriminatorie federali sono contenute nella *Basic Law*.

1. *Tutte le persone sono uguali davanti alla legge.*
3. *Nessuno può essere pregiudicato o favorito a causa del proprio sesso, delle proprie relazioni familiari, della propria lingua, della propria terra nativa e origine, del proprio credo, della propria religione o delle proprie opinioni politiche (art. 3).*

1. *Le libertà di fede o coscienza, e le libertà di credo religioso o ideologico, sono inviolabili [...]*
3. *È garantita la pratica indisturbata della religione (art. 4).*

Anche le Costituzioni federali sottolineano, di riflesso alla *Basic Law*, i diritti degli immigrati e delle minoranze etniche. La Costituzione del Meclemburgo - Pomerania Anteriore afferma infatti:

*Il Land tutela in modo particolare l'autonomia culturale delle minoranze etniche e nazionali e di gruppi etnici di cittadinanza tedesca (art. 18).*

---

<sup>81</sup> *Health Care Reform Act*, 1989;  
*Health Care Structure Act*, 1992;  
*Health Insurance Contribution Rate Exoneration Act*, 1996;  
*1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> Statutory Health Insurance Restructuring Act*, 1997;  
*Act to Strengthen Solidarity in Statutory Health Insurance*, 1998;  
*Reform Act of Statutory Health Insurance*, 2000.

<sup>82</sup> La Legge del Codice generale di sicurezza sociale è riferibile anche all'ambito sanitario in essa ricompreso.

La Costituzione del Brandeburgo tutela specificatamente la minoranza Serba:

*i serbi hanno il diritto di preservare e promuovere il linguaggio e la cultura serba nella vita pubblica (art. 25).*

La Costituzione della Baviera specifica invece:

*È considerato cittadino dello Stato con pieni diritti chiunque, indipendentemente dalla nascita, dal sesso, dalla religione e dalla professione, abbia compiuto il 18° anno di età (art. 7).*

Il diritto all'assistenza sociale, alla salute e alla cura per gli immigrati viene ribadito anche nella sezione 30 del Codice generale di sicurezza sociale.

*L'applicazione della presente legge si attribuisce a chiunque sia residente o abbia il proprio abituale posto di residenza, nel territorio al quale la legge si applica.*

#### *Richiedenti asilo*

Affermando il diritto della richiesta di asilo -

*[...] Le persone perseguite per ragioni politiche godono del diritto di asilo (art. 16) -*

la *Basic Law* ha posto lo Stato tedesco in una condizione di debolezza rispetto all'immigrazione. Gli ampi diritti costituzionali di asilo che esistevano precedentemente in Germania hanno fatto sì che la Germania accettasse fra il 1991 e il 1993 circa il 60-80% di tutte le persone richiedenti asilo negli stati membri dell'Unione europea.

Il 26 maggio 1993 è stata allora varata una nuova legge che, seppure precisa e minuziosa rispetto alle condizioni di applicabilità della richiesta di asilo, non specifica tuttavia il diritto a un'equa assistenza sociale e sanitaria.

Il Codice penale punisce ogni discriminazione riferita espressamente alla distruzione di una parte o di un intero gruppo razziale o minoranza etnica, considerandola genocidio (sez. 220), considera il razzismo come aggravante di qualunque reato (sez. 211) e considera punibile con una pena di tre anni l'incitazione all'odio o alla violenza (sez. 130); inoltre proibisce associazioni o partiti con tratti di discriminazione razziale penalizzandoli nello svolgimento delle loro attività (sezz. 84 e 85).

#### *Donne*

Nel già citato articolo 3 della Costituzione tedesca si legge:

- 1. Tutte le persone sono uguali davanti alla legge.*
- 2. Uomini e donne hanno uguali diritti [...].*
- 3. Nessuno può essere pregiudicato o favorito a causa del proprio sesso [...].*

L'equiparazione di diritti fra uomini e donne viene poi ripresa anche nelle Costituzioni dei singoli Stati federali:

*È compito del Land, dei Comuni, delle circoscrizioni e degli altri enti pubblici promuovere reali pari opportunità tra donne e uomini [...].*<sup>83</sup>

*Sono garantite pari opportunità a uomini e donne. Lo Stato promuove l'effettiva realizzazione di pari opportunità fra uomini e donne e opera per promuovere gli ostacoli esistenti.*<sup>84</sup>

Sebbene con la *Equal Treatment Implementation Law* (n. 62 del 2001) vengano stabiliti uguali diritti sul luogo di lavoro e rispetto alle condizioni di lavoro e ai termini contrattuali, e sebbene diversi articoli legislativi - costituzionali e non - sottolineino il diritto all'assistenza sociale -

*Il matrimonio e la famiglia godono della protezione speciale dello Stato. Ogni madre è intitolata alla protezione e alla cura della Comunità*<sup>85</sup> -

non pare esistano specifici diritti, evidenziati dalla normativa federale, riferibili all'assistenza sanitaria per le donne o alle pari opportunità di accesso ai servizi sociali.

#### *Anziani*

La *Basic Law* non ha alcun riferimento specifico alla popolazione anziana. La Costituzione del Land Meclemburgo - Pomerania Anteriore invece, all'articolo 17 afferma:

*Il Land, i Comuni e le circoscrizioni tutelano in modo particolare i disabili e gli anziani. I servizi di assistenza e previdenza sociale devono aiutare queste persone a condurre una vita autonoma e non discriminata.*

Il *Federal Care Act* del 1996 ha iniziato a sostenere il diritto alla cura delle persone anziane in maniera diretta, ponendole cioè come soggetti *target* della politica sanitaria espressa nei documenti sanitari (e non solo come soggetti *target* della politica sociale).

#### *Disabili*

L'articolo 3.3 della *Basic Law* ribadisce che ogni persona deve essere uguale di fronte alla legge e che:

*Nessuno deve essere svantaggiato a causa della propria disabilità.*

La Costituzione della Baviera è una delle poche Costituzioni degli Stati federali tedeschi a sottolineare che:

*Le persone disabili non devono subire discriminazioni. Lo Stato è impegnato a creare condizioni di vita uguali per persone disabili e persone non disabili (art. 118).*

---

<sup>83</sup> Costituzione del Land Meclemburgo - Pomerania Anteriore, art. 13.

<sup>84</sup> Costituzione del Land della Baviera, art. 118.

<sup>85</sup> Costituzione tedesca, art. 6.



A livello di Stato centrale e federale l'entrata in vigore il 1° luglio 2001 del *Nono libro del codice sociale* (Legge 27/2001) ha posto fine alla mancanza di chiarezza della normativa relativa ai disabili. Questa normativa regola le prestazioni per la partecipazione alla vita civile dei disabili, offre una panoramica dei servizi destinati ai disabili, inclusi i servizi sanitari e medici, le misure sociali atte a migliorare la loro integrazione nella vita lavorativa e comunitaria, i *benefit* e i sussidi economici, l'integrazione in contesti di vita e lavoro accettabili dei disabili gravi e i doveri che i datori di lavoro hanno nei confronti dei lavoratori disabili gravi.<sup>86</sup> Come altre leggi relative alla disabilità, anche questa non fa differenza fra disabilità fisiche e sensoriali e disabilità mentali.

Anche la Legge n. 28 del 2002, *Disabled Persons Equality Law - BGG*, ribadisce i concetti contenuti nel *Nono libro del codice sociale* e specifica che gli obiettivi della legge sono prevenire, rimuovere o migliorare la disabilità, evitare il peggioramento o ridurre i suoi effetti. Particolare attenzione viene infatti posta al concetto di riabilitazione e al ruolo fondamentale dello Stato centrale e/o federale nel fornire misure riabilitative di tipo diverso: mediche, educative, lavorative e sociali.

È inoltre da notare che nel *Works Constitution Act* [Costituzione del lavoro], alla sezione 75, si richiede al datore di lavoro e ai consigli dei lavoratori di monitorare insieme se tutte le persone impiegate nell'azienda sono trattate giustamente ed equamente e se nessuno è discriminato sulla base della propria discendenza, religione, nazionalità, origine, disabilità o sesso.

#### **7.4.2. Enti per l'uguaglianza**

*Non ci sono enti obbligatori indipendenti per la promozione dell'equo trattamento delle persone con diversa origine razziale o etnica, sebbene di questo si sia discusso a livello politico* (European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, 2002, p. 29).

##### *The Federal Commissioner of Foreigners' Affairs*

Il Commissario federale per gli affari esteri - attuale organo tedesco deputato a difendere a livello nazionale i diritti degli immigrati - è in procinto di essere rinominato *Commissioner for Integration and Migration* e di vedere riconosciuti campi di azione più ampi rispetto a quelli attuali.

Questa figura è stata istituita nel 1981 a Berlino e riproposta poi volontariamente dagli altri Stati federali. Essa ha funzioni informative (di *advisory*) rispetto al Governo in materia di cittadini non tedeschi presenti sul territorio di competenza e svolge un ruolo di supporto in molte campagne e iniziative pubbliche. Non riveste alcuna funzione di difesa civica e non può costituirsi parte civile nei processi. Pubblica una serie

---

<sup>86</sup> Secondo la *Legge sulle persone con disabilità gravi* del 1974 (emendata nel 1986, nel 1990 e nel 2001) infatti, ogni settore pubblico o privato con più di 16 dipendenti deve coprire almeno il 6% del lavoro con persone disabili in modo che esse possano *essere capaci di utilizzare e sviluppare ulteriormente le conoscenze e le abilità possedute.*

innumerevole di fascicoli e libretti a basso costo miranti all'integrazione fra i diversi gruppi etnici, in particolare all'integrazione dei musulmani. Promuove le attività delle organizzazioni minori presenti in tutta la Germania.

*Koordinierungskreis Ausländische Arbeitnehmer [The Coordination Group for Foreign Employees]*

Gruppo consultivo che si occupa delle tematiche relative all'integrazione sociale, linguistica e occupazionale delle persone immigrate; è inserito all'interno del Ministero federale del lavoro e degli affari sociali, è formato dai Ministri con responsabilità nel settore dell'immigrazione e degli affari sociali, esponenti del terzo settore tedesco, organizzazioni caritative, associazioni di volontariato, rappresentanti e politici dei diversi *Länder* tedeschi.

*Forum gegen Rassismus [Forum against Racism]*

Organizzazione fondata nel 1998 con lo scopo di coordinare tutte le iniziative nazionali e locali contro la discriminazione razziale; è presieduta e gestita dal Ministero dell'interno.

### **7.4.3. Progetti**

*Progetto di welfare per gli anziani della città di Monchengladbach*

Istituito a Monchengladbach (Nord Renania) dalle istituzioni pubbliche della città dirette dal Dipartimento per il *welfare* degli anziani, mira a essere un progetto integrato di assistenza per persone anziane inferme o sole, alle quali viene offerto:

- servizio di consulenza su abitazioni, affitti e residenze per anziani;
- servizio informativo dedicato ai diversi aspetti e servizi inclusi nell'assistenza sanitaria;
- attività di *counselling* psico-sociale;
- supporto sociale.

Si tende cioè a inserire gli anziani in un circuito informativo che permetta loro di ritardare il processo di ospedalizzazione e che contemporaneamente offra loro ampie e diversificate attività di assistenza psicologica e sociale, visto che si è riconosciuto quanto fosse difficile per loro accedere e fruire di tutti i servizi presenti sul territorio senza un'azione di coordinamento e aiuto.

*Centro di Dortmund per anziani svantaggiati*

Istituito dai servizi socio-sanitari pubblici in collaborazione con le organizzazioni non *profit* presenti sul territorio, offre servizi di assistenza, cura e integrazione sociale ad anziani con *handicap* fisici e psichici.

Il Centro organizza servizi medici e infermieristici di cura domiciliare e diurna, attività di *counselling*, assistenza sociale, servizi di mediazione con qualunque genere di autorità pubblica e privata, aiuto nell'organizzazione delle visite nei servizi sanitari e ospedalieri. Rappresenta insomma un progetto di presa in carico globale dell'utenza indirizzato a far sì che queste persone possano godere di tutti i servizi pubblici a loro disposizione.

### *KATE. Servizio per persone con disabilità mentali*

KATE è un'associazione indipendente che tenta di offrire alle persone con disabilità mentali servizi integrati in grado di coprire aree quali quella dell'abitazione, dell'impiego e dell'educazione, affinché queste persone possano vivere una vita quanto più autonoma e soddisfacente possibile. I servizi offerti riguardano la cura della persona e la gestione dell'abitazione (da alcune ore settimanali di aiuto nell'organizzazione delle attività della vita quotidiana a servizi di assistenza infermieristica e continuativa per tutto l'arco della giornata), l'introduzione in ambienti di lavoro protetti o in condizioni di lavoro particolarmente favorevoli (che contemplano ad esempio l'apertura di una catena di negozi di arredamento e vestiario alternativo), e la possibilità di *training* e percorsi di formazione *ad hoc*. KATE tenta di coprire le aree lasciate vacanti dall'assistenza pubblica.

### *PSYFEM - Psychological and Psychiatric Care for Migrant Women in Europe*

Progetto di ricerca finanziato dalla Comunità europea nel dicembre 2002 e ancora in svolgimento, che indaga i servizi di cura psicologici e psichiatrici disponibili per le donne immigrate in Germania, Austria e Belgio. Il progetto è curato dall'organizzazione tedesca *Amnesty for Women Städtegruppe Hamburg e V* e si struttura in 4 parti:

- analisi delle condizioni politiche e legali delle donne immigrate;
- analisi delle condizioni sociali;
- raccolta dei dati, a dimostrazione della necessità di servizi psicologici e psichiatrici appositamente strutturati per le donne immigrate;
- realizzazione di un *network* di contatti europei ed internazionali per la comparazione delle prassi attuate nei diversi paesi.

## **7.5. Lussemburgo**

Il Gran Ducato del Lussemburgo è una monarchia costituzionale retta dalla famiglia Nassau, sul trono dal 1890. Il Lussemburgo venne fondato nel 1815, dopo il Congresso di Vienna. È il più piccolo stato dell'Unione europea, posizionato al centro di questa su un'area di soli 2.585 Km<sup>2</sup>, con una popolazione di 420.416 persone. Il Paese è diviso in 3 regioni: Dickirch (a nord), Grevenmacher (a sud-est) e Lussemburgo (a sud-ovest).

### **7.5.1. Diritto all'uguaglianza**

La Costituzione del Lussemburgo afferma la parità fra tutti i cittadini dello Stato:

*I cittadini del Lussemburgo sono uguali davanti alla legge (art. 11.2).*

Questo stesso diritto, congiunto al divieto di discriminazione per tutti gli individui, viene specificato anche dal Codice penale all'articolo 454, in cui la discriminazione viene definita come

*ogni differenza di trattamento applicata a persone sulla base della loro origine razziale o etnica, del colore della pelle, del sesso, dell'orientamento sessuale, della situazione familiare, dello stato di salute, della disabilità, delle abitudini, delle*

*opinioni politiche o filosofiche, delle attività sindacali, dell'appartenenza, reale o supposta a un gruppo etnico, una nazionalità, una razza o religione specifica, costituisce discriminazione.*<sup>87</sup>

La discriminazione è proibita e punita con la pena detentiva anche quando riguarda il rifiuto a fornire beni o servizi, compresi quelli di carattere socio-sanitario. Si legge infatti:

*La discriminazione [...] deve essere punita [...] quando consiste in:*

- *rifiuto di fornire o godere di beni;*
- *rifiuto di fornire un servizio;*
- *limitazione della fornitura di beni e servizi sulla base di uno qualunque degli elementi specificati nell'articolo 454 [...] (art. 455).*

Viene inoltre specificato che:

*La discriminazione, come specificata nell'articolo 454, commessa contro una persona o una identità legale, un gruppo o una comunità di persone, da una persona che esercita una autorità pubblica o che è responsabile della realizzazione di un servizio pubblico, nell'esercizio delle, o mentre esercita, le proprie responsabilità o obblighi, deve essere punita (art. 456).*

### *Immigrati*

Da un punto di vista costituzionale, la garanzia dei diritti umani accordata ai cittadini stranieri in Lussemburgo è piuttosto debole. L'articolo 111 della Costituzione garantisce infatti soltanto il diritto alla protezione accordata a persone e cose:

*Ogni straniero sul territorio del Gran Ducato gode della protezione offerta a persone e cose.*

La Legge del 27 luglio 1993 rinforza però la posizione degli immigrati:

*Tutte le discriminazioni contro una persona, un gruppo di persone o una comunità sulla base della razza, del colore, della discendenza, della nazionalità, dell'origine etnica o religiosa della persona, o del gruppo, o di alcuni membri del gruppo, o della comunità, è proibita (art. 3).*

### *Anziani e disabili*

Nel 1999 è stata introdotta l'assicurazione obbligatoria sulla dipendenza per offrire servizi orientati al paziente e far sì che contemporaneamente i servizi per anziani e disabili (persone con difficoltà di apprendimento, disabili fisici e sensoriali, persone con problemi di salute mentale) non fossero più di sola competenza statale.

La legge aiuta le persone che hanno difficoltà a svolgere le attività della vita quotidiana, prevede per loro una serie di servizi e monitora la partecipazione dei fornitori privati. Non sottolinea però i diritti specifici di queste persone all'accesso ai servizi sanitari e alla cura.

---

<sup>87</sup> Art. 454 del Codice penale, emendato dalla Legge del 19 luglio 1997.

### **7.5.2. Enti per l'uguaglianza**

#### *National Council for Foreigners (CNE)*

Il Consiglio nazionale per gli stranieri è stato creato attraverso la Legge del 27 Luglio 1993 relativa all'integrazione degli stranieri in Lussemburgo. Questo ente svolge le funzioni di *advisory body* per il Governo; è responsabile dello studio di tutte le questioni relative agli immigrati e alla loro integrazione, e fornisce informazioni, opinioni e raccomandazioni direttamente ai membri governativi, sia di propria iniziativa che su richiesta. Analizza inoltre ogni disegno e ogni proposta di legge in grado di modificare o di avere influenza sulla politica relativa all'immigrazione.

È composto da 30 membri incaricati dal Ministero della famiglia, circa la metà dei quali rappresentano direttamente i cittadini stranieri. Gli altri membri sono organizzazioni sindacali, datoriali, ministeriali e associazioni di municipalità.

Il CNE svolge il proprio lavoro attraverso 3 Commissioni permanenti (Commissione inerente i lavoratori di frontiera, Commissione municipale per gli stranieri, Commissione di lotta alla discriminazione razziale CSP-RAC - vedi oltre) e 3 Dipartimenti e si struttura come vero e proprio strumento di dialogo fra le autorità statali pubbliche e locali e gli stranieri o le loro associazioni. Questo ente non possiede comunque i requisiti per assolvere alle funzioni richieste dall'articolo 13.2 del Trattato di Amsterdam.

#### *Commission Spéciale contre la Discrimination Raciale (CSP-RAC)*

La Commissione speciale contro la discriminazione razziale è stata creata nel 1996 sotto gli auspici del Consiglio nazionale per gli stranieri, del quale fa parte. Il ruolo della Commissione è l'elaborazione - di propria iniziativa o su richiesta - di programmi di azione, iniziative e progetti finalizzati alla lotta a ogni forma di discriminazione e allo sviluppo della comprensione reciproca fra le diverse comunità presenti sul territorio.

La Commissione svolge ruolo attivo nella formazione dei pubblici ufficiali e funzionari e nel miglioramento delle loro relazioni con la popolazione immigrata. Riceve ed esamina le petizioni popolari provenienti da individui o gruppi e valuta le lamentele provenienti da coloro che si ritengono vittime di discriminazione in quanto pensano che siano stati infranti a loro danno gli articoli della Legge nazionale del 27 luglio 1993 relativa all'integrazione degli stranieri o quelli internazionali della *Convention for the Elimination of Racial Discrimination*.

#### *Municipal Advisory Commissions for Foreigners*

Attraverso il Regolamento del Gran Ducato del 5 agosto 1989, una Commissione municipale per gli stranieri viene istituita in ogni municipalità nella quale il 20% o più della popolazione è straniera. La Commissione, composta in parti uguali da cittadini stranieri e da cittadini nativi lussemburghesi, rappresenta gli interessi dei residenti stranieri a livello municipale, è responsabile della promozione e partecipazione degli stranieri alla vita municipale, è tenuta a suggerire alle autorità soluzioni appropriate agli specifici problemi che riguardano gli stranieri e a facilitare le relazioni fra gli stranieri, la pubblica amministrazione e i cittadini nativi del territorio.

### *Consultative Commission on Human Rights*

La Commissione consultiva sui diritti umani è stata istituita attraverso il Regolamento governativo del 26 ottobre 2000; funge da *advisory body* per il Governo ed elabora opinioni, raccomandazioni e *report*, sia su richiesta governativa che di propria iniziativa. Può proporre progetti e azioni sulla promozione dei diritti umani, in particolare nel settore educativo, nelle scuole e sul posto di lavoro.

## **7.6. Paesi Bassi**

### **7.6.1. Diritti costituzionali**

Con l'emendamento del 1983, tutti i diritti umani sono stati inseriti nel capitolo 1 della Costituzione olandese che specifica inoltre il principio dell'equo trattamento in eque circostanze e la proibizione della discriminazione:

*Tutte le persone devono essere trattate ugualmente in uguali circostanze.*

*La discriminazione basata sulla religione, le credenze, le opinioni politiche, la razza, il sesso o ogni altra base qualunque essa sia, non è permessa.*

### **7.6.2. Accesso ai servizi socio-sanitari**

La Legge *Algemene wet gelijke behandeling (AWGB)* entrata in vigore nel 1994 garantisce uguaglianza per tutti e accesso non discriminato ai servizi socio-sanitari. Strutturata

*per promuovere la pari partecipazione alla vita della società* (Preambolo),

questa Legge è lo strumento principale per la lotta alla discriminazione riferita a qualsiasi categoria di persone e indirizzata a qualunque settore della società: copre infatti gli aspetti relativi all'impiego, alle politiche abitative, all'educazione, alla salute, all'assistenza degli anziani, alla fornitura di beni e servizi. Protegge inoltre dalla discriminazione - diretta e indiretta - attuata per ragioni di opinioni politiche, credenze personali, religione, razza, sesso, nazionalità, preferenza sessuale, stato civile, e risponde alle necessità espresse dall'articolo 13 del Trattato di Amsterdam.

La Legge inoltre esplicita che:

*si riferisce a:*

- a. distinzione diretta e indiretta;*
- b. diretta distinzione: distinzione fra persone sulla base del credo personale o delle credenze religiose, delle opinioni politiche, della razza, del sesso, della nazionalità, dell'orientamento eterosessuale o omosessuale o dello stato civile;*
- c. distinzione indiretta: distinzione sulla base di ogni altra qualità o prassi che riferendosi a "b" conduce a discriminazione diretta (art. 1).*

Rispetto ai servizi e alle prestazioni socio-sanitarie afferma invece:

*È illegale discriminare nell'offrire beni e servizi (art. 7).*

### *Immigrati*

Le norme antidiscriminatorie a livello costituzionale sono contenute nell'articolo 1 del *General Equal Treatment Act*. Esse sono poi rafforzate da alcuni articoli del Codice penale.<sup>88</sup>

*La discriminazione o il discriminare sono definiti come ogni forma di distinzione, ogni esclusione, restrizione o preferenza, che ha lo scopo e l'effetto di rendere nullo o infrangere il riconoscimento, il godimento o l'esercizio di equi diritti umani e libertà fondamentali, nei campi politico, economico, sociale o culturale o in ogni altro campo della vita civile (art. 90 quater).*

Il Codice penale penalizza anche:

- gli insulti pubblici su base razziale (art. 137c);
- l'incitamento all'odio, alla discriminazione e alla violenza sulla base della razza (art. 137d);
- la pubblicizzazione e la diffusione di espressioni di discriminazione razziale (art. 137e);
- la partecipazione o il supporto ad attività aventi lo scopo di discriminare sulla base dell'etnia o della razza (art. 137f).

Nel 1998, a sostituzione del *Act on Improvement of Equal Participation of Ethnic Minorities in Labour Organisation*, è entrata in vigore la nuova Legge *Wet SAMEN*, detta anche *Employment of Minorities Promotion Act*, che mira a rendere la percentuale dei lavoratori stranieri proporzionale alla percentuale di lavoratori nativi della regione. Questa norma non estende il proprio raggio di azione ai servizi pubblici o alla fornitura di prestazioni sanitarie.

### *Donne*

Oltre ai presupposti costituzionali e al *General Equal Treatment Act*, esiste anche il *Equal Treatment of Men and Women Act* del 1980, emendato il 6 aprile 1994; specificando cosa siano la discriminazione diretta e quella indiretta relativamente a questioni di genere -

*La distinzione diretta include distinzioni per ragioni di gravidanza, nascita e maternità. La distinzione indiretta include distinzioni sulla base di altre qualità oltre al sesso, per esempio lo stato civile o la situazione familiare, che risultano in una distinzione sulla base del sesso (art. 1) -*

questa normativa vieta tutte le discriminazioni basate su differenze sessuali, anche quelle relative all'accesso a servizi pubblici, compresi quelli sociali e sanitari.

---

<sup>88</sup> Codice penale olandese, *Wetboek van Strafrecht - WvS*.

### *Disabili*

L'ambito delle disabilità è regolato da diverse leggi: alcune si riferiscono espressamente al mondo del lavoro (*Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers - WAGW; Employment and Handicapped Workers Act, 1986*) o alla responsabilità detenuta dalle autorità locali rispetto alla fornitura di servizi sociali (abitativi, di trasporto, ecc.) necessari per le persone disabili, come il *Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG; Act on Provisions for the Disabled)*.

La garanzia di servizi sanitari non discriminati viene tutelata solo dal *General Equal Treatment Act*, che è comunque in grado di assolvere con successo al compito per il quale è stato istituito.

### **7.6.3. Enti per l'uguaglianza**

#### *Commissie gelijke behandeling [Equal Treatment Commission (ETC)]*

Nato dal *General Equal Treatment Act*, consiste in un'organizzazione indipendente con due obiettivi principali:

- svolgere attività di *advocacy* e di indagine;
- stimolare la realizzazione di legislazioni egualitarie, fornire un *report* annuale sulla situazione delle discriminazioni in Olanda e valutare, ogni 5 anni, l'efficacia della legislazione messa in atto.

L'ambito di azione dell'ente è quello delle discriminazioni basate su religione, convinzioni personali, orientamento politico, razza, genere, nazionalità, preferenze sessuali, stato civile ed estensione temporale del proprio lavoro (*full time / part time*).

Tutte le spese per sostenere i costi delle procedure legali sono a carico dell'ente: i servizi offerti sono infatti completamente gratuiti per tutti i cittadini.

La Commissione appartiene al *network* delle Nazioni Unite per i diritti umani e partecipa a numerosi progetti su questi temi proposti a livello internazionale.

Le responsabilità dell'ente verranno presto estese in modo da disciplinare anche i casi di discriminazione dovuti all'età o a disabilità.

#### *National Discrimination Expertise Centre*

Istituito nel 1997, ha il preciso compito di migliorare l'attuazione della normativa penale in relazione ai casi di discriminazione razziale attraverso azione di formazione, *training* e informazione a ufficiali giudiziari, avvocati e legislatori. Funge da ente qualificante ed esperto rispetto alla giurisprudenza olandese.



*Landelijk Bureau. Leeftijdscriminatie (LBL) [Expertise Centre Age and Society]*

Precedentemente noto come *National Office Age Discrimination*, è stato istituito nel 1994, su precise indicazioni provenienti dal *National Advisory Council on Policy for the Elderly* e da associazioni di persone anziane, per fronteggiare alcuni problemi emersi nella società e correlati alla discriminazione attuata sulla base dell'età.

LBL è l'unica organizzazione in Europa che si occupa solo di discriminazioni basate sull'età non riferita unicamente alle persone anziane. Ha tre obiettivi principali:

- promuovere e stimolare attività di ricerca sugli aspetti legali e sociali della discriminazione sulla base dell'età;
- iniziare azioni e stimolare la cooperazione con organizzazioni per combattere la discriminazione;
- offrire supporto alle altre organizzazioni attive nel settore.

Ha funzioni di *advisory* per i Ministeri.

*The Refugee Health Care Centre*

Posto sotto la responsabilità del Ministero del *welfare*, ha il compito di assicurare adeguati servizi sanitari ai rifugiati e ai richiedenti asilo.

*Landelijk Bureau Racismebestrijding (LBR) [National Bureau against Racism]*

È un'organizzazione indipendente, fondata nel 1985 e totalmente sovvenzionata dal governo olandese, con il compito di combattere il razzismo e la discriminazione, in primo luogo attraverso mezzi giudiziari e procedimenti penali. Fornisce inoltre assistenza alle vittime, porta avanti attività di ricerca sulle diverse forme di discriminazione razziale, stabilisce codici di azione, produce *report* annuali, e ha funzione di *advisory* per il Governo. Possiede inoltre un centro informativo e progetti di ricerca su scala nazionale e locale, e risponde ai requisiti richiesti dall'articolo 13 del Trattato di Amsterdam rispetto alla sezione relativa alla discriminazione attuata su base razziale o etnica.

*Department for the Coordination of Emancipation Policy*

Alla fine degli anni '70 il Movimento di liberazione delle donne svolse in Olanda un ruolo importante: il Governo dovette concentrarsi sui casi di discriminazione e violenza perpetrati a danno della popolazione femminile; come risposta, costituì un congresso di esperti che si riunì nel 1982 e che produsse un primo *memorandum* nel 1984 (*Combating Violence Against Women*) e un secondo nel 1990 (*Combating Sexual Violence Against Women and Children*). Questi due documenti pongono le basi dello sviluppo della politica olandese per combattere le situazioni di sfruttamento e discriminazione alle quali le donne sono ancora soggette.

L'azione del Dipartimento si struttura su tre principi:

- il diritto delle donne all'indipendenza, sia nelle relazioni sia nei comportamenti sociali;
- il rispetto dei diritti costituzionali delle donne, la protezione della loro vita personale e l'inviolabilità dei loro corpi;
- il diritto a ottenere impieghi equamente retribuiti ed indipendenza economica.

### *National Ombudsman*

L'articolo 108 della Costituzione fornisce la base normativa sulla quale è stato poi istituito l'Ombudsman. Esso è l'organo competente per esaminare casi di mala amministrazione o relativi a problemi insorti fra cittadini e autorità pubbliche. L'Ombudsman non si riferisce propriamente a casi di discriminazione, ma ha il potere di investigare le attività del Governo centrale, delle Province, delle forze di polizia regionali, dei governi locali e delle municipalità. Può agire anche di propria iniziativa.

### *Advisory Council for Public Health and Care*

È stato istituito a seguito di quanto emerso in diverse ricerche, che evidenziavano come gli appartenenti alle minoranze etniche e gli stranieri utilizzassero i servizi sanitari in maniera proporzionalmente minore rispetto agli altri cittadini olandesi. Benché questo fenomeno sia in parte dovuto a una mancanza di informazioni sulle modalità di utilizzo dei servizi, sembra esservi anche un'inadeguatezza del sistema sanitario a uniformarsi e rispondere alle esigenze e alle necessità delle minoranze etniche e degli stranieri presenti sul territorio olandese. Il *Council* mira quindi a:

- migliorare le strategie di azione del sistema sanitario;
- inserire rappresentanti delle minoranze etniche nei servizi gestionali del sistema sanitario nazionale;
- produrre varie pubblicazioni, in collaborazione con il Governo, inerenti l'interculturalismo nei servizi sanitari e indirizzate sia all'intera popolazione, sia specificatamente agli operatori sanitari.

## **7.6.4. Progetti**

### *Partnership Training Programme*

Progetto istituito su scala nazionale per creare *partnership* di studio e formazione per dipendenti e funzionari pubblici inseriti in istituzioni quali forze di polizia, centri antidiscriminazione, tribunali ecc., allo scopo di migliorare la raccolta degli episodi di discriminazione. Vi è infatti una evidente riluttanza delle vittime a rendere pubblici gli episodi dei quali sono stati oggetto; è pertanto necessario che le istituzioni e le persone in esse coinvolte sappiano gestire opportunamente il problema e si scambino procedure e buone prassi in materia.

### *Promoting care needs of minority ethnic older persons with Alzheimer's disease and related disorders*

Il progetto Promuovere i bisogni assistenziali di persone anziane appartenenti a minoranze etniche e affette da disturbi di Alzheimer e patologie correlate è stato istituito nel 1999 - Anno degli anziani - in *partnership* con Finlandia, Regno Unito e Spagna con lo scopo di contribuire al miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza delle persone con demenza appartenenti a gruppi etnici minoritari.

Sono state svolte analisi comparative fra i diversi Stati coinvolti rispetto alla legislazione vigente, ai servizi attivi sui diversi territori e al livello di coscienza su queste problematiche nei paesi di riferimento. Sono poi stati realizzati dei filmati, sia per aumentare l'informazione sulla problematica nella popolazione di riferimento, sia per scambiare esperienze e conoscenze. Il progetto è stato poi replicato negli anni successivi.

*Be Equal Be Different!*

Progetto promosso dal *Landelijk Bureau. Leeftijdsdiscriminatie* (LBL), mira a promuovere la non discriminazione all'interno delle pubbliche amministrazioni. Partendo dalla definizione delle comuni origini delle diverse forme di discriminazione, è prevista la realizzazione di una pubblicazione su moduli educativi e formativi. Alla conclusione del progetto dovrebbero essere attivati dei percorsi di formazione per amministratori e funzionari pubblici.



## 8. Accessibilità nei paesi del modello familistico

### 8.1. Italia

#### 8.1.1. Uguaglianza fra le persone

A livello costituzionale viene sancita l'uguaglianza fra cittadini. L'articolo 3 della Costituzione del 1946 dichiara:

*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali o sociali.*

Lo stesso principio è sostenuto anche a livello di Codice penale (art. 594) e civile (art. 2043).

#### 8.1.2. Diritto all'accesso ai servizi sociali e sanitari per tutta la popolazione

Rispetto al diritto alla salute, l'articolo 32 della Costituzione italiana sostiene:

*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

All'articolo 38 viene garantito il diritto ai servizi sociali:

*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.*

Oltre alla Legge n. 883 del 1978 di istituzione del Sistema sanitario nazionale, l'accesso indiscriminato della popolazione ai servizi viene menzionato anche nella Legge n. 328 del 2000:<sup>89</sup>

*La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia [...] (art. 1).*

*Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità (art. 2.2).*

---

<sup>89</sup> Legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 265 del 13 novembre 2000.

### **8.1.3. Accesso ai servizi sanitari per particolari gruppi di persone**

#### *Immigrati*

Oltre al citato articolo 3 della Costituzione, esistono diverse leggi - alcune delle quali aventi anche carattere penale - che proibiscono la discriminazione.

La Legge n. 962 del 9 ottobre 1967 previene e reprime il genocidio:

*Chiunque, al fine di distruggere in tutto o in parte un gruppo nazionale, etnico, razziale o religioso come tale, commette atti diretti a cagionare lesioni personali gravi a persone appartenenti al gruppo, è punito con la reclusione [...] (art. 1).*

La Legge Mancino n. 205 del 1993 "Misure urgenti in materia di discriminazione razziale, etnica e religiosa", prevedendo anche una serie di sanzioni accessorie, condanna invece chi:

*[...] dissemina in ogni modo idee basate su superiorità razziale, etnica o odio, o incita ad agire in modo discriminante su base razziale, etnica, nazionale o religiosa, o ancora agisce in tale modo in prima persona.*

La Legge n. 386 del 1998 estende il proprio campo di applicazione anche ai servizi sociali e sanitari quando considera la discriminazione come

*un comportamento che direttamente o indirettamente causa differenziazione, esclusione, restrizione o preferenza basato sulla razza, il colore, la discendenza, la nazionalità o l'origine etnica, le credenze o le pratiche religiose, con lo scopo o l'effetto di distruggere o impossibilitare il riconoscimento o l'esercizio, in pari condizioni, dei diritti umani fondamentali nel campo politico, economico, sociale e culturale così come in ogni altro settore pubblico (art. 43).*

Anche la Legge n. 40 del 6 marzo 1998 *Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*<sup>90</sup> - emendata con la Legge n. 189 *Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo* del luglio 2002 (Legge Bossi-Fini) - specifica le condizioni che determinano discriminazione ed estende il proprio raggio di azione ai beni e ai servizi:

*[...] compie un atto di discriminazione:*

*a. il pubblico ufficiale o la persona incaricata di pubblico servizio o la persona esercente un servizio di pubblica necessità che nell'esercizio delle sue funzioni compia od ometta atti nei riguardi di un cittadino straniero che, soltanto*

---

<sup>90</sup> Rispetto all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri soggiornanti sul territorio nazionale, il *TU*, nel Titolo V, Capo I (artt. 34, 35 e 36), ha evidenziato tre distinte categorie di beneficiari:

- I. stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale;
- II. stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale;
- III. stranieri che entrano in Italia per motivo di cura.

Questa legge riconosce i diritti in materia sanitaria spettanti a ognuna delle tre categorie individuate ma non tratta specificatamente né di accesso ai servizi, né di lotta alla discriminazione.

*a causa della sua condizione di straniero o di appartenente a una determinata razza, religione, etnia o nazionalità, lo discriminino ingiustamente;*

*b. chiunque imponga condizioni più svantaggiose o si rifiuti di fornire beni o servizi offerti al pubblico a uno straniero soltanto a causa della sua condizione di straniero o di appartenente a una determinata razza, religione, etnia o nazionalità;*

*c. chiunque illegittimamente imponga condizioni più svantaggiose o si rifiuti di fornire l'accesso all'occupazione, all'alloggio, all'istruzione, alla formazione e ai servizi sociali e socio-assistenziali allo straniero regolarmente soggiornante in Italia soltanto in ragione della sua condizione di straniero o di appartenente a una determinata razza, religione, etnia o nazionalità (art. 41.2).*

### *Donne*

La maggior parte della legislazione inerente le donne è riferibile al mercato e al luogo di lavoro (Legge 903/1977,<sup>91</sup> Legge 108/1990,<sup>92</sup> Legge 125/1991,<sup>93</sup> Legge 25/1999, Legge 196/2000<sup>94</sup>). La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 marzo 1997 (Direttiva Prodi), strutturata attorno alle azioni volte a promuovere l'attribuzione di poteri e responsabilità alle donne, a riconoscere e garantire libertà di scelte e qualità sociale a donne e uomini, afferma invece:

*I Ministri, nell'esercizio delle rispettive competenze e con le iniziative di volta in volta necessarie, perseguiranno i seguenti obiettivi [...] Integrazione del punto di vista di genere nelle politiche governative (mainstreaming) [...] produzione e diffusione di dati e informazioni disaggregati per sesso, nonché nella valutazione di impatto equitativo di genere delle politiche governative [...] Formazione a una cultura della differenza di genere [...] Politiche di sviluppo e di promozione dell'occupazione [...].*

Essa specifica inoltre particolari obiettivi da perseguire relativi all'ambito sanitario:

*Prevenzione e tutela della salute - obiettivi strategici C.1-C.5.*

*L'obiettivo consiste nella tutela della salute delle donne e degli uomini, intesa come complessivo benessere psicofisico, e nella promozione di iniziative volte a sostenere la realizzazione del desiderio di maternità e ad assicurare una procreazione libera e responsabile, e si esplica nelle seguenti azioni.*

---

<sup>91</sup> Legge *Parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro*, che all'art. 1 afferma:

*È vietata qualsiasi discriminazione fondata sul sesso per quanto riguarda l'accesso al lavoro indipendentemente dalle modalità di assunzione e qualunque sia il settore o il ramo di attività, a tutti i livelli della gerarchia professionale.*

<sup>92</sup> Legge a modifica dell'art. 15 dello Statuto dei lavoratori.

<sup>93</sup> Legge inerente le "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro" inclusa la creazione di un Comitato nazionale per l'attuazione dei principi di parità di trattamento e uguaglianza di opportunità fra lavoratori e lavoratrici.

<sup>94</sup> Legge riferita alle "Azioni positive per la parità uomo-donna nelle pubbliche amministrazioni".

- 8.1. Valorizzare, nel Piano sanitario nazionale, le azioni dirette alla tutela della salute della donna in tutte le fasi della vita.*
- 8.2. Promuovere il Piano socio-assistenziale nazionale, realizzando preventivamente una valutazione di impatto equitativo secondo il genere.*
- 8.3. Incentivare nel progetto obiettivo specifico per la salute materno-infantile, le azioni mirate ai fattori di rischio, alla diagnosi precoce, alla prevenzione, alla salute riproduttiva.*
- 8.4. Favorire lo sviluppo di una umanizzazione del parto, mediante l'adeguamento delle strutture e la disponibilità del personale, per creare un luogo ove si verifichi la sintesi razionale tra servizio sanitario pubblico e rispetto della persona.*
- 8.5. Predisporre un Testo unico sulla maternità, anche allo scopo di armonizzare le normative di settore e di accrescere i livelli di tutela delle categorie meno protette.*
- 8.6. Sviluppare le indagini e le rilevazioni orientate a evidenziare le differenze di genere nella salute, con particolare riferimento a fattori di rischio, prevenzione, cronicità, disabilità, salute riproduttiva.*

Nel 2001 è stata inoltre varata la Legge costituzionale n. 3 che sostituisce l'articolo 117 della Costituzione:

*L'articolo 117 della Costituzione è sostituito dal seguente:*

*Le leggi regionali rimuovono ogni ostacolo che impedisce la piena parità degli uomini e delle donne nella vita sociale, culturale ed economica e promuovono la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive (art. 3).*

#### *Disabili*

Da un punto di vista normativo, le tematiche relative alla disabilità si inseriscono nella Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (n. 104 del 1992):

##### *La Repubblica*

- a. garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;*
- b. previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;*
- c. persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;*
- d. predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata (art. 1).*



Alla Legge quadro hanno fatto seguito numerosi interventi a livello territoriale e soprattutto a livello regionale attraverso l'emanazione di leggi di settore attuative del dettato della stessa Legge quadro.

Il Programma di azione del Governo per le politiche dell'*handicap* 2000-2003, approvato il 28 luglio 2000 dal Consiglio dei Ministri, ha valorizzato le proposte emerse per impostare iniziative e definire indirizzi da intraprendere - sia in campo legislativo che nelle scelte operative delle diverse amministrazioni - al fine di favorire un più elevato livello di integrazione e una migliore qualità della vita per le persone disabili. I principi del Programma di azione ruotano proprio attorno ai concetti di non discriminazione, pari opportunità e concreta integrazione.

### *Malati mentali*

La Legge 833/1978 di riforma sanitaria, in cui è confluita la Legge 180/1978 (Legge Basaglia), è una legge quadro completata dal Piano sanitario *Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale 1994-1996*, poi reiterato nel 1998-2000. Questa legge di fatto delega alle Regioni il compito di individuare le strutture per la tutela della salute mentale: la politica inerente la salute mentale si struttura dunque come essenzialmente regionale.

Il *Progetto obiettivo 1994-1996* sottolinea inoltre:

*La riforma psichiatrica varata nel 1978 con la Legge n. 180 ha postulato un diverso approccio alla malattia mentale modificando gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali (Premessa).*

La riforma psichiatrica messa in atto sottolinea in maniera specifica il diritto alla libera scelta delle cure e al rispetto della dignità umana:

*Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui [...] possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso, per quanto possibile, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.<sup>95</sup>*

### *Anziani*

Le politiche inerenti gli anziani per quel che riguarda i servizi sociali a loro dedicati, sono regolamentate dalla Legge 328/2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, in cui si sottolinea proprio come chi si rivolga ai servizi sociali debba avere servizi corrispondenti alle necessità ed equi:

*I livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili nel territorio nazionale [...] tengono conto dell'esigenza di favorire le relazioni, la corresponsabilità e la solidarietà fra generazioni, di sostenere le responsabilità genitoriali,*

---

<sup>95</sup> Legge 180/1978, *Norme per gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, art. 34.

*di promuovere le pari opportunità e la condivisione di responsabilità tra donne e uomini, di riconoscere l'autonomia di ciascun componente della famiglia (art. 16.2).*

Di fatto però la politica relativa alla popolazione anziana non solo si struttura anche su Piani di zona locali, ma ricade entro le competenze regionali e pertanto differisce da Regione a Regione:

*Le Regioni [...] in relazione alle indicazioni del Piano nazionale di cui al comma 3 del presente articolo, entro centoventi giorni dall'adozione del Piano stesso adottano nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, attraverso forme di intesa con i comuni interessati ai sensi dell'articolo 3 della Legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, provvedendo in particolare all'integrazione socio-sanitaria in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro (art. 18.6).*

#### **8.1.4. Enti per l'uguaglianza**

##### *Commissione per le politiche di integrazione*

Ente creato dalla Legge n. 386 del 1998 che opera congiuntamente al Dipartimento degli Affari sociali e al Primo Ministro, è composto da rappresentanti dei Ministeri e da un massimo di dieci esperti in materia di integrazione razziale. Il Presidente viene nominato dal Primo Ministro e pertanto, benché detenga funzioni di *advisory*, la Commissione per le politiche di integrazione non è un organismo indipendente.

La Commissione può elaborare *report* e sorvegliare i temi della discriminazione razziale, ma non ha alcuna competenza nell'assistere o nell'informare le vittime di discriminazioni.

##### *Consulta per i problemi degli stranieri immigrati e delle loro famiglie*

Consulta presieduta dal Primo Ministro che funge da *forum* per il dialogo con le organizzazioni non governative attive nel campo dell'immigrazione e delle materie ad essa afferenti. È composta da rappresentanti delle associazioni, delle ONG, dei sindacati, delle autorità locali, da ministri e da esperti in materia di immigrazione.

I suoi compiti sono raccogliere le informazioni provenienti dalle diverse organizzazioni, aiutare la realizzazione delle politiche dell'immigrazione e fornire suggerimenti per una più efficace integrazione razziale.

##### *Commissione nazionale per la parità e le pari opportunità tra uomo e donna*

Istituita nel giugno 1984 con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri nel quadro delle iniziative promosse dal Governo italiano per celebrare il Decennio della donna proclamato dalle Nazioni Unite, svolge la funzione di organo ausiliario del Governo per le questioni femminili, con particolare riferimento alla realizzazione della effettiva parità tra uomo e donna.

Composta da 29 rappresentanti, i compiti della Commissione riguardano due precisi ambiti:

- attività di consulenza e supporto al Governo e al Presidente del Consiglio;
- attività che la Commissione svolge direttamente per la realizzazione del principio paritario.

La Commissione svolge inoltre il ruolo di struttura di supporto alla Presidenza del Consiglio dei Ministri nelle relazioni internazionali e rappresenta l'Italia nel Comitato consultivo per le pari opportunità presso la Commissione dell'Unione europea.

#### *Commissione interministeriale per l'handicap*

Questa commissione sostituisce il precedente Comitato nazionale per le politiche dell'Handicap istituito presso la Presidenza del consiglio dei Ministri dalla Legge n. 104 del 1992.

Attualmente la Commissione si configura quale strumento operativo privilegiato per la diffusione e l'attuazione di tutte le politiche inserenti la disabilità.

#### *Conferenza nazionale sulle politiche dell'handicap*

Organo permanente che si occupa di promuovere indagini statistiche e conoscitive sull'*handicap* e di convocare ogni tre anni una conferenza nazionale sulle politiche dell'*handicap*, alla quale invita soggetti pubblici, privati e del privato sociale che esplicano la loro attività nel campo dell'assistenza e dell'integrazione sociale delle persone handicappate. Le conclusioni di tale conferenza sono trasmesse al Parlamento, anche al fine di individuare eventuali correzioni alla legislazione vigente.

#### *Commissione di indagine sull'esclusione sociale*

Anche in collegamento con analoghe iniziative nell'ambito dell'Unione europea, la Commissione ha il compito di effettuare le ricerche e le rilevazioni necessarie per indagini sulla povertà e sull'emarginazione in Italia, di promuoverne la conoscenza nelle istituzioni e nell'opinione pubblica, di formulare proposte per rimuoverne le cause e le conseguenze, di promuovere valutazioni sull'effetto dei fenomeni di esclusione sociale.

La Commissione predispose per il Governo rapporti di ricerca e formula annualmente una relazione nella quale illustra le indagini svolte, le conclusioni raggiunte e le proposte avanzate.

La Commissione è composta da studiosi ed esperti con qualificata esperienza nel campo dell'analisi e della pratica sociale, nominati per un periodo di tre anni con decreto del Presidente del Consiglio. Per l'adempimento dei propri compiti la Commissione può avvalersi della collaborazione di tutte le amministrazioni dello Stato, anche a ordinamento autonomo, degli Enti pubblici, delle Regioni e degli Enti locali.

### **8.1.5. Progetti**

#### *Sistema informativo sull'handicap*

La disponibilità di informazioni statistiche sulla disabilità e l'*handicap* rappresenta un presupposto fondamentale per la corretta attuazione delle norme e per l'assegnazione di risorse adeguate. Tuttavia in Italia, come nella maggior parte degli altri Paesi, non si è ancora giunti a un insieme organico e completo di dati sui diversi aspetti della disabilità. Per sopperire a questa mancanza è stato istituito il Sistema informativo sull'*handicap* che mira da un lato a monitorare la situazione sull'*handicap* e a valutare l'integrazione sociale dei disabili e dei loro familiari, dall'altro ad avviare un processo di riorganizzazione dei dati esistenti.

Il Sistema si rivolge quindi a soggetti politici dei diversi livelli decisionali ma anche a studiosi del settore, alle associazioni e organizzazioni che si impegnano nella promozione dei diritti e nell'erogazione di servizi, ai disabili stessi e ai loro familiari, e ai cittadini che vogliono conoscere il mondo dell'*handicap*. Per questo motivo, uno dei prodotti principali del progetto è rappresentato dal sito Handicap in cifre (<http://www.handicapincifre.it/>).

#### *Nuovo Ufficio relazioni con il pubblico al centro della città*

Questo Ufficio, realizzato dalla USL n. 3 Liguria, ha vinto il premio "Cento progetti al servizio dei cittadini". Il progetto si inserisce nell'ambito di una strategia più generale che l'Azienda sanitaria genovese ha intrapreso per migliorare l'accesso e l'accessibilità ai servizi forniti.

L'innovazione principale di questo URP consiste nell'aver posizionato la sede dell'ufficio in pieno centro cittadino e nell'averlo strutturato organizzativamente non come un tradizionale ufficio pubblico ma come un negozio sulla strada, un'agenzia di servizio. Si è così realizzato un contatto diretto tra operatore e cittadino/utente che sa che in quel negozio può ricevere tutte le informazioni sulle procedure da seguire per l'accesso ai servizi forniti dall'Azienda USL e le documentazioni relative ai principali atti di interesse, essere ascoltato per eventuali reclami e segnalazioni per migliorare la qualità del servizio.

All'interno dello stesso URP è innovativa anche l'attivazione dello sportello di protocollo di atti e documentazione relativi alle procedure erogate dall'Azienda sanitaria (riconoscimento dell'invalidità civile, di altri benefici per portatori di *handicap* e altre domande per atti sanitari).

L'URP ha al proprio interno anche un *call center* per le prenotazioni, specialistiche e non, e punti di ascolto relativi a qualunque patologia.

Il successo dell'iniziativa è ampiamente dimostrato dal numero dei contatti registrati nel corso di un anno di attività: oltre 27.000 i cittadini genovesi si sono rivolti alla struttura, di cui 8.000 per presentare documentazioni e domande.

### *La Piccola Città di Lucca*

Il Centro diurno La Piccola Città nel comune di Buggiano (LU) è attivo dal 1994 e accoglie pazienti del Reparto salute mentale in trattamento terapeutico-riabilitativo.

Tra le attività realizzate presso il Centro, di particolare interesse teorico e pratico è l'attività artistica, svolta in collaborazione con l'associazione ARCI Valdinievole, che consiste in corsi di introduzione alla grafica e all'arte. Gli utenti sono suddivisi in gruppi di lavoro e seguono temi e percorsi sia individuali che collettivi.

Le opere realizzate, commissionate anche appositamente dalla stessa Azienda sanitaria e da Enti locali presenti sul territorio, vengono poi esposte nelle strutture socio-sanitarie e nei locali delle ASL. È stata inoltre allestita una galleria *web* afferente al sito internet dell'Azienda sanitaria di Lucca.

L'obiettivo di instaurare una relazione fra paziente e medico tramite l'arte non è solo una modalità del percorso riabilitativo ma rientra in una visione più ampia del Servizio salute mentale che tenta di promuovere le proprie attività sul territorio. Questa nuova istituzione offre servizi che non si connotano immediatamente come psichiatrici, ma come servizi inseriti nella vita cittadina e pertanto più facilmente fruibili.

### *SISI. Ospedale multiculturale*

Il progetto, realizzato dalla ASL della Val d'Aosta, parte dall'iniziativa europea *Migrant Friendly Hospitals* finalizzata a promuovere la salute degli immigrati e delle minoranze etniche nelle strutture sanitarie. La prima fase del progetto è consistita nella strutturazione dello Sportello informativo per la salute degli immigrati (SISI) gestito direttamente dall'URP dell'Azienda sanitaria. Scopo prioritario dello Sportello era fornire sostegno informativo in campo sanitario ai cittadini immigrati, soprattutto a quelli non in regola con il permesso di soggiorno.

A integrazione dello Sportello, nell'ottobre 2003 è stato istituito anche un ambulatorio medico preposto a fornire assistenza sanitaria di base (prescrizioni farmaci, visite, esami di laboratorio) agli immigrati non iscritti al Sistema sanitario nazionale, in quanto - come dichiarato nel Piano socio-sanitario della Val d'Aosta,

*il servizio si rivolge al cittadino straniero come portatore di un bisogno di salute e non come soggetto in regola con il permesso di soggiorno.*

Tutte le attività del SISI vengono descritte tramite volantini esplicativi redatti in inglese, francese, arabo, russo e cirillico; il progetto prevede inoltre la traduzione di tutta la modulistica sanitaria e la presenza costante di mediatori culturali in grado di aiutare la relazione tra medico e paziente straniero.

## 8.2. Grecia

L'articolo 28 della Costituzione greca afferma che le leggi e le convenzioni internazionali sono parte integrante della legislazione nazionale e che pertanto, in caso di conflitto legislativo, godono della precedenza sulla legislazione interna.

### 8.2.1. Diritti costituzionali

I diritti ribaditi nella Costituzione della Grecia del 1975, emendata nel 2001, sono piuttosto estesi e vanno dal riconoscimento della dignità umana al diritto all'uguaglianza.

*Il rispetto e la protezione della dignità della persona umana costituiscono l'obbligo fondamentale dello Stato (art. 2).*

*Tutte le persone che si trovano sul territorio greco godono di una piena protezione per la loro vita, il loro onore e la loro libertà, senza distinzione di nazionalità, di razza, di lingua, né di convinzioni religiose o politiche (art. 5.2).*

All'articolo 5 viene affermato anche il diritto alla salute:

*Tutte le persone sono intitolate alla protezione della loro salute e della loro identità genetica.*

Nella stessa Costituzione alcune categorie di persone vengono considerate come maggiormente deboli e quindi con necessità di protezione ulteriore:

*[...] 2) Le famiglie con molti bambini, gli invalidi di guerra o di pace, vittime della guerra, le vedove e gli orfani di guerra, come pure le persone colpite da una malattia incurabile fisica o mentale, hanno diritto a una particolare protezione da parte dello Stato.*

*3) Lo Stato veglia sulla salute dei cittadini e adotta misure speciali per la protezione dei giovani, dei vecchi, degli invalidi, come pure per l'assistenza ai poveri (art. 21).*

Infine, l'articolo aggiuntivo nella Costituzione del 2001 sancisce pienamente il diritto a un sistema di *welfare*, affermando che:

*I diritti degli uomini come individui e come membri della società, nonché il principio di uno stato di welfare costituzionale, sono garantiti dallo Stato.<sup>96</sup>*

---

<sup>96</sup> Emendamento costituzionale 25.1 a supporto dell'art. 5 della Costituzione, 2001.

### **8.2.2. Legislazione relativa all'accessibilità ai servizi socio-sanitari**

Nel capitolo 1 della Legge 1397/1983 inerente i compiti e i doveri del Ministero della salute e del *welfare* si sottolinea che il sistema socio-sanitario deve essere equo e l'accesso alle strutture non discriminatorio:

*Lo scopo del Ministero della salute e del welfare è disegnare la politica sociale per la salute e il welfare, che include:*

- *promozione, protezione, mantenimento e riabilitazione del benessere biologico, mentale e sociale dell'individuo e della società;*
- *uguaglianza nella fornitura dei migliori possibili servizi e beni sanitari e sociali alla società in relazione ai bisogni di ogni individuo;*
- *protezione dei diritti individuali e sociali nella fornitura di servizi sociali e sanitari.*

I compiti delle autorità sanitarie regionali sono invece elencati dettagliatamente nella Legge 2889/2001, *Health Care Reform Act*, nella quale si fa ampio riferimento alle categorie sociali più deboli considerate oggetto di competenza delle amministrazioni locali. Questa Legge istituisce dunque un sistema sanitario di tipo decentralizzato, mirante a rendere più accessibile l'assistenza sanitaria a coloro che vivono nelle aree più remote del paese.

La Legge 2646/1998 sviluppa invece un sistema nazionale di protezione sociale e definisce come sistema sociale:

*la protezione fornita a persone o gruppi attraverso programmi di prevenzione e riabilitazione che mirano a creare le condizioni che permettano a queste persone equa partecipazione alla vita economica e sociale e salvaguardino standard decenti di condizioni di vita.*

In accordo con gli articoli 1.2 e 3.3 di questa Legge, la fornitura del sistema sociale è responsabilità dello Stato e riguarda chiunque risieda legalmente in Grecia.

#### *Malati mentali e disabili*

Nel 1999, con la Legge n. 2716 il Governo greco ha deciso di istituire un ufficio direttamente responsabile della protezione dei diritti delle persone con disturbi mentali, chiamato *Special Committee for the Control of the Rights of Psychologically Disturbed Persons*. Questo organismo, formato di nove membri individuati dal Ministero della salute, svolge anche funzioni inerenti la raccolta dati e il monitoraggio della realtà greca.

L'articolo 6 della Costituzione greca sottolinea i diritti dei disabili:

*Le persone con disabilità sono intitolate a beneficiare di misure in grado di assicurare loro autosufficienza, integrazione professionale e partecipazione alla vita sociale, economica e politica del paese.*

Inoltre, come già evidenziato, gli articoli 21, 22 e 23 sottolineano che coloro che soffrono di malattie incurabili fisiche o psichiche, nelle quali si fa rientrare la disabilità, godono dello speciale diritto di assistenza da parte dello Stato.

Malati mentali e disabili sono tutelati nella loro relazione con il *welfare* da una speciale sezione dell'Ombudsman, il Dipartimento di salute sociale e del *welfare* sociale.

#### *Anziani*

In Grecia non esistono servizi medici specialistici per la popolazione anziana, che viene quasi sempre assimilata alla popolazione adulta, tranne quando si ha a che fare con aspetti specifici di politica sociale.

La normativa che regola le diverse istituzioni per anziani e i *benefit* che si possono concedere loro è ancora quella che afferisce alla Legge 2238/1994, che non tratta però il diritto alla salute dell'anziano, menzionato esclusivamente nella Costituzione.

#### *Immigrati e richiedenti asilo*

I richiedenti asilo sono intitolati a ricevere cure mediche e trattamenti ospedalieri gratuiti in accordo con il Decreto presidenziale 266/1999. Ciò viene anche sottolineato dalla legge *Aliens Act* del 1996<sup>97</sup> e dagli emendamenti successivi, dove si evidenzia che ai richiedenti asilo, ai rifugiati e a coloro che entrano nel territorio greco per motivi umanitari, devono essere accordati trattamenti ospedalieri totalmente gratuiti.

Rispetto agli immigrati, oltre alle provvisori costituzionali (art. 5.2 della Costituzione), i loro diritti vengono enunciati anche nella Legge n. 927 del 1979, emendata con l'articolo 24 della Legge 1419/1984 e con la Legge n. 2910 del maggio 2001, che sostenendo la prevenzione alle discriminazioni attuate su base religiosa e razziale, riconosce l'uguaglianza fra cittadini greci e cittadini stranieri.

La summenzionata Legge n. 2910, avente carattere prevalentemente penale, alla sezione 1.3 vieta il rifiuto, nell'esercizio di una professione o di un servizio, della vendita o della fornitura di un bene o di un servizio a causa di motivazioni razziali. Creata anche con l'obiettivo di salvaguardare i diritti fondamentali degli stranieri, essa è pertanto applicabile anche nell'attuazione di un accesso indiscriminato ai servizi sociali e sanitari, benché di fatto non nomini espressamente la tutela dell'assistenza sanitaria o l'accesso ai servizi sociali.

---

<sup>97</sup> *Aliens Act*. 1996, sezione 24(2)(c).



## *Donne*

Diversi articoli costituzionali assicurano parità fra uomini e donne.

*I greci, uomini e donne, hanno gli stessi diritti e gli stessi doveri* (art. 4).

*La famiglia, in quanto fondamento della conservazione e del progresso della Nazione, così come il matrimonio, la maternità e l'infanzia, sono sotto la protezione dello Stato* (art. 21).

*L'adozione di misure positive per promuovere l'uguaglianza degli uomini e delle donne non costituisce discriminazione sulla base del sesso. Lo Stato deve perseguire l'eliminazione delle disuguaglianze attualmente esistenti, specie a detrimento delle donne* (art 116).

Mancano però riferimenti espliciti rispetto alla tutela di accesso ai servizi pubblici, sanitari e sociali inclusi.

### **8.2.3. Enti per l'uguaglianza**

#### *Enti per la protezione dei diritti dei malati*

Come nel resto d'Europa, anche in Grecia negli ultimi anni si è posta particolare importanza ai diritti dei pazienti, di coloro che utilizzano i servizi sanitari. Si è passati da una visione indiretta, incentrata cioè sui doveri della classe medica, a un'ottica focalizzata invece sui diritti e sulle possibilità dei pazienti. La strada che ha portato a questo cambio di prospettiva è stata lunga e tutt'altro che semplice: essa affonda le proprie basi sul dibattito mondiale e sulla conseguente diffusione di principi inerenti il rispetto dei diritti umani sviluppatasi dopo la Seconda guerra mondiale.

Pietra miliare è stato il *Codice dei diritti dei pazienti* varato negli Stati Uniti nel 1973 e seguito un anno dopo dalla *Chart of Patients' Rights and Obligations* francese e dalla *European Chart for Patients' Rights*.

È stata però la Grecia la prima, seguita un anno dopo dall'Irlanda, a dotarsi di una vera legislazione in materia e a trasformare in legge una Carta dei diritti. Nel 1992 è stata infatti emanata la Legge n. 2071,<sup>98</sup> che con l'articolo 47 istituiva i "Diritti dei pazienti ospedalieri". Questa Legge è stata poi rafforzata dalla Legge n. 2519 del 1997 che decreta anche particolari enti e organismi preposti alla protezione e promozione dei diritti dei malati,<sup>99</sup> fra i quali è contemplato quello all'accesso alle cure sanitarie.

Inoltre, tramite la Legge 2716/1999 si stabilisce di creare in ogni ospedale un ufficio preposto alla comunicazione con i cittadini e un Comitato per la difesa dei diritti dei pazienti.

---

<sup>98</sup> La legge 2071 si occupa di aspetti medico-sanitari diversi: dalla modernizzazione del sistema sanitario, alla salvaguardia da parte dello Stato dei diritti e delle opportunità dei cittadini in materia di scelta sanitaria, sia a livello preventivo che di cura, assicurando loro sia libertà di scelta che rispetto della dignità umana.

<sup>99</sup> I due enti principali sono il Servizio indipendente per la protezione dei diritti dei pazienti e il Servizio di monitoraggio per i diritti dei pazienti.

### *Ombudsman's Office*

Nel settembre 1997, con la Legge n. 2477 il Governo greco ha istituito l'*Ombudsman's Office* finalizzato alla mediazione fra cittadini e Stato e alla protezione dei diritti di tutti i greci. Il ruolo e i compiti dell'Ombudsman sono stati ridefiniti e dettagliati nel Decreto presidenziale n.273 del 1999 e nella Legge n. 3094 del 22 gennaio 2003:

*L'Ombudsman ha come propria missione la mediazione fra i cittadini e i servizi pubblici, le autorità locali, le organizzazioni pubbliche e private [...] con lo scopo di proteggere i diritti dei cittadini, di combattere la cattiva amministrazione e di assicurare il rispetto della legalità. La mission dell'Ombudsman è anche quella di difendere e promuovere i diritti dei bambini (art. 1).*

Il lavoro svolto dall'Ombudsman si articola in 4 Dipartimenti:

- a. *Dipartimento dei diritti umani;*
- b. *Dipartimento della salute e del welfare sociale (politica sociale, salute, assicurazione, welfare dei bambini, degli anziani e di persone con bisogni speciali);*
- c. *Dipartimento della qualità della vita (ambiente, pianificazione urbana, utilizzo del territorio, lavori pubblici, cultura);*
- d. *Dipartimento delle relazioni Stato-cittadini (informazioni e comunicazioni, qualità dei servizi forniti, mala amministrazione nell'organizzazione dell'amministrazione locale e delle imprese di pubblica utilità, trasporti, comunicazioni, lavoro, industria, energia, imposte, costumi, materie finanziarie, commercio e servizi statali, agricoltura e politica agricola, educazione).<sup>100</sup>*

L'*Ombudsman* opera in maniera indipendente dal Governo e ha il potere di ricevere e indagare gratuitamente tutte le lamentele dei cittadini. Per i casi di dominio pubblico ha anche il potere di agire di propria iniziativa e di formulare proposte indipendenti di azione a rimedio della violazione dei diritti umani.

### *National Human Rights Committee*

Istituito a fine 1998, è composto da membri governativi, rappresentanti delle ONG, dei sindacati e delle associazioni di categoria e datoriali, oltre che da docenti universitari e giudici della Corte suprema.

Gli obiettivi ai quali è preposto sono:

- monitorare la situazione inerente i diritti umani;
- aumentare la coscienza del pubblico e dei *media* rispetto ai temi dei diritti umani;
- combattere discriminazione razziale e intolleranza.

---

<sup>100</sup> Decreto presidenziale n. 273 del 1999, art. 2.

#### *Central Health Council - KESY*

Al fine di concretizzare la *mission* del Ministero della Salute, dal 1983 è stato istituito il Consiglio centrale della salute (KESY) con lo scopo specifico di informare il Ministro della Salute e del *welfare* sulle tematiche inerenti la strutturazione, la programmazione e il funzionamento del Sistema sanitario nazionale. Il KESY ha dunque funzioni di *advisory* per il Governo, pianifica e programma gli obiettivi generali e le direzioni da seguire all'interno del settore sanitario e del *welfare*, propone le misure da adottare per il perseguimento degli stessi, monitora il processo di programmazione e l'efficienza e l'efficacia delle implementazioni prodotte a livello centrale e regionale.

#### *Special Committee for the Control of the Rights of Psychologically Disturbed Persons*

La Legge n. 2716 del 1999 istituisce per la prima volta in Grecia lo *Special Committee for the Control of the Rights of Psychologically Disturbed Persons*. Questo organismo è formato da 9 rappresentanti (psichiatri, avvocati, assistenti sociali, professionisti delle istituzioni per i malati mentali e rappresentanti dei pazienti psichiatrici) nominati dal Ministero della salute e ha ampie competenze:

- funzioni di *advocacy* per ricevere lamentele e indagare i casi proposti;
- ispezioni *in loco*;
- rapporti sulle istituzioni che si occupano di salute e malattie mentali;
- diffusione di informazioni sui diritti delle persone con malattie mentali.

#### *KETHI Greek Research Centre for Gender Equality*

È l'unico ente che per obiettivi e finalità si avvicina a quanto richiesto dall'articolo 13 del Trattato di Amsterdam, ma si occupa solo di uguaglianza fra i generi e non contempla nessun'altra tipologia di discriminazione.

### **8.2.4. Progetti**

#### *Programma pilota sull'introduzione della disability card*

In alcune prefetture provinciali greche è stato istituito un programma pilota per l'introduzione della carta elettronica della disabilità (*disability e-card*) per testare la nuova legislazione in materia di accreditamento e certificazione riferita a persone con disabilità fisiche o psichiche.

I positivi risultati ottenuti hanno fatto decidere per la diffusione su scala nazionale dell'iniziativa e con questo proposito si sta predisponendo un Decreto presidenziale. La carta elettronica permetterà di superare problemi burocratici e faciliterà l'accesso ai servizi socio-sanitari per tutti i disabili.

### *Open care - Recreation centres (KAPI)*

Sono centri diurni istituiti attraverso programmi a finanziamento statale elaborati dal Ministero della salute e del *welfare* e realizzati dalle autorità locali e dalle organizzazioni di volontariato. Attualmente esistono circa 350 centri di questo tipo ubicati prevalentemente nelle aree urbane e in cui operano *team* di professionisti formati da assistenti sociali, personale medico e infermieristico, terapisti occupazionali e familiari, ecc.

Scopo dei centri è fornire assistenza agli anziani - circa 300-400 per ogni centro - sia a coloro che vivono soli, sia a quelli inseriti nel contesto familiare di appartenenza. L'assistenza prevista è diretta alla medicina preventiva gratuita, alla fisioterapia, all'assistenza sociale, all'assistenza domiciliare, al supporto psicologico, alle attività ricreative organizzate e alla partecipazione alle attività sociali della zona di residenza. Si tenta insomma di offrire alle persone anziane pacchetti di servizi completi, o comunque informazioni esaustive sui servizi a loro disposizione.

### *SEE Mental Health Project*

La Conferenza *Mental Illness and Stigma in Europe* tenutasi ad Atene nel marzo 2003 prevedeva di giungere a conclusioni concrete e a definire proposte, anche di tipo operativo, per predisporre provvedimenti bilanciati e realistici nel campo della salute mentale per l'intera Regione europea. Questa conferenza è parte integrante del *SEE Mental Health Project* inserito nella *Initiative for Social Cohesion of the Stability Pact*, che mira a sviluppare i servizi di salute mentale, attualmente poco utilizzati e quantitativamente poco disponibili nell'intera Europa, e a esaminare lo stato dell'arte dei servizi istituiti sul territorio europeo.

## **8.3. Portogallo**

### ***8.3.1. Diritti costituzionali e diritto all'accesso ai servizi socio-sanitari per tutta la popolazione***

Nell'attuale Costituzione portoghese (Legge n. 1 del 20 settembre 1997) si cita l'uguaglianza di tutte le persone nell'articolo 13 "Principio di uguaglianza", che riporta:

*Tutti i cittadini [...] sono uguali di fronte alla legge.*

*Nessuno può essere privilegiato o favorito, o discriminato, o privato di qualunque diritto, o esentato da qualunque dovere, in ragione delle sue origini ancestrali, del sesso, della razza, della lingua, del territorio di origine, della religione, delle convinzioni politiche o ideologiche, dell'educazione, della situazione economica o delle circostanze sociali.*

Già nella prima formulazione della Costituzione portoghese del 1976<sup>101</sup> veniva ribadita l'importanza di rendere le cure sanitarie accessibili a tutti attraverso la strutturazione di un sistema sanitario universale. Si sottolineava infatti proprio la necessità di creare

*un servizio sanitario nazionale universale, esauriente e gratuito.*

Anche nell'articolo 64 "Uguaglianza in salute" dell'attuale Costituzione viene esplicitato, seppure sotto diversa forma, questo diritto all'uguaglianza sanitaria.

*Ogni persona ha il diritto di avere salvaguardata la propria salute e il dovere di difenderla e accudirla.*

Nello stesso articolo si menziona come questo diritto si fondi anche sull'accesso alle cure:

*A fine di assicurare il diritto alla salute, lo Stato ha il dovere primario di:*

- *garantire l'accesso di tutti i cittadini, senza tenere conto della loro situazione economica, alla prevenzione, alle cure mediche e alla riabilitazione.*

Anche la Legge n. 48 del 24 agosto 1990, *Lei de Bases da Saúde* [Legge generale sulla salute], sottolinea come sia un dovere dello Stato assicurare equo accesso ai servizi sanitari; nel capitolo 1, all'articolo 1 "Principi generali" si legge:

*La protezione della salute è un diritto di ogni cittadino.*

*Lo Stato promuove e garantisce l'accesso di tutti i cittadini alla cura sanitaria, nei limiti delle risorse umane, tecniche e finanziarie disponibili.*

Nello stesso capitolo, all'articolo 2 si evidenzia come la politica sanitaria nazionale, istituita nell'interesse degli utenti per rispondere alle esigenze di sicurezza e benessere sociale, obbedisca a direttive precise e chiare:

*[...] è obiettivo fondamentale ottenere uguaglianza dei cittadini nell'accesso alla cura sanitaria, indipendentemente dalle loro condizioni economiche e di vita, così come garantire un'equa distribuzione delle risorse e dell'utilizzazione dei servizi.*

Anche quando vengono espresse le caratteristiche del sistema sanitario portoghese, una posizione di rilievo assumono l'offerta della copertura sanitaria indiscriminata e la collocazione del Sistema sanitario nazionale al di fuori di qualunque politica di discriminazione.

*Il Servizio sanitario nazionale si caratterizza per:*

- a. essere universale in quanto a popolazione coperta; [...]*
- c. essere tendenzialmente gratuito per gli utenti, tenendo conto delle condizioni economiche e sociali dei cittadini;*
- d. garantire uguaglianza nell'accesso degli utenti, con l'obiettivo di attenuare gli effetti delle disuguaglianze economiche, geografiche, e di qualunque altro genere, nell'accesso alle cure (cap. 3, art. 24).*

---

<sup>101</sup> La Costituzione della Repubblica portoghese emanata nel 1976 è stata emendata nel 1982 e nel 1997.

La stessa Legge specifica poi chi può essere considerato beneficiario della normativa sopra riportata. Nel fare questo, lega l'ottenimento della cittadinanza portoghese (o della cittadinanza di uno degli Stati con cui sono in vigore accordi particolari) alla partecipazione al Sistema sanitario nazionale:

1. *Sono beneficiari del Servizio sanitario nazionale i cittadini portoghesi.*
2. *Sono ugualmente beneficiari del Servizio sanitario nazionale i cittadini degli Stati membri della Comunità europea, nei termini di applicazione della normativa comunitaria.*
3. *Sono inoltre beneficiari del Servizio sanitario nazionale i cittadini stranieri residenti in Portogallo a condizione di reciprocità e i cittadini apolidi residenti in Portogallo (cap. 3, art. 25).*

La Legge quadro 17/2000 inerente il sistema sociale, *Lei de Bases da Segurança Social*, afferma che il sistema portoghese include il diritto alla protezione sociale e lo sviluppo e l'adattabilità delle sue regole alle condizioni e alle contingenze di ordine sociale, economico e demografico presenti.

La protezione sociale viene sviluppata attraverso tre sottosistemi (*sub-sistemas*):

- protezione di tutti i cittadini (copertura sociale per insufficienti risorse economiche, soddisfacimento dei bisogni primari, promozione dell'integrazione economica e sociale);
- protezione familiare (copertura sociale per responsabilità familiari, disabilità, persone dipendenti);
- assicurazione sociale (copertura sociale per malattia, maternità, paternità e adozione, disoccupazione, incidenti sul lavoro e malattie professionali, invalidità, anzianità, morte).

Per il carattere di universalità sulla quale poggia, di fatto questa Legge sostiene l'accesso al sistema sociale e quindi anche a quello sanitario per tutte le categorie di cittadini.

### **8.3.2. Accesso ai servizi sanitari per particolari gruppi di persone**

*Immigrati, rifugiati politici e richiedenti asilo*

Le norme antidiscriminatorie presenti nella Costituzione e miranti a legittimare l'uguaglianza fra le persone sono:

*Il Portogallo è una Repubblica sovrana basata sulla dignità della persona umana e sui desideri della sua popolazione impegnata a costruire una società libera e giusta unita nei suoi obiettivi comuni (art. 1).*

*Stranieri e apolidi temporaneamente e abitualmente residenti in Portogallo devono godere degli stessi diritti, ed essere soggetti agli stessi doveri, dei cittadini portoghesi [...](art. 15).*

La Costituzione si rispecchia poi nella Legge 134/1999 inerente la proibizione di discriminazione nell'esercizio dei diritti sulla base della razza, del colore, della nazionalità o dell'origine etnica. La discriminazione razziale viene descritta come:

*distinzione, esclusione, restrizione o preferenza basata sulla razza, il colore, la discendenza, l'origine etnica o la nazionalità con l'intenzione o il risultato di prevenire o restringere l'equo riconoscimento, godimento o esercizio dei diritti, delle libertà, delle garanzie o dei diritti economici, sociali e culturali (art. 3).*

Nell'articolo 4 vengono invece esplicitate le aree alle quali la Legge si applica:

- lavoro,
- accesso a beni e servizi,
- *performance* delle attività economiche,
- vendita o affitto di proprietà,
- accesso a luoghi e agli edifici pubblici,
- sanità,
- educazione.

La Legge n. 15 del 26 marzo 1998 tutela i diritti dei rifugiati politici e specifica come ai richiedenti asilo - classificati come tali se in possesso dei requisiti di cui all'articolo 11 della stessa Legge - debba essere garantito l'accesso ai servizi sanitari.

*Ai richiedenti asilo deve essere dato accesso al Sistema sanitario nazionale (art. 53).*

Le forme di discriminazione relative a razza, immigrazione e nazionalità sono punite dal Codice penale negli articoli 239, 240, 251 e 252.

#### *Malati mentali*

Attualmente la normativa che si occupa specificatamente delle cure riservate ai malati mentali è la Legge sulla salute mentale, n. 36 del 24 luglio 1998; in particolare l'articolo 2 "Protezione e promozione della salute mentale" dichiara:

- 1. La protezione della salute mentale si attua attraverso misure che contribuiscono all'assicurare o al ristabilire l'equilibrio mentale degli individui, al migliorare lo sviluppo delle capacità coinvolte nella costruzione della personalità e al promuovere l'integrazione critica nel loro ambiente sociale.*
- 2. Le misure riferite nel precedente paragrafo, includono attività primarie, secondarie e terziarie per la prevenzione della malattia mentale, così come attività che contribuiscono alla promozione della salute mentale della popolazione.*

Nell'articolo 5 della stessa Legge, "Diritti e doveri dei pazienti", seppure non venga espressamente nominato l'accesso ai servizi sanitari, si sottolinea come ai malati mentali debbano essere riservate cure idonee:

- [...] il paziente che utilizza i servizi di salute mentale, è intitolato a: [...]*
- b. ricevere trattamento e protezione, basato sul rispetto della sua individualità e dignità; [...]*
  - f. beneficiare nei servizi di ospedalizzazione e nelle strutture residenziali di idonee condizioni di vita, igiene, cibo, sicurezza, rispetto e privacy.*

### *Disabili*

L'articolo 71 della Costituzione del 1997 si riferisce espressamente alle persone con disabilità e specifica che tutti i diritti costituzionali, quindi anche quello relativo all'accesso ai servizi sociali e sanitari, si applicano anche a loro:

*I cittadini che hanno disabilità fisiche o mentali devono godere di tutti i diritti ed essere soggetti a tutti i doveri contenuti in questa Costituzione, fintantoché la loro disabilità non li rende incapaci di esercitarli o eseguirli.*

Questo articolo specifica poi:

*Lo Stato deve realizzare una politica nazionale mirante alla prevenzione delle disabilità, alla cura, alla riabilitazione e all'integrazione di cittadini disabili e offrire supporto alle loro famiglie, deve educare la comunità a essere cosciente dei propri doveri di rispetto e solidarietà verso di loro e deve assicurare che essi godano appieno dei propri diritti, fino al limite soggetto ai diritti e ai doveri dei loro genitori o tutori.<sup>102</sup>*

Anche la Legge quadro 9/1989 *Lei de Bases da prevenção e da reabilitação e integração das pessoas com deficiência*, sostiene i diritti dei disabili all'accessibilità della cura sanitaria:

*[...] tutte le discriminazioni causate da disabilità sono eliminate [...] l'ambiente fisico, sociale, i servizi sociali e sanitari, l'educazione e il lavoro, la vita sociale e culturale diventano accessibili a tutti (art. 4).*

### *Donne, anziani e orientamento sessuale*

Al di là della legislazione applicabile a tutti gli individui, non pare esistano normative inerenti il favorire o il tutelare l'accesso ai servizi sociali e sanitari espressamente riferite a donne, anziani o all'orientamento sessuale dei singoli individui.

### **8.3.3. Enti per l'uguaglianza**

#### *Provedor de Justiça*

L'articolo 23 della Costituzione istituisce, con il complemento delle Norme 9/1991 e 30/1996, la creazione del *Provedor de Justiça*, un Ombudsman indipendente nominato dal Parlamento e deputato a difendere, salvaguardare e promuovere i diritti, le libertà e gli interessi dei cittadini attraverso la supervisione delle politiche attuate dalle autorità pubbliche. Questa supervisione include sia il diritto a ispezionare ogni dipartimento governativo, senza necessità di preavviso, sia il diritto a condurre udienze e indagini.

I cittadini privati possono inoltre rivolgersi al *Provedor de Justiça* in riferimento ad atti o omissioni commesse da tutte le autorità pubbliche. Il *Provedor* non ha il potere di emettere decisioni legalmente vincolanti, ma può intercedere con le autorità principali per prevenire o ripagare ingiustizie e torti. Ha inoltre ampi poteri di iniziativa in aggiunta

---

<sup>102</sup> Costituzione, 1997, art. 71.



a ricorsi contenziosi o non contenziosi previsti dalla Costituzione o dalla legislazione e ha la possibilità di chiedere alla Corte costituzionale di dichiarare una norma anticostituzionale.

#### *The High Commissioner for Immigration and Ethnic Minorities*

Nel 1996 è stata creata la figura dell'Alto Commissario per l'immigrazione e le minoranze etniche, con lo scopo di istituire e mantenere comunicazioni regolari rispetto alle materie in oggetto con il Primo Ministro e la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il Commissario:

- ha poteri simili a quelli di un sottosegretario, inclusi il potere consultivo e di dialogo con gli enti rappresentativi degli immigrati o delle minoranze etniche presenti in Portogallo;
- istituisce commissioni di studio su diverse tematiche riguardanti l'integrazione degli immigrati o delle minoranze etniche, in cooperazione con le associazioni degli imprenditori, i sindacati, le istituzioni relative al *welfare*, le ONG e le parti sociali;
- collabora con le autorità governative preposte allo svolgimento delle procedure di entrata, residenza e rimpatrio degli stranieri presenti in Portogallo;
- propone misure legislative per aiutare le minoranze etniche e gli immigrati in genere;
- ha il compito di migliorare le condizioni di vita degli immigrati, eliminare le discriminazioni e combattere il razzismo, la xenofobia e tutte le diverse forme di esclusione sociale;
- presiede la Commissione sull'uguaglianza e la discriminazione razziale;
- coordina il Gruppo di lavoro interministeriale per la comunità Gipsy, e dal 2000 il Gruppo di lavoro interministeriale per l'integrazione degli immigrati nella società portoghese;
- in relazione alla Legge 134/1999, può imporre multe congiuntamente alla Commissione sull'uguaglianza e la discriminazione razziale.

#### *Comissão para a Igualdade e contra a Discriminação Racial*

La Commissione sull'uguaglianza e la discriminazione razziale è stata istituita con la Legge 296/1995. I suoi poteri sono poi stati ampliati per far sì che essa potesse occuparsi anche di minoranze etniche (Legge 3/1996) e potesse adeguare i propri compiti all'evolversi della situazione sociale (Leggi 134/1999 e 474/1999).

Questa Commissione è presieduta dall'Alto Commissario per l'immigrazione e le minoranze etniche ed è composta da rappresentanti di Parlamento, Governo, gruppi degli immigrati, organizzazioni antirazziste, sindacati, associazioni degli imprenditori, e da tre persone nominate dagli altri membri.

Ha lo scopo preciso di informare rispetto agli atti di discriminazione accaduti, proporre leggi e regolamenti per prevenire la discriminazione, favorire l'uguaglianza, incoraggiare studi e ricerche in materia. Proibisce la discriminazione basata su razza, colore, nazionalità o origine etnica.

Elabora annualmente un *report* inerente l'uguaglianza e la discriminazione razziale in Portogallo.

*National Council for Rehabilitation and Integration of People with Disabilities*

Dal 1997 il Consiglio nazionale per la riabilitazione e l'integrazione delle persone con disabilità riunisce i rappresentanti delle organizzazioni dei disabili portoghesi. Ha un duplice ruolo:

- operare come elemento strutturale di coesione fra le politiche inerenti la disabilità;
- proporre nuove misure legali da adottare.

Funge inoltre da *advisory body* per il Ministero del lavoro e della solidarietà, dal quale dipende direttamente, nella definizione ed esecuzione delle politiche di riabilitazione e integrazione dei disabili. La sua *mission* è permettere la piena partecipazione dei servizi pubblici, delle parti sociali e dell'associazionismo alle politiche nazionali inerenti la disabilità nelle aree della prevenzione, della riabilitazione e dell'integrazione sociale.

*Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência - SNRIPD*

Il Segretariato nazionale per la riabilitazione e l'integrazione delle persone con disabilità è stato creato con la *Executive Ordinance* n. 56 del 1997, come ente governativo afferente al Ministero del lavoro e della solidarietà. Esso stabilisce la pianificazione, il coordinamento, lo sviluppo e la realizzazione della politica nazionale di prevenzione, riabilitazione e integrazione sociale delle persone con disabilità. Lavora a stretto contatto con il *National Council* della disabilità.

### **8.3.4. Progetti**

*Health For All [Salute per tutti]*

Il Portogallo è impegnato nella politica *Health for All* portata avanti dall'Organizzazione mondiale della sanità, e presenta regolarmente *report* sulla situazione sanitaria nel paese. La strategia sanitaria nazionale, elaborata per la prima volta nel 1996, si basa interamente sulla politica della salute per tutti e fissa, attraverso i suoi documenti programmatici, una serie di obiettivi da raggiungere: enunciazioni di principio, indicazioni di priorità, standard qualitativi, obiettivi numerici e operativi ai quali tendere. Offre cioè la cornice entro la quale le istituzioni sanitarie - centrali e regionali - dovrebbero operare.

Le priorità vengono affidate totalmente agli *health gains*, ai miglioramenti dello stato di salute, e solo parzialmente ci si focalizza sugli aspetti economici o riferiti al contenimento della spesa pubblica. La strategia sulla quale poggia infatti l'*Health for All* è accompagnare la politica portoghese verso l'assicurare una buona salute a tutta la sua popolazione e aiutare la strutturazione di una situazione di benessere diffusa al maggior numero possibile di cittadini.

### *Inchiesta nazionale su svantaggio, disabilità e handicap*

Nel periodo settembre 1993 - giugno 1995 è stata realizzata una imponente ed esaustiva inchiesta su scala nazionale inerente svantaggio, disabilità e *handicap*, che ha coinvolto 50.000 famiglie e 150.000 individui. Alcuni ambiti della ricerca erano specificatamente dedicati all'accesso e all'utilizzo di servizi pubblici, sociali e sanitari. Le definizioni utilizzate nell'inchiesta erano quelle indicate dall'ICIDH e pubblicate dall'OMS. La metodologia adottata si strutturava verso lo studio di 6 ambiti principali:

- studio della disabilità, della sua natura e della coincidenza di disabilità multiple in relazione alle classi di età e genere;
- studio degli *impairment* (svantaggi), con particolare attenzione alla frequenza per classi di età e genere, ai diversi tipi di *impairment* che determinano disabilità e all'eziologia di questi (dall'apparire del primo sintomo al momento della diagnosi);
- analisi della relazione fra disabilità e *impairment*, identificazione delle associazioni tipiche che permettono di chiarire la natura dell'impatto che ogni tipo di *impairment* produce a livello di disabilità rivelata;
- studio dell'incidenza dell'*handicap* sociale per età e genere e sulla base delle varianti di natura educativa, sociale e professionale;
- studio dell'effetto dell'*handicap* nella partecipazione alla vita pubblica, incluso l'utilizzo di beni e servizi pubblici, alla vita sociale e culturale dei soggetti;
- studio delle risorse riabilitative esistenti, inclusa la relazione per classi di età e genere con la natura e la posizione geografica nella quale il programma è presente. Lo studio ha esaminato il tipo di riabilitazione (medico-funzionale, educativa, professionale e formative, lavorativa e di integrazione pubblica e sociale), il regime economico che la regolava (gratuito, parzialmente gratuito, a pagamento) e la natura del programma (residenziale o in *day care*).

### *Progetto ALFA*

Realizzato nella regione di Lisbona e della Valle Tagus, mirava a:

- aumentare la soddisfazione dei medici di base;
- aumentare la soddisfazione dei pazienti nei confronti dei medici di base;
- migliorare l'accesso ai servizi sanitari pubblici;
- migliorare la qualità dei servizi messi in atto;
- razionalizzare le prescrizioni farmaceutiche, i *test* diagnostici e gli esami medici.

Il progetto era strutturato su incentivazioni economiche destinate ai medici di base e sul lavoro in *équipe*. Proponeva allora: *overtime* associato a incentivi economici, stretta interrelazione fra medici di base attraverso la costituzione di *équipe* di lavoro, correlazione fra medici di base e medici specialistici, copertura medica 24 ore al giorno, processo di *follow up* del paziente. I monitoraggi di qualità effettuati hanno dimostrato una certa validità del progetto messo in atto, che ha determinato un aumento della qualità e del migliore utilizzo dei servizi sanitari offerti, parallelamente alla crescita della soddisfazione delle parti coinvolte.

## 8.4. Spagna

Nel 2002, tramite un graduale processo di trasferimento delle responsabilità, tutte le 17 *Comunidades Autónomas* (CCAA, governi regionali) hanno acquisito piena autonomia nella gestione della fornitura sociale e sanitaria a livello regionale. Tutte le CCAA godono di pieno controllo e totale gestione finanziaria sull'ambito socio-sanitario relativo al loro territorio di competenza; sono però soggette all'applicazione di tutta la normativa nazionale. Pertanto la normativa esaminata in questo paragrafo è solo quella dello Stato centrale.

### 8.4.1. *Diritto all'uguaglianza fra persone e accesso ai servizi socio-sanitari*

La Costituzione spagnola emanata il 29 dicembre del 1978 basa la strutturazione dello Stato proprio sull'uguaglianza.

*La Spagna si costituisce come Stato di diritto sociale e democratico che, come valori superiori del suo ordine legale, promuove libertà, giustizia, uguaglianza e pluralismo politico.*<sup>103</sup>

Definisce poi l'uguaglianza fra gli individui e giunge al riconoscimento del diritto alla salute.

*È responsabilità dei poteri pubblici promuovere le condizioni affinché la libertà e l'uguaglianza degli individui e dei gruppi da lui frequentati siano reali ed effettive, rimuovere quegli ostacoli che impediscono o rendono difficile la piena realizzazione di queste, e facilitare la partecipazione di tutti i cittadini nella vita politica, economica, culturale e sociale.*<sup>104</sup>

*La dignità della persona, i diritti inviolabili che ne sono intrinseci, lo sviluppo libero della personalità, il rispetto per la legge e i diritti degli altri, sono le fondamenta dell'ordine politico e della pace sociale.*<sup>105</sup>

*Gli spagnoli sono uguali di fronte alla legge, senza nessuna discriminazione per ragioni di nascita, razza, sesso, religione, opinione o ogni altra condizione o circostanza personale o sociale.*<sup>106</sup>

Non si specifica espressamente però come il diritto alla salute debba essere riferito a tutti, né si fa alcun accenno all'accesso ai servizi sanitari. Infatti:

1. *È riconosciuto il diritto alla protezione della salute.*
2. *È compito delle autorità pubbliche l'organizzare e il controllare la salute pubblica a l'igiene attraverso misure preventive e attraverso le cure e i servizi necessari.*<sup>107</sup>

---

<sup>103</sup> Art. 1 "Principi dello Stato, sovranità, forma".

<sup>104</sup> Art. 9 "Ruolo della legge".

<sup>105</sup> Art. 10 "Dignità umana, diritti umani".

<sup>106</sup> Art. 14 "Uguaglianza".

La Costituzione spagnola<sup>108</sup> assicura inoltre il diritto all'assistenza sociale per tutta la cittadinanza:

*Le autorità pubbliche dovranno mantenere un sistema pubblico di sicurezza sociale per tutti i cittadini che garantirà servizi e assistenza sociale sufficienti in caso di bisogno, specie in caso di disoccupazione. L'assistenza e i servizi complementari saranno gratuiti.*<sup>109</sup>

Nella Legge specificatamente riferita al sistema sanitario, *Ley General de Sanidad*, n. 14 del 25 aprile 1986, che riconosce come caratteristica fondante del sistema spagnolo proprio l'estensione dei servizi a tutta la popolazione,<sup>110</sup> si menziona espressamente la garanzia di accesso ai servizi sanitari.

*2. L'assistenza sanitaria pubblica si estende a tutta la popolazione spagnola. L'accesso alle prestazioni sanitarie si realizzerà in condizioni di effettiva uguaglianza.*

*3. La politica sanitaria è orientata al superamento degli squilibri territoriali e sociali (art. 3).*

Nella stessa Legge si specifica inoltre:

*I poteri pubblici orientano le loro politiche in materia di salute pubblica in modo da correggere le disuguaglianze sanitarie e garantire uguaglianza di accesso ai servizi sanitari pubblici in tutto il territorio spagnolo (art. 12).*

Viene anche chiarito che lo Stato espleta funzioni di ispezione in materia sanitaria sull'operato delle Comunità autonome e si occupa soprattutto di controllare che né nelle procedure amministrative, né in quelle relative alla fornitura di servizi, si attuino discriminazioni di alcun genere (art. 43).

Le Direttive comunitarie 2000/43 e 2000/78 sono state poi trasposte nel capitolo II (*De lo Social*) e nel capitolo III (*Medidas para la aplicacion de la igualdad de trato*) della Legge 62/2003 che è entrata in vigore l'1 gennaio 2004.

---

<sup>107</sup> Art. 43 "Salute, sport e tempo libero".

<sup>108</sup> Il Decreto reale 1/1994 - *Real Decreto Legislativo 1/1994, Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social* - sostiene la posizione costituzionale affermando:

*Artículo 1. Derecho de los españoles a la seguridad social. El derecho de los españoles a la seguridad social, establecido en el artículo 41 de la Constitución, se ajustará a lo dispuesto en la presente Ley.*

<sup>109</sup> Costituzione, 1978, art. 41, "Assicurazione sociale, sussidi di disoccupazione".

<sup>110</sup> *Ley General de Sanidad*, 1986, art. 46:

*Son características fundamentales del sistema nacional de salud: A. la extensión de sus servicios a toda la población.*

#### **8.4.2. Accesso ai servizi socio-sanitari rispetto a particolari gruppi di persone**

Il principio della non discriminazione, anche al di là degli aspetti inerenti il sistema socio-sanitario, viene reiterato in un cospicuo numero di leggi relative a diversi campi del vivere civile:

- Legge 5/1980, Legge quadro sul lavoro;
- Legge 8/1988, "Sulle violazioni e le sanzioni delle leggi sul lavoro";
- Legge 7/1980, "Sulla libertà religiosa";
- Leggi 1/1990 e 10/2002 inerenti il sistema educativo, ecc.

##### *Malati mentali*

L'articolo 20 della *Ley General de Sanidad* del 1986 sottolinea che i pazienti psichiatrici devono essere considerati utenti con pari diritti, affermando la

*equiparazione totale dell'infermo mentale*

rispetto al resto della popolazione. Non menziona però specificatamente la problematica relativa all'equo accesso ai servizi sanitari.

Questo aspetto non viene esplicitato neppure nella Legge n. 13 del 7 aprile 1982, *Ley de Integración Social de los Minusválidos*, che ribadisce i diritti posseduti dai malati mentali. In questa norma, all'articolo 2, si sottolinea però che lo Stato spagnolo basa la legislazione sui diritti dei malati mentali nelle leggi e nelle convenzioni internazionali sottoscritte dalla stessa Spagna.

##### *Disabili*

La Costituzione tutela espressamente i diritti dei cittadini disabili o malati mentali:

*Le autorità pubbliche devono realizzare una politica di prevenzione, cura e riabilitazione, e mirare all'integrazione di coloro che sono fisicamente, sensorialmente o mentalmente handicappati, di coloro a cui sarà data l'attenzione speciale che richiedono e verso i quali sarà attuata speciale protezione per il godimento dei diritti che questa Costituzione garantisce a tutti i cittadini.<sup>111</sup>*

Evidenziando come alle persone disabili spettino tutti i diritti menzionati nella Costituzione riferiti ai cittadini spagnoli, di fatto l'articolo 49 ne avalla anche il loro diritto alla salute.

Nella citata Legge 13/1982 relativa all'integrazione sociale dei disabili, ispirata all'articolo 49 della Costituzione, alla dichiarazione inerente le salute mentale approvata dalle Nazioni Unite il 20 settembre 1971 e alla dichiarazione inerente i diritti dei disabili approvata con la Risoluzione UN n. 3447 del 1975, si afferma che:

---

<sup>111</sup> Art. 49 "Handicap".

*I poteri pubblici con tutti i mezzi necessari si prodigheranno per l'esercizio dei diritti di coloro ai quali si riferisce il primo articolo della presente Legge, costituendo un obbligo dello Stato la prevenzione, la cura medica e psicologica, la riabilitazione adeguata, l'educazione, l'orientamento, l'integrazione lavorativa, la garanzia dei diritti economici e giuridici sociali, oltre che la sicurezza sociale (art. 3).*

Si nomina poi il diritto all'accesso fisico degli edifici pubblici, promuovendo così una politica di attenzione rivolta al superamento delle barriere architettoniche.

*La costruzione, l'ampliamento, o la ristrutturazione di quegli edifici di proprietà pubblica o privata, destinati a un uso che implichi la collaborazione del pubblico, così come la pianificazione e l'assetto urbano delle vie pubbliche, dei parchi e dei giardini, si effettueranno in modo da risultare accessibili e utilizzabili dalle persone con disabilità (art. 54).*

Non emerge però alcun riferimento chiaro e diretto all'uguaglianza di accesso ai servizi sociali e sanitari, nemmeno se si considera l'accesso fisico di questo, ovvero l'assenza di barriere architettoniche nelle strutture dei servizi.

#### *Donne*

Esistono diverse normative che regolano l'uguaglianza fra i generi in materie relative all'ambito occupazionale, ma sono pochi i riferimenti relativi all'uguaglianza di genere nell'accesso al sistema socio-sanitario, se si escludono quelli presenti nelle leggi citate.

Tramite la Legge 16/1983 è stato creato l'Istituto delle donne e attraverso il Decreto reale 774/1997 se ne sviluppa la struttura organizzativa, se ne definiscono i compiti e si stabilisce la creazione di una banca dati capace di implementare e ampliare poi le funzioni e le competenze stesse dell'Istituto.

Per dare compimento ai fini sottesi all'esistenza dell'Istituto vengono sviluppati i Piani di pari opportunità fra donne e uomini. Attualmente è in vigore il III Piano, nel quale si stabilisce una linea di azione diretta sia a combattere in modo chiaro le discriminazioni di genere, sia ad aumentare la presenza delle donne in tutti gli ambiti della vita sociale, culturale ed economica del paese. Il Piano però non struttura correlazioni evidenti fra politiche di genere e accesso ai servizi sanitari.

Il Decreto reale n. 1686 del 6 ottobre 2000 ha previsto la creazione di un Osservatorio sull'uguaglianza delle opportunità fra donne e uomini.

#### *Anziani*

L'aspetto costituzionale riferito espressamente agli anziani coniuga politica sociale e politica sanitaria. Si menziona come le cure offerte all'anziano debbano essere adeguate alla sua condizione psicofisica e sociale. Non si nomina chiaramente il diritto all'uguaglianza nell'accesso ai servizi socio-sanitari, ma lo si sottende.

*Ai cittadini anziani le autorità pubbliche devono garantire sufficiente autonomia economica, attraverso pensioni adeguate e periodicamente rivisitate. Inoltre, e indipendentemente dalle obbligazioni familiari, le autorità pubbliche*

*promuoveranno il loro welfare attraverso un sistema di servizi sociali atto a occuparsi dei loro problemi specifici riferiti alla salute, all'abitazione, alla cultura e al tempo libero.*<sup>112</sup>

### *Immigrati*

Le norme antidiscriminatorie presenti nella Costituzione e appositamente riferite agli immigrati o alle persone di razza e cultura diverse da quella spagnola, sono contenute negli articoli 1, 9, 10 e 14 già citati, oltre che nell'articolo 13 "Stranieri, estradizione, asilo" che afferma:

*Gli stranieri in Spagna devono godere delle pubbliche libertà garantite dalla presente Costituzione nei termini espressi dai trattati o dalle leggi stabilite.*

La *Ley General de Sanidad* del 1986 specifica invece le categorie di beneficiari della legislazione sanitaria in oggetto:<sup>113</sup>

- 2. Sono titolari del diritto alla protezione della salute e alla copertura sanitaria tutti gli spagnoli e i cittadini stranieri che hanno stabilito la propria residenza sul territorio spagnolo.*
- 3. Tutti gli stranieri non residenti in Spagna, così come tutti gli spagnoli fuori dal territorio nazionale, avranno garantito questo stesso diritto nella forma che le leggi e le convenzioni internazionali stabiliscono (art. 1).*

I diritti di uguaglianza di tutti i cittadini stranieri, di fatto non pienamente rispettati dalla sopraccitata legge, sono affermati chiaramente dalla Legge organica 8/2000, *Sui diritti e le libertà degli stranieri in Spagna e sulla loro integrazione sociale*, che sostituisce la Legge 4/2000, *Sui diritti e le libertà degli stranieri*, approvata solo qualche mese prima. La Legge n. 8 garantisce agli stranieri legalmente presenti in Spagna molti diritti in condizione di uguaglianza con gli Spagnoli. Essa ribadisce inoltre che anche gli stranieri in condizione di illegalità possono godere dei diritti fondamentali relativi all'educazione obbligatoria, ai servizi sociali di base e all'aiuto medico in caso di emergenza:

*La discriminazione è ogni atto che, direttamente o indirettamente, implica distinzione, esclusione, restrizione o preferenza rispetto a uno straniero sulla base della razza, del colore, della discendenza, dell'origine etnica o nazionale, delle convinzioni e delle pratiche religiose, e che ha l'obiettivo o l'effetto di distruggere o restringere la possibilità dell'esercizio, in condizioni di uguaglianza, dei diritti umani e delle libertà fondamentali nella sfera politica, economica, sociale o culturale (art. 23.1).*

---

<sup>112</sup> Costituzione. 1978, art. 50 "Anziani, pensioni e servizi sociali"

<sup>113</sup> Le categorie di applicazione della politica sociale, strettamente correlata a quella sanitaria, sono invece espresse nell'articolo 7 della Legge 66/1997, *De Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social*.



Il Codice civile, all'articolo 27, afferma:

*gli stranieri godono in Spagna degli stessi diritti civili degli spagnoli, con l'eccezione di quanto previsto da specifiche leggi o specifici trattati.*

La discriminazione, anche in materia di uguaglianza sanitaria, viene punita attraverso il Codice penale (Legge n. 10 del 23 novembre 1995), nel quale si sottolinea infatti come chiunque metta in atto azioni dirette alla disuguaglianza fra gli individui debba essere perseguito a norma di legge e secondo gli articoli 22, 165, 181bis,<sup>114</sup> 511, 515 e 607. L'articolo 314 inoltre specifica:

*Coloro che producono una grave discriminazione sul posto di lavoro, pubblico o privato, contro una persona in ragione della sua ideologia, religione o credenza, della sua appartenenza a una etnia, una razza o una nazione, del sesso, dell'orientamento sessuale, della situazione familiare, dell'infermità o disabilità, della rappresentatività legale o sindacale dei lavoratori, della parentela con altri lavoratori dell'impresa o per l'uso di qualcuna delle lingue ufficiali [...] saranno puniti (...)*

Nell'articolo 510 vengono dichiarate quali sono le basi per l'uguaglianza da tutelare con più riguardo; non si evidenzia però la correlazione tra discriminazione e accesso ai servizi socio-sanitari.

*Coloro che provocano discriminazione, o odio o violenza, contro gruppi o associazioni, per motivo razzisti, antisemiti o di altro tipo riferiti all'ideologia, alla religione o alle credenze, alle situazioni famigliari, all'appartenenza dei membri a un'etnia o razza, alla loro origine nazionale, al sesso, all'orientamento sessuale, all'infermità o alla disabilità, saranno puniti (..)*

Nell'articolo 512 del Codice penale si ribadisce poi che chiunque attui discriminazione nello svolgimento della propria attività imprenditoriale o professionale è giuridicamente perseguibile. Anche in questo caso non vi è alcuna correlazione specifica fra disuguaglianza e accesso ai servizi sanitari anche se, ovviamente, la fornitura di un servizio pubblico può essere intesa come esercizio di attività professionale.

*Coloro che nell'esercizio della loro attività professionale o imprenditoriale negano a una persona una prestazione che spetta loro di diritto in ragione della sua ideologia, religione o credenza, dell'appartenenza a un'etnia, razza o nazione, del sesso, dell'orientamento sessuale, della situazione familiare, dell'infermità o disabilità, incorrono nella pena speciale della non abilitazione all'esercizio della professione, del mestiere, dell'industria o del commercio, per un periodo da uno a quattro anni.*

---

<sup>114</sup> Gli articoli 165 e 181 bis si riferiscono ad atti di razzismo o discriminazione attuati da funzionari pubblici nell'espletamento delle loro funzioni.

### **8.4.3. Enti per l'uguaglianza**

#### *Ombudsman - Defensor del Pueblo*

Istituito in accordo all'articolo 54 della Costituzione, è un'istituzione non giurisdizionale che supervisiona le attività amministrative pubbliche e difende i diritti fondamentali in accordo con le normative vigenti. Il razzismo e l'intolleranza, seppure ambiti inerenti il ruolo dell'Ombudsman, non sono gli unici settori né quelli prioritari dell'istituzione, che però attualmente svolge importanti attività proprio nell'ambito della protezione dei cittadini immigrati presenti sul territorio spagnolo e nella difesa di temi particolarmente importanti per le comunità nomadi.

Il *Defensor del Pueblo*, che detiene tutte le caratteristiche attribuite all'Ombudsman dalla Comunità europea, indaga i reclami inerenti le violazioni dei diritti umani *ex officio* o sulla base di esposti individuali.

#### *Observatorio de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*

Il Decreto reale n. 1686 del 6 ottobre 2000 ha previsto la creazione di un Osservatorio sull'uguaglianza delle opportunità fra donne e uomini per attuare raccolte comprensive di dati inerenti la condizione femminile e per implementare basi stabili sulle quali strutturare tutta l'azione politica inerente le pari opportunità. Gli obiettivi ai quali l'Osservatorio è diretto sono piuttosto generali:

*[...] Raccogliere, analizzare e diffondere informazioni periodiche e sistematiche sulla situazione delle donne e sugli uomini in un dato momento della loro evoluzione [...] (art. 2).*

Ma la presenza all'interno dell'Osservatorio - in capo al Ministero del lavoro e delle politiche sociali - di membri appartenenti al Ministero della sanità, dell'educazione, della famiglia, dell'immigrazione ecc. pone le basi per analizzare - oltre agli indicatori riferiti al mondo del lavoro verso i quali naturalmente tende e ai quali fino ad ora si è indirizzato - anche gli indicatori in materia sanitaria e di accesso ai servizi, riferiti alle donne e ad altre sottocategorie specifiche prese in esame.

#### *Consejo para la promoción de la igualdad de trato y no discriminación de las personas por el origen racial o étnico*

Istituito dalla Legge 62/2003, è stato strutturato in collegamento con il Ministero del lavoro e degli affari sociali per presiedere alle funzioni elencate nell'articolo 13.2 del Trattato di Amsterdam. In quanto posizionato all'interno del Ministero, questo ente non riesce a essere indipendente quanto dovrebbe, e in effetti pare svolga più che altro funzioni di tipo consultivo.

#### **8.4.4. Progetti**

##### *Coordination of Mental Health Services in the Age of Managed Care*

Questo progetto si propone un'analisi, realizzata da Federico Allodi dell'Università di Toronto e da Antonio Escudero-Nafs del Distretto di salute mentale di Hortaleza a Madrid, per analizzare le conseguenze creatasi in Spagna dopo la sua entrata nel mondo della modernità sanitaria. Vengono cioè valutati i miglioramenti in materia di salute mentale riscontrabili da dati statistici, ma anche gli effetti collaterali creatasi nelle istituzioni e nei distretti sanitari: nomadismo, tentativi di riammissione, difficoltà di integrazione in contesti familiari, difficoltà di accesso e utilizzo dei nuovi servizi. Viene descritta e valutata la distruzione di grandi ospedali psichiatrici e la loro progressiva sostituzione con una capillare rete sul territorio di distretti sanitari, con specifici settori riguardanti la sanità mentale. Viene inoltre analizzata la situazione creatasi in campo psichiatrico con l'introduzione massiccia dei farmaci e il dualismo ora presente nella società spagnola: da un lato psichiatri biomedici, dall'altro psichiatri psicosociali.

Si descrivono infine alcune delle situazioni presenti nel territorio di Madrid nel 2001 relative al settore in oggetto.

Un dato significativo è rappresentato dall'alta percentuale di adolescenti immigrati, o figli di immigrati, che si rivolgono ai centri distrettuali per disturbi psichiatrici e psicologici.

##### *Caregivers' mental health status: An additional outcome measure in HTA*

Strutturato dall'Agenzia catalana per la tecnologia sanitaria e la ricerca (CATHA) e dall'Università di Barcellona, il progetto mira a valutare l'impatto che le malattie croniche determinano sui *carer*, cioè su coloro che si prendono continuamente cura degli ammalati.

Il presupposto dal quale la ricerca parte è che pochi *report* di *health technology assessment* (HTA) valutano lo *status* sanitario dei *carer* e che questo si modifica nel tempo. Il progetto ha tentato allora di monitorare la salute mentale di 600 *carer* coinvolti nella cura di persone, afferenti a 9 diversi ospedali, affette da malattie determinanti stati di parziale disabilità.

La metodologia utilizzata ruotava attorno alla misurazione della qualità della vita relativa alla salute (*health related quality of life*, HRQL) e il benessere psicologico dei *carer*. Il HRQL è stato misurato dallo SF-12, uno strumento generale a due dimensioni, una componente fisica e una componente psicologica. Un punteggio SF-12 inferiore o superiore a 50 significa rispettivamente un HRQL peggiore o migliore della popolazione generale.

Il benessere psicologico è stato invece misurato con uno strumento di *screening* della salute mentale, il GHQ-12. I risultati emersi hanno dimostrato che migliorare il livello di HRQL nei pazienti significa anche migliorare il livello di HRQL negli stessi *carer* e che lo stato mentale dei *carer* deve essere considerato parte importante nelle cure fornite ai pazienti con malattie croniche o degenerative, facilitando l'accesso a un servizio di supporto e aiuto inerente la salute mentale.

*La prestación de asistencia sanitaria de la seguridad social a los extranjeros*

È un progetto di ricerca strutturato nel 2001 dal Dipartimento di geografia e scienze sociali dell'Università di Barcellona e finalizzato ad analizzare la situazione presente in Spagna relativamente ai servizi sanitari per i cittadini non UE, all'interno del sistema sanitario pubblico spagnolo. Vengono da un lato specificati dettagliatamente gli ambiti di riferimento della legislazione spagnola e le modalità con le quali essa è stata applicata; dall'altro vengono evidenziate situazioni particolari relative all'utilizzo dei servizi sanitari da parte di cittadini non UE (es. necessità di fornire consenso alle operazioni chirurgiche per i minorenni, ecc.).

*Empowerment Roma*

La *Fundación Secretariado General Gitano*, con un *team* di organizzazioni gitane spagnole, portoghesi, britanniche, ungheresi, cecoslovacche e rumene, promuove lo sviluppo di un progetto finalizzato a incentivare l'integrazione sociale dei Rom e delle comunità gitane. L'enfasi del progetto viene posta sull'attuazione di politiche di *empowerment* destinate alle stesse comunità gitane e su politiche attive di inclusione sociale.

## 9. Tabelle di sintesi

### 9.1. Paesi

#### ***Austria***

#### **1. Legislazione**

1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione:

- Art. 7.1 della Costituzione
- Art. 2 Basic Law

1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

Intera popolazione

- Equal Treatment Act - ETA , 2004
- Codice civile art. 33 (beni e servizi pubblici)
- Agreements pursuant to Art. 15a B-VG (Federal Constitutional Law), 1993
- General Law on Social Insurance ASVG, 1965 e National Care Benefit Act

Immigrati

- Trattato di Saint Germain
- Legge 390/1973
- Codice civile par. 16, art. 33
- Federal Act on Assistance to Asylum Seekers
- art. IX, n. 3,4 Codice di procedura amministrativa / Constitutional Law on the Elimination of all forms of racial Discrimination, 1993
- Codice di diritto penale, sezz. 283, 115 e § 33Z5 del Codice penale

Anziani

- Legge federale per la cura di lungo periodo, BPGG del 1993

Disabili

- Legge federale per la cura di lungo periodo, BPGG del 1993

Malati di mente

- 155, 156, 157th Federal Laws /90

#### **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- Schema assicurativo sociale obbligatorio per lavoratori e gruppi assimilati.<sup>115</sup>

---

<sup>115</sup> Le caratteristiche del modello sanitario sono state tratte da MISSOC. *Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA*. Commissione europea, 2003.

### **3. Enti per l'uguaglianza**

- Advisory Board per le minoranze etniche riconosciute
- People's Advocate (Ombudsman)
- Commissione e Ufficio per la parità di trattamento.

## ***Belgio***

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali riferimenti all'oggetto nella Costituzione

- Artt. 10, 11, 23, 191 (principi generali di equità e uguaglianza)

#### 1.2. Leggi di carattere nazionale riguardanti l'oggetto e riferite specificatamente a:

##### Intera popolazione

- Legge 30 luglio 1981
- Decreto reale 29 dicembre 1997
- Legge 25 febbraio 2003
- Norme antidiscriminatorie nel settore del lavoro: contratto collettivo 38/1983 ed emendamenti successivi
- Codice penale

##### Immigrati

- Legge 25 febbraio 2003
- Legge 30 luglio 1981
- Decreto reale 12 dicembre 1996

##### Anziani

- Legge 23 febbraio 2003

##### Donne

- Legge 23 febbraio 2003
- Chambre of Representatives, doc. 50 1140/001
- Legge 7 maggio 1999

##### Disabili

- Legge 23 febbraio 2003

##### Malati di mente

- Legge 26 giugno 1990

#### 1.3. Legislazione e normative regionali e locali

- Decreto fiammingo: a favore dell'uguale rappresentanza nel mercato del lavoro

## **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- Schema assicurativo sociale obbligatorio per lavoratori e gruppi assimilati.<sup>116</sup>

## **3. Enti per l'uguaglianza**

- Centre for Equal Opportunities and the Fight against Racism (CECLR)

## ***Danimarca***

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- Art. 70
- Artt. 67, 71, 74, 75, 77, 78

#### 1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

##### Intera popolazione

- Danish Act on Health Insurance and Hospital Services
- Codice penale, art. 266b
- Legge 509/1998
- Consolidation Act on Social Services, 2000

##### Immigrati

- Legge 626/1987
- Codice penale art. 288b
- Aliens (Consolidation) Act, 68/2002

##### Donne

- Act on Gender Equality, 2000
- Consolidation Act on Equal Treatment of Men and Women - Legge 213/1998 (inerente il mercato del lavoro)

##### Disabili

- Consolidation Act on Social Services, 2000
- Parliamentary resolution on equalisation of opportunities and equal treatment of person with disabilities No BSF 43/1993
- Order 988/1997 concerning a Danish Disability Council

---

<sup>116</sup> Vedi nota 115.

#### Malati di mente

- Legge 331/1989
- Legge 403/1998

#### Orientamento sessuale

- Act on Gender Equality, 2000

### **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- Servizio sanitario, finanziato dal gettito fiscale, universale e pubblico per tutti gli abitanti (basato sulla residenza).<sup>117</sup>

### **3. Enti per l'uguaglianza**

- Board for Ethnic Equality (Bee)
- The Danish Refugee Board and Council
- Advisory and Documentation Centre on Racial Discrimination - DRC
- Gender Equality Board
- Danish Disability Council

## ***Finlandia***

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- Cap. 1, sez. 1
- Cap. 2, sezz. 5, 6, 19

#### 1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

##### Intera popolazione

- Government Resolution on the Health 2015 public health programme
- Norme antidiscriminatorie contenute nel Codice Penale
- Legge 578/1995
- Legge 1996 Act on Contracts of Employment
- Cap. 2, sez. 2 Employment Contract Act
- Health Care Act 66/1972
- Legge 380/1987
- Legge 785/1992, sez. 3
- Equality Act, 2003

---

<sup>117</sup> Vedi nota 115.



#### Immigrati

- Decision in principle on measures promoting tolerance and combating racism 1997 inserita poi nell'Equality Act
- Legge 66/ 1972

#### Donne

- Legge 609/1986

#### Disabili

- Legge 759/1987, chapter 1, sec. 1
- Legge 380/1987

#### Malati di mente

- Legge 1116/1990
- Legge 1423/2000

## **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- Servizio sanitario pubblico per tutti gli abitanti (basato sulla residenza) messo in atto dalle municipalità. Finanziato dal gettito fiscale e dalle tariffe applicate ai pazienti. Il sistema sanitario privato affianca quello pubblico. I servizi sanitari privati sono in parte rimborsati dall'assicurazione sulla malattia.<sup>118</sup>

## **3. Enti per l'uguaglianza**

- TANE
- Gender Equality Unit
- Ombudsman for Equality
- ETNO

---

<sup>118</sup> Vedi nota 115.

## **Francia**

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- Preambolo e art. 1
- Artt. 2, 34 e 53

#### Intera popolazione

- Art. L111-1 Code de la sécurité sociale
- Art. 115-1 Code de l'action sociale et des familles
- Codice penale, artt. 432-7 e 225.1
- Nuovo Codice penale, artt. 121, 225, 226, 432
- Codice del lavoro

#### Immigrati

- Constitutional Council, 13 agosto 1993

#### Anziani

- Code de l'action sociale et des familles, art. 113-2

#### Disabili

- Code de l'action sociale et des familles, art. 114-1
- Legge 72/2002
- Codice penale
- Code de la sécurité sociale

#### Malati di mente

- Legge 527/1990
- Code de la Santé Publique, artt. L.326 e L.333

#### Donne

- Codice del lavoro

### **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- Schema sociale assicurativo obbligatorio con appartenenza basata innanzitutto su criteri professionali (dipendenti, autonomi) e poi sulla residenza.<sup>119</sup>

### **3. Enti per l'uguaglianza**

- High Council for Integration
- GELD
- CODAC

---

<sup>119</sup> Vedi nota 115.

## **Germania**

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- artt. 1, 2, 3, 4, 20, 33 Basic Law
- Costituzioni dei *Länder* ad esempio:
  - Berlino: art. 10 Costituzione
  - Brandeburgo, art. 12 Costituzione
  - Turingia, art. 2

#### 1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

##### Intera popolazione

- Care Act del 1996
- Equal Opportunities Act 1994
- Federal Civil Service Code
- Equal Treatment Implementation Law (Legge 61/2001 )
- Social Code (in particolare Nono Libro )

##### Immigrati e richiedenti asilo

- Codice generale di sicurezza sociale, sez. 30
- Codice penale sezz. 84, 85, 220 e 130

##### Anziani

- Federal Care Act del 1996

##### Donne

- Equal Opportunities Act 1994
- Legge 62/2001

##### Disabili

- Disabled Persons Equality Law - BGG 2002
- Nono Libro del Codice Sociale (Legge 27/2001)

### **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- Schema assicurativo sociale obbligatorio per lavoratori e categorie di persone assimilate, fino a un certo limite di reddito e con contributi correlati al reddito.<sup>120</sup>

### **3. Enti per l'uguaglianza**

- Federal Commissioner of Foreigners' Affaire
- Gruppo di coordinamento dei lavoratori stranieri/Koordinierungskreis

---

<sup>120</sup> Vedi nota 115.

## ***Grecia***

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- artt. 4.1, 5, 21 e 25.1

#### 1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

##### Intera popolazione

- Legge inerente la creazione del SSN n. 1397/1983
- Health Care Reform Act 2889/2001
- Legge 2646/1998

##### Anziani

- Legge 2238/1994

##### Immigrati

- Decreto presidenziale 266/1999
- Aliens Act del 1996
- Legge 927/1979 emendata con 1419/1984 e con 2910/2001

##### Donne

- Norme costituzionali

##### Disabili

- Norme costituzionali

##### Malati di mente

- Legge 2071/1992
- Legge 2716/1999 inerente l'istituzione della Commissione speciale per la tutela dei diritti dei pazienti con problemi psichiatrici

### **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- Schema sociale assicurativo obbligatorio per lavoratori e gruppi assimilati.<sup>121</sup>

### **3. Enti per l'uguaglianza**

- Commissione speciale per la tutela dei diritti dei pazienti con problemi psichiatrici
- Ombudsman
- Kethi
- Consiglio centrale della salute - KESY

---

<sup>121</sup> Vedi nota 115.

## ***Irlanda***

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- artt. 40 e 44

#### 1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

##### Intera popolazione

- Equal Status Act, ESA 2000
- Employment Equality Act, EEA 1998
- The Health (Amendment ) (n. 3) Act, 1996
- Human Rights Commission Act del 2000
- Unfair Dismissal Act 1973-1993
- Prohibition of Incitement to Hatred Act 1989

##### Immigrati

- Refugee Act del 1996
- Prohibition of Incitement to Hatred Act 1989
- Immigration Act del 1999

##### Anziani

- The Health Nursing Homes Act, 1990

##### Malati di mente

- Mental Treatment Act, 1945

##### Donne

- Plan for Women's Health
- Health Act, 1953 ed emendamenti successivi

### **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- Sistema sanitario finanziato attraverso il gettito fiscale, per tutti gli abitanti (basato sulla residenza)<sup>122</sup>

### **3. Enti per l'uguaglianza**

- Equality Authority (EA)
- Equality Unit
- ODEI / Equality Tribunal
- Comharle
- Department of Justice, Equality and Law Reform (con all'interno: Office for the Director of Equality Investigations)
- National Disability Authority - NDA
- Irish Refugee Council

---

<sup>122</sup> Vedi nota 115.

## ***Italia***

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- artt. 3 e 117

#### 1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

##### Intera popolazione

- Codice penale (art. 594) e civile (art. 2043)
- Legge 8 novembre 2000, n. 328
- Legge sul SSN 833/1978

##### Immigrati

- Legge n. 962 9 ottobre 1967
- Legge n. 205 del 1993
- Legge n. 40 del 6 marzo 1998 ed emendamento 189

##### Donne

- Direttiva PCM 27 marzo 1997
- art. 117 della Costituzione
- Legge 3/2001

##### Disabili

- Legge quadro 104/1992

##### Malati di mente

- Legge 833/1978

##### Anziani

- Legge 328/2000

### **2. Caratteristiche principali del modello sanitario presente**

- Servizio sanitario finanziato dai contributi di tutti gli abitanti (basato sulla residenza).<sup>123</sup>

### **3. Enti per l'uguaglianza**

- Commissione nazionale per la parità e le pari opportunità tra uomo e donna
- Consulta per i problemi degli stranieri immigrati e delle loro famiglie
- Commissione per le politiche di integrazione
- Comitato nazionale per le politiche dell'handicap

---

<sup>123</sup> Vedi nota 115.

## **Lussemburgo**

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- Art. 3, 11, 40 e 111

#### 1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

##### Intera popolazione

- Artt. 454 e 456 del Codice penale
- Art. 455 del Codice penale
- National Hospital Plan, 1998

##### Immigrati

- Codice del lavoro
- Legge 27 luglio 1993
- Legge 286/1998 (Immigrazione)
- Codice penale

##### Malati di mente

- Legge 560/1988
- Legge 638/1988

### **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- Schema sociale assicurativo obbligatorio per tutta la popolazione attiva (lavoratori dipendenti e autonomi) e per coloro che ricevono *benefit* di sicurezza sociale.<sup>124</sup>

### **3. Enti per l'uguaglianza**

- Consiglio nazionale per gli stranieri (CNE)
- Commissione permanente contro la discriminazione razziale (CSP/RAC)
- Commissioni municipali per le politiche dell'integrazione
- Commissione consultiva sui diritti umani

---

<sup>124</sup> Vedi nota 115.

## ***Paesi Bassi***

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- Art. 1

#### 1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

##### Intera popolazione

- Equal Treatment Act, AWGB del 1994
- Codice Penale: art. 90 quater, 137, 429

##### Immigrati

- Equal Treatment Act, AWGB del 1994
- Codice penale
- Wet Samen

##### Anziani

- Equal Treatment Act, AWGB del 1994

##### Donne

- Equal Treatment Act, AWGB del 1994
- Equal Treatment of Men and Women Act del 1980 emendata nel 1994

##### Disabili

- Act on Provisions for the Disabled (WVG), 1994
- WAGW Employment and Handicapped Workers Act, 1986

##### Orientamento sessuale

- Equal Treatment Act, AWGB del 1994

### **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- L'assicurazione come prevista dalla Legge di assicurazione sanitaria (ZFW) è obbligatoria. Chiunque possenga i criteri stabiliti dalla legislazione è automaticamente assicurato e deve pagare i contributi obbligatori. La legge generale sulle spese mediche eccezionali (AWBZ) introduce un'assicurazione generale per i rischi più seri. Tutti gli abitanti sono assicurati.<sup>125</sup>

### **3. Enti per l'uguaglianza**

- Equal Treatment Commission (ETC)
- National Discrimination Expertise Centre
- Expertise Centre Age and Society, LBL
- National Bureau against Racism, LBR

---

<sup>125</sup> Vedi nota 115.



- Department for the co-ordination and Emancipation Policy
- Ombudsman
- Advisory Council for Public Health Care

## ***Portogallo***

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- Artt. 1, 13, 15, 58, 59, 60, 64 e 71.

#### 1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

Intera popolazione

- Legge 134/1999
- Codice penale: artt. 239, 240, 251, 252
- Legge 48/1990
- Legge 17/2000

Immigrati

- Legge 15/1998
- Legge 134/1999
- Codice penale

Disabili

- Legge 9/1989

Malati di mente

- Legge 36 del 1998 (nomina sia la accessibilità dei servizi sul territorio sia i diritti dei pazienti, e fra questi il diritto alle informazioni sui servizi)

### **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- Servizio sanitario pubblico finanziato dal gettito fiscale, per tutti gli abitanti (basato sulla residenza).<sup>126</sup>

### **3. Enti per l'uguaglianza**

- High Commissioner for Immigration and Ethnic Minorities
- Provedor de Justiça
- Commission on Equality and Racial Discrimination
- National Council for Rehabilitation and Integration of People with Disabilities

---

<sup>126</sup> Vedi nota 115.

## ***Regno Unito***

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- non c'è Costituzione scritta

#### 1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

##### Intera popolazione

- Employment Right Act
- Human Right Act, 1998
- Health and Social Care Act 2001
- National Health System Act 2002
- Recognition and Services Act 1995
- National Health Service Reform and Health Care Prof. Act 2002
- Public Order Act 1986

##### Immigrati

- Race Relations Act 1976 - Race Relations Amendment Act 2000
- Nationality, Immigration and Asylum Act 2002
- ERA 1996

##### Donne

- Protection from Harassment Act 1997
- SDA 1977

##### Disabili

- Extension of role of Disability Rights Commission
- DDA - Disability Discrimination Act, 1995
- Special Educational Needs and Disability Act, 2001

##### Malati di mente

- Mental Health Act
- Draft Mental Health Bill 2002

### **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- Servizio sanitario nazionale, finanziato dal gettito fiscale, per tutti i residenti.<sup>127</sup>

### **3. Enti per l'uguaglianza**

- Commission for Racial Equality - CRE
- Disability Rights Commissions – DRC
- Equalities Opportunities Commissions - EOC

---

<sup>127</sup> Vedi nota 115.

## **Spagna**

### **1. Legislazione**

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- Artt. 1, 9, 10, 13, 14, 43, 49 e 50

#### 1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

##### Intera popolazione

- Decreto reale 1/1994
- Legge generale sulla sanità 14/1986
- Legge quadro sul lavoro 5/1980, 8/1988
- Legge sulla libertà religiosa 7/1980
- Legge sul sistema educativo 1/1990, emendata con Legge 10/2000
- Codice penale: artt. 22, 137bis, 165, 173, 181bis, 314, 510, 511, 512, 515, 607
- Legge 62/2003

##### Immigrati

- Legge 14/1986
- Legge quadro 8/2000
- Codice civile, art. 27
- Codice penale

##### Anziani

- nella Costituzione

##### Donne

- Leggi 16/1983 e 774/1997 inerenti la creazione dell'Istituto delle donne
- Decreto reale n. 1686 del 2000

##### Disabili

- Legge 13/1982
- Legge 14/1986

##### Malati di mente

- Legge 13/1982
- Legge 14/1986, art. 20

### **2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente**

- Servizio sanitario pubblico finanziato dal gettito fiscale (assistenza sanitaria) per lavoratori, gruppi assimilati e i loro membri familiari.<sup>128</sup>

---

<sup>128</sup> Vedi nota 115.

### 3. Enti per l'uguaglianza

- Defensor del Pueblo (Ombudsman)
- Osservatorio sull'uguaglianza di opportunità fra donne e gli uomini
- Consejo para la promoción de la igualdad de trato y no discriminación ...

## ***Svezia***

### 1. Legislazione

#### 1.1. Eventuali norme antidiscriminatorie contenute nella Costituzione

- Cap. 1, artt. 1 e 2
- Cap. 2, artt. 7, 15, 16, 20
- Cap. 8, art. 7

#### 1.2. Legislazione di carattere nazionale specificatamente riferita a:

##### Intera popolazione

- Health Care Act, 1982
- Health and Medical Services Act (HMSA), 1983
- Equal Opportunities Act (Legge 307/2003)

##### Immigrati

- Act on measures against ethnic discrimination in working life 133/1999
- Social Service Act del 1982 e del 1997
- Codice penale, art. 9, cap. 16

##### Anziani

- Social Service Act, 1982 e 1997
- Health and Medical Service Act, 1983

##### Malati mentali

- Mental health care reform

##### Disabili

- Act on Discrimination of People with disabilities 1999
- Decreto legislativo 2001

##### Orientamento sessuale

- Act on discrimination on grounds of sexual orientation 1999
- Equal Opportunities Act, 2003

### 2. Caratteristiche principali del modello socio-sanitario presente

- Servizio sanitario pubblico, finanziato dal gettito fiscale, per tutti gli abitanti (basato sulla residenza).<sup>129</sup>

---

<sup>129</sup> Vedi nota 115.

### **3. Enti per l'uguaglianza**

- Ombudsman against Ethnic Discrimination (DO)
- Commissione Nazionale per la Salute pubblica
- Office of the Disability Ombudsman e National Accessibility Centre (HO)
- Equal Opportunities Ombudsman (JämO)
- Ombudsman against discrimination because of sexual orientation (HomO)
- Children's Ombudsman (BO)
- Parliamentary Ombudsman, JO

## 9.2. Legislazione

### *Diritti delle persone*

Sintesi della normativa per Paese e tipologia delle fonti normative

<b>Paese</b>	<b>Costituzione</b>	<b>Legislazione ordinaria, civile, amministrativa</b>	<b>Diritto penale (Criminal Law)</b>
Austria	art. 7	Basic Law, art. 2 artt. 63, 66 e 67 Saint Germani Codice di procedura amministrativa, 1993, art. IX, n. 3, 4 Codice civile, par. 16	Codice di diritto penale, sezz. 115, 283, 321, 335
Belgio	artt. 10, 11, 23, 191	Decreto reale 29 dicembre 1997 Legge 25 febbraio 2003	Legge 30 luglio 1981 Codice penale
Danimarca	artt. 67, 70, 71, 74, 75, 77, 78	Act on Equal Treatment of Men and Women 875/1994 emendato con Legge 213/1998 Act on Gender Equality, 2000 Legge 717/1995 Legge 626/1987 Risoluzione B43/1993	Criminal Code, art. 266b
Finlandia	Cap. 1, sez. 1 Cap. 2, sez. 5, 6, 19	Employment Contract Act, 1998, cap. 2, sez. 2 Decision in principle on measures promoting tolerance and combating racism, 1999 Legge 609/1986 Decreto legge 759/1987 e Legge 380/1987 Equality Act, 2003	Codice penale, cap. 11, sez. 9

Francia	Preambolo artt. 1, 53	Codice del lavoro, artt. 122.35, 122.45 Codice civile, cap. 1, art. 7 Legge 546/1972 Legge 574/1977 Legge 772/1985 Legge 602/1990 Legge 1066/2001 Legge 72/2002	Nuovo Codice penale, artt. 121, 225, 226, 432 Legge 1336/1992
Germania	Basic Law, artt. 2, 3, 4, 20, 35 Costituzioni dei Länder	Federal Civil Service Equal Treatment Implementation Law, 2001 Nono libro del codice sociale, Legge 27/2001 Disabled Persons Equality Law - BGG, 2002	Codice penale, sezz. 84, 85, 130, 211, 220
Grecia	artt. 2, 4, 5, 7, 21	Legge 927/1979 emendata con Legge 1429/1984 Legge 2238/1994 Legge 2716/1999 Legge 2910/2001	Codice civile, art. 4 congiuntamente ad art. 57
Irlanda	artt. 40, 44	Employment Equality Act, 1998 Equal Status Act, 2000 Discrimination Act - Unfair Dismissal Act, 1974/93 Refugee Act, 1996	Prohibition of Incitement to Hatred Act, 1989

<b>Paese</b>	<b>Costituzione</b>	<b>Legislazione ordinaria, civile, amministrativa</b>	<b>Diritto penale (Criminal Law)</b>
Italia	artt. 3, 117	Legge 3/2001 Legge 328/2000 Legge 286/1998 Legge 386/1998 Legge 962/1967 Legge 205/1993 Legge 40/1998 Legge 189/2002 Legge 104/1992 Legge 833/1978	Atto 205, art. 1 Art. 594
Lussemburgo	artt. 40, 111	Codice del lavoro Contratti collettivi Legge 27 luglio 1993 Legge 286/1998	Codice penale, artt. 454, 455, 456
Paesi Bassi	art. 1	ETA, 1994 WAGW Employment and Handicapped Workers Act, 1986 Welfare Act, 1994 Equal treatment of men and women, 1980, emendato nel 1994	Codice penale, artt. 90, 137, 429
Portogallo	artt. 1, 13, 15, 58, 59, 60, 64, 71	Legge 134/1999 Legge 48/1990 Legge 36/1998 Legge 17/2000 Legge 15/1998	Codice penale, artt. 239, 240, 251, 252



Regno Unito		<p>Race Relation Act, 1976, emendata con Race Relations (Amendment) Act, 2000</p> <p>National Health System Act, 2002</p> <p>Human Rights Act, 1998</p> <p>Special Educational Needs and Disability Act, 2001</p> <p>Disability Discrimination Act, 1995</p> <p>Employment Rights Act, 1996, emendate con Employment Act, 2002</p> <p>Sex Discrimination Act, 1975</p>	<p>Public Order Act, 1986</p> <p>Protection from Harassment Act, 1997</p> <p>Crime and Disorder Act, 1998</p>
Spagna	artt. 1, 9, 10, 13, 14, 43, 49, 50	<p>Codice civile, art. 27</p> <p>Legge sulla libertà religiosa, 1980</p> <p>Organic Law on the Rights and Freedoms of Aliens in Spain and their social integration, 2000</p> <p>Law on violations and sanctions of the labour laws, 1988</p> <p>Decreto reale n. 1686, 6 ottobre 2000</p> <p>Legge 62/2003</p>	<p>Codice penale, artt. 22, 137bis, 165, 173, 181bis, 314, 510, 511, 512, 515, 607.</p>
Svezia	<p>cap. 1, artt. 1, 2</p> <p>cap. 2, artt. 7, 15, 16, 20</p>	<p>Act on measures against ethnic discrimination in working life, 130/1993</p> <p>Social Service Act, 1982, 1997</p> <p>Health Care Act, 1982</p> <p>Equal opportunities Act, Legge 307/2003</p>	<p>Codice penale, cap. 16, art. 9</p>

## ***Diritto alla salute***

Sintesi della normativa per Paese e tipologia delle fonti normative

<b>Paese</b>	<b>Costituzione</b>	<b>Legislazione ordinaria</b>
Austria		Codice civile, art. 33 (beni e servizi pubblici) Federal Act on Assistance to Asylum Seekers Legge federale per le cure di lungo periodo, 1993 Agreements pursuant to Art. 15a B-VG (Federal Constitutional Law)
Belgio		Legge 30 luglio 1981, art. 2 Disegno di Legge Mahoux Arrete Royal, 1981
Danimarca		Act on prohibiting against differential treatment on grounds of race Legge 687/1998 Consolidation Act on Social Services, 2000
Finlandia	cap. 2, sez. 6	Act on Social Security Legge 785/1992 Government Resolution on the Health, 2015 Equality Act, 2003
Francia	preambolo, art. 1	Codice amministrativo Codice della sanità pubblica (specie art. 326, 333) Legge 602/1990
Germania	Basic Law, art. 3	Care Act, 1996 Codice sociale, Nono Libro
Grecia	art. 5	ICERD Legge 494/1970, art. 5 Legge 1397/1983 Legge 2716/2001 Aliens Act 1996 (sez. 24)
Irlanda	art. 40	ESA, 2000 Piano sanitario Quality and Fairness Refugee Act, 1996
Italia	Art. 32	Legge 328/2000 Legge 104/1992 Legge 40/1998 Legge 189/2000 Legge 833/1978
Lussemburgo		Codice penale

<b>Paese</b>	<b>Costituzione</b>	<b>Legislazione ordinaria</b>
Paesi Bassi	art. 1	Nuovo Codice civile Codice criminale ETA, 1994
Portogallo	art. 64	Legge 134/1999 Legge 48/1990 Legge 15/1998 Legge 34/1998 Legge 9/1989 Legge 17/2000
Regno Unito		RRA, 1976 - RRA, 2000 Recognition and Services Act, 1995 National Health System Act, 2002 Health and Social Care Act, 2001 Draft Mental Health Bill, 2002
Spagna	Art. 43	Legge sociale Legge penale Legge 8/2000 Legge 14/1986 Legge 13/1982
Svezia	Cap. 1	Criminal Code Decreto legislativo, 2001 "From Patient to Citizen" Equal Opportunities Act, 2003

### **Riferimenti alla malattia cronica e/o alla disabilità nelle Costituzioni europee**

Tabella tratta da *Illness, Disability and Social Inclusion*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Ireland, 2003.

<b>Germania</b>	<b>Grecia</b>	<b>Spagna</b>	<b>Austria</b>	<b>Portogallo</b>	<b>Finlandia</b>	<b>Svezia</b>
Costituzione, art. 3	Costituzione, artt. 21, 22, 23	Costituzione, artt. 14, 49	Costituzione, art. 7	Costituzione, art. 71	Clausola antidiscriminatoria nel preambolo della Costituzione	Strumenti di Ggoverno, cap. 1, sez. 2
Nessuno può essere svantaggiato a causa della propria disabilità	Coloro che soffrono di una malattia incurabile fisica e psichica hanno il diritto di ricevere cure particolari dallo Stato	La Corte spagnola interpreta l'art. 14 riferito alla discriminazione includendo anche la disabilità	Nessuno può essere svantaggiato a causa della propria disabilità	I disabili godono degli stessi diritti ... fino a quando la loro disabilità li renderà incapaci di esercitarli	Nessuno può essere posto in posizione diversa a causa ... del proprio stato di salute o della propria disabilità	Le istituzioni pubbliche devono controbattere la discriminazione basata su ... disabilità ecc.
	Le persone disabili hanno il diritto di beneficiare di misure atte a garantire loro autonomia, integrazione professionale ecc.	Lo Stato promuove una politica di trattamento, riabilitazione ecc. delle persone fisicamente, sensorialmente e mentalmente handicappate ...	Assicurare equo trattamento in tutti i campi della vita pubblica	Lo Stato sviluppa una politica nazionale di supporto ai cittadini disabili	Riferimenti ai "diritti sociali"	

## 10. Considerazioni e riflessioni sullo scenario europeo

Una delle politiche portanti della Comunità europea nell'ultimo decennio è, senza dubbio, la lotta alla discriminazione nelle sue diverse forme. Il diritto di tutti gli individui a essere uguali di fronte alla legge, nonché la protezione dei singoli dalle discriminazioni loro perpetrate, sono pietre fondanti delle società democratiche.

L'ineguaglianza, la discriminazione o l'esclusione di una persona a causa delle origini sociali, etniche, razziali, o di una qualsiasi altra motivazione, è errata non solo in termini morali e sociali, ma anche legali. Tutti gli Stati europei hanno infatti perseguito la lotta alla discriminazione attraverso la firma di Patti e Convenzioni sui diritti umani internazionali, e con l'adozione di normative comunitarie e nazionali.

Rispetto al favorire l'inclusione sociale, i Governi detengono una notevole responsabilità e rivestono un ruolo chiave sia nello sviluppare l'adozione e l'implementazione di politiche e leggi *ad hoc*, sia nel sostenere *mission* di uguaglianza nelle organizzazioni e istituzioni statali.

Le più recenti normative degli Stati europei riflettono questo orientamento, testimoniando coerenza di approcci e visione a livello comunitario, esplicitando il divieto a qualunque forma di discriminazione in ogni ambito del vivere civile, su qualsiasi base essa si fondi.

Il recepimento dell'articolo 13 del Trattato di Amsterdam ha prodotto l'attivazione di numerosi enti per l'uguaglianza in tutti i paesi europei, pur evidenziando che esistono ambiti di azione e livelli di competenza non omogenei.

L'accesso ai servizi sanitari è sicuramente uno degli ambiti prioritari di lotta alla discriminazione. Come evidenziato in *Eurohealth* (Piha, 2000),

*l'alta qualità dell'assistenza e l'equo accesso ai servizi sanitari dovrebbero essere inclusi nella Carta dei diritti fondamentali,*

dimostrando un sempre maggiore riconoscimento dell'importanza del tema della accessibilità dei servizi sanitari in tutta la Comunità europea.

Quasi tutte le Costituzioni dei paesi europei riportano articoli che, anche se in forma diversa, garantiscono equi diritti fra le persone proibendo la discriminazione sulla base sia dell'origine etnica e della razza, sia della nazionalità, della religione o delle credenze personali. Fanno eccezione a questa regola:

- la Danimarca, che riporta garanzie di equità solo sulla base di credenze religiose diverse;
- il Lussemburgo, che a livello costituzionale garantisce solo protezione della persona e della proprietà;
- il Regno Unito, che non ha Costituzione scritta.

A tale livello costituzionale non viene mai - o quasi mai - esplicitamente fatto riferimento a una garanzia di equo accesso ai servizi sociali e sanitari per le persone e, tanto meno, per particolari categorie delle stesse, anche quando definibili come fasce deboli della popolazione.

Alcune Carte costituzionali tuttavia, definiscono meglio l'ambito dell'antidiscriminazione specificando che essa non deve essere praticata nella fornitura e nell'utilizzo di beni e servizi pubblici. La Finlandia, ad esempio, nel promuovere la salute della popolazione, specifica che le autorità pubbliche devono garantire adeguati servizi sociali, sanitari e medici per tutti. Il Portogallo afferma invece che lo Stato ha il dovere primario di garantire l'accesso di tutti i cittadini alla prevenzione, alle cure mediche e alla riabilitazione.

Anche la legislazione ordinaria dei singoli paesi, in termini generali, mostra sensibilità a questo tema. È da notare infatti che la Direttiva 43/2000/CE finalizzata all'applicazione dell'articolo 13 del Trattato di Amsterdam, fissava a luglio 2003 il limite temporale entro il quale recepire i contenuti della Direttiva stessa ed eventualmente adeguare gli aspetti normativi carenti, assenti o che semplicemente si desiderava esplicitare nei diversi Stati. Testimoniano il recepimento di queste indicazioni comunitarie i diversi *Equality Act* del 2000-2003.

La normativa nazionale è influenzata dal tipo di sistema sanitario e/o, più in generale, di *welfare* presente. Il richiamo alla tipologia di sistema sociale e sanitario vigente nel singolo paese (riportato sia nel *Capitolo 3* sia nelle schede dei singoli paesi, *paragrafo 9.1*), vuole fungere infatti da riferimento per una lettura più contestualizzata dello scenario normativo fornito. Ancora oggi, malgrado si sia ormai del tutto compiuto il passaggio dai sistemi di *welfare state* ai sistemi di *welfare mix* e ai sistemi a mercato sociale, le caratteristiche fondanti dei diversi sistemi sociali e sanitari sono ancora presenti.

Sebbene i sistemi socio-sanitari europei siano diversi tra loro per livelli di fornitura dei servizi, meccanismi di finanziamento e struttura organizzativa, tutti comunque si confrontano con problemi simili e in particolare con le cosiddette tre transizioni: demografica, epidemiologica, tecnologica.

Per perseguire l'uguaglianza occorre comunque che sia garantito a tutti l'accesso ai servizi e che le risposte da essi offerte siano personalizzate e non condizionate dai centri di offerta; occorre poi che queste risposte possano soddisfare anche bisogni e necessità non sempre visibili o palesi, alle volte nemmeno chiari agli stessi portatori di interessi.

In ogni caso è necessario attuare un percorso di sintesi fra l'universalismo solidarista e il modello liberista. Infatti, mentre il primo modello, nell'anelito a offrire servizi per tutti senza discriminazioni, potrebbe tralasciare la considerazione che chi possiede maggiore disponibilità economica ha la possibilità di ottenere servizi aggiuntivi, il secondo, sebbene pare abbia prodotto fino a ora una gamma di servizi forse più in grado di promuovere la necessaria personalizzazione delle risposte, potrebbe perpetrare in realtà più facili percorsi di esclusione sociale.

La normativa recentemente prodotta e/o in via di discussione nei diversi paesi tende ad affrontare gli attuali processi di cambiamento scegliendo la via dell'integrazione tra sistemi (sociale, sanitario, economico, ecc.) e della corresponsabilità politica a più livelli. A tal proposito si vedano le scelte normative della Germania in ambito socio-sanitario, inerenti la ripartizione delle responsabilità a livello centrale e federale con un recupero, rispetto al dato storico, del valore intrinseco dell'approccio-sistema. In tutta Europa quindi, si assiste al rafforzamento del sistema integrato, inteso come insieme di servizi e interventi progettati e messi in atto sul territorio in maniera pianificata e coordinata.

Emerge, anche a livello di progetti locali finanziati nei diversi paesi, il favorire lo strutturare di sistemi di *welfare* locali realizzati coerentemente al contesto nel quale il sistema opera. Sembra allora che talvolta la dimensione locale predomini su quella nazionale, omogenea e data. Le nuove politiche locali hanno dunque causato, un po' ovunque in Europa, situazioni di non omogeneità nelle erogazioni dei servizi, sia in termini di prestazioni che, più in generale, di accesso. Queste situazioni sono spesso testimoniate, nelle loro esperienze più eccellenti, proprio dai progetti inseriti nella presente ricerca.

In tutta Europa insomma, gioca un ruolo sempre più importante l'individuazione di più livelli di responsabilità su politiche sociali e sanitarie. I livelli politici, le responsabilità amministrative e la gestione delle politiche si ampliano e si strutturano: più livelli amministrativi e più attori sociali - siano essi privati o pubblici - stanno collaborando assieme.

Il quadro complesso che si sta delineando, anche da un punto di vista normativo (gli ambiti di competenza risultano infatti sempre più specifici e in alcuni casi ambivalenti), induce a diverse riflessioni.

Se è vero infatti che la discriminazione trova ormai strumenti normativi specifici di lotta a tutti i diversi livelli giuridici e amministrativi, è anche vero però che la discriminazione indiretta non è stata ancora sufficientemente considerata dalla cittadinanza europea e dagli attori locali. Prova ne sono gli scarsi progetti presenti, il poco spazio detenuto su internet, così come gli scarsi studi in materia.

Anche il concetto di cittadinanza si modifica e arriva a considerare il tema della partecipazione: gli individui istituiscono la cittadinanza sociale, concepita come partecipazione attiva e cosciente dei soggetti alle politiche, politiche che - in molti casi - sono proprio azioni di lotta alla discriminazione. Sono gli stessi soggetti discriminati, o passibili di discriminazione, a mettere in moto progetti e a chiedere tutele legislative per la loro specifica situazione. Pertanto

*le persone e le comunità possono esprimere le loro scelte se vengono considerate non solo portatrici del bisogno o mere fonti di consultazione, ma anche partecipi delle decisioni relative alle politiche per la salute. La libertà di scelta deve garantire la più ampia gamma di opzioni anche nel sistema dei servizi sociali* (Fondazione E. Zancan, 2001).

La progettualità europea, in senso generale, sembra poi privilegiare strumenti/modalità indirizzati al superamento di più svantaggi contemporaneamente presenti in un'unica situazione di disagio (ad esempio condizione femminile e immigrazione). Questo è ancora più vero quando parliamo di accesso ai servizi sanitari. Nel caso della popolazione immigrata, ad esempio, le ineguaglianze oltre che intrinseche alla condizione stessa, derivano spesso da problemi di comunicazione e da mancanza di informazioni effettivamente fruibili, come evidenziato nel Rapporto Ricerca *Phase 1* del progetto *Health for All, All in Health*, Cidis/Alisei. È infatti verso il miglioramento degli aspetti comunicativi che si indirizzano molti dei progetti in via di implementazione negli Stati europei.

Un altro aspetto che emerge dai progetti dei diversi Paesi europei è come essi tentino, quasi sempre, di dare risposta a un problema chiave quale quello del rapporto tra utenti e istituzioni. In questo caso, la tendenza è quella di implementare ruoli e/o strutture che fungano da mediatori tra bisogni del singolo e servizi presenti. Vanno lette in tal senso sia la frequente individuazione di figure professionali orientate (es. mediatore culturale per gli immigrati, mediatore sociale per gli anziani), sia la creazione di strumenti-strutture di interfaccia con i servizi e le istituzioni (ad esempio per i disabili): testimonianze attive di ricerca di buone pratiche, orientate al miglioramento dell'accessibilità.

Ancora poche sono invece le sperimentazioni che vanno nella direzione del garantire accesso e fruizione dei servizi sociali e sanitari da parte di popolazioni non in possesso di regolari documenti di identità, certificati di residenza o certificazioni di qualche genere che le intitolino a usufruire dei servizi pubblici. Questa parte della popolazione - rappresentata soprattutto da Rom, Sinti e nomadi - pare incontri difficoltà e discriminazioni nell'accesso ai servizi pubblici.

La popolazione nomade solleva anche un altro aspetto trasversale all'Europa, ovvero il fatto che spesso i diritti sono strutturati sul riconoscimento di uno *status*, per esempio quello di disabile o di malato mentale. Ma la quotidianità offre anche situazioni nelle quali il riconoscimento degli *status* non è semplice. Ben vengano allora progetti che mirano a superare ambiti di intervento rigidi e precostituiti, orientati ad ampliare le competenze degli enti per l'uguaglianza per allargare il loro raggio di azione verso settori più vasti rispetto a quello della lotta a una specifica e sola discriminazione.

Il riconoscimento di uno *status* - e in questo ci si ricollega in parte ai concetti di discriminazione indiretta e di cittadinanza sociale summenzionati - necessita di soggetti attivi in grado di comunicare le loro necessità: molte persone in condizioni di bisogno estremo non chiedono niente a servizi; molte persone in determinate condizioni culturali e sociali non sono consapevoli del fatto che è un loro diritto detenere un migliore stato di salute. A questo proposito, insegnano molto i progetti irlandesi sull'accesso delle donne nomadi ai servizi sanitari o gli studi di settore portati avanti dalle stesse comunità Rom. È utile allora vedere come alcuni paesi del nord Europa, spesso nei loro progetti, includano tutta la popolazione di una certa categoria, ad esempio gli anziani, e non solo coloro che si rivolgono ai servizi, oltrepassando - nella pratica - la dicotomia che potrebbe strutturarsi fra utenza reale e utenza potenziale di un servizio.



In estrema sintesi, e pur nei limiti che l'analisi comparativa dei testi di legge nazionali ha nel rappresentare il reale mutamento in corso nei paesi europei sul tema dell'uguaglianza nell'accesso ai sistemi socio-sanitari, si può comunque affermare che il presente studio ha messo in luce la crescente consapevolezza politica del problema e la tendenza a utilizzare una strategia attiva di contrasto al fenomeno, che vede nello strumento normativo un punto di riferimento importante. La differenziazione culturale nazionale che emerge permette la sperimentazione e il confronto di *policy* e progettualità diverse che costituiscono una risorsa di potenziale grande interesse per tutti i decisori chiamati ad affrontare il problema.

Una considerazione conclusiva riguarda poi il fatto che, fin dalla nascita della Comunità europea, i sistemi sanitari e sociali sono sempre stati considerati soggetti e materie legislative degli Stati nazione. L'organizzazione e l'erogazione dei servizi socio-sanitari sono sempre stati strutturati su base nazionale. I trattati della Comunità europea riportano infatti, a chiare parole, che essi sono stabiliti su leggi e prassi decise dai singoli Stati.

Questa considerazione ha segnato l'origine di questa ricerca, ha fornito la prima ragione dell'analisi. In momenti in cui si è appena avviato il cammino della Costituzione europea unica in grado di garantire i medesimi diritti a tutti coloro che vivono sul territorio dell'Europa, emerge il dubbio che si potrebbe fare di più per accelerare il processo di unificazione politica tra gli Stati membri. Si parla spesso - infatti - di "sistema Europa" quando si raffronta il modello sociale e sanitario europeo a quello di chi non è europeo, Stati Uniti *in primis*, ma poi nella realtà i sistemi sociali e sanitari europei non sono così uguali fra loro.

Ci si chiede allora: avrebbe forse senso parlare della costruzione di un comune sistema socio-sanitario europeo?



# 11. Fonti informative

Sulla base di quanto già indicato nella sezione dedicata alla metodologia seguita, si forniscono di seguito gli indirizzi di alcuni siti *web* consultati.

Pur segnalando che esula dallo scopo della ricerca fornire una rassegna completa di *link* utili, è parso comunque opportuno predisporre una sorta di guida per la navigazione *internet*, per agevolare il reperimento dei testi normativi consultati.

In tal senso, l'elenco fornito rappresenta per il lettore da una parte una sorta di sintesi delle fonti consultate e dall'altra una *utility* fornita dalla ricerca.

## ***Comunità europea e Stati membri***

Portale dell'Unione europea	<a href="http://europa.eu.int">http://europa.eu.int</a>
Costituzioni d'Europa	<a href="http://www.oefre.unibe.ch">http://www.oefre.unibe.ch</a>
La legislazione europea	<a href="http://europa.eu.int/eur-lex">http://europa.eu.int/eur-lex</a>
Community Action Programme to Combat Discrimination 2001- 2006	<a href="http://www.comhlahm.org/interire/91200Ap1.html">http://www.comhlahm.org/interire/91200Ap1.html</a>
Politica sociale dell'unione europea	<a href="http://www.europa.eu.int/comm/employment_social">http://www.europa.eu.int/comm/employment_social</a>
<i>Database</i> legali per l'intera Europa	<a href="http://www.lawonline.com.sg/international.htm">http://www.lawonline.com.sg/international.htm</a> <a href="http://mishpat.net/law/countries">http://mishpat.net/law/countries</a> <a href="http://www.jura.uni-sb.de/english/euro.html">http://www.jura.uni-sb.de/english/euro.html</a> <a href="http://www.hg.org">http://www.hg.org</a> <a href="http://v2.vlex.com">http://v2.vlex.com</a> <a href="http://www.jurisweb.com">http://www.jurisweb.com</a>
Raccolta di <i>link</i> inerenti la salute mentale	<a href="http://www.cvdinfobase.ca/mh-atlas/">http://www.cvdinfobase.ca/mh-atlas/</a>
Parlamento europeo	<a href="http://www.europarl.eu.int">http://www.europarl.eu.int</a>
Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea	<a href="http://ue.eu.int/df">http://ue.eu.int/df</a> <a href="http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/charte/index_en.html">http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/charte/index_en.html</a>
Consiglio d'Europa	<a href="http://assembly.coe.int">http://assembly.coe.int</a>
Eurofund	<a href="http://www.eurofound.eu.int">http://www.eurofound.eu.int</a>

Diritti umani e disabilità	<a href="http://www.un.org/esa/socdev/enable/dispaperdes0.htm">http://www.un.org/esa/socdev/enable/dispaperdes0.htm</a>
Sanità pubblica e sicurezza sociale	<a href="http://www.socialeurope.com">http://www.socialeurope.com</a> <a href="http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2000/missoc_162_en.htm">http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2000/missoc_162_en.htm</a>
Women's International Studies Europe	<a href="http://www.ula.ac.be/women/wise">http://www.ula.ac.be/women/wise</a>
Association of Feminist Institutes of Education in Europe	<a href="http://www.ula.ac.be/women/aoife">http://www.ula.ac.be/women/aoife</a>
Sulla diversità sul luogo di lavoro	<a href="http://www.diversityatwork.com">http://www.diversityatwork.com</a>
Sull'immigrazione	<a href="http://www.migpolgroup.com">http://www.migpolgroup.com</a> <a href="http://www.iomvienna.at">http://www.iomvienna.at</a>
European Council on Refugees and Exiles	<a href="http://www.ecre.org">http://www.ecre.org</a>
European Anti-Poverty Network	<a href="http://www.eapn.org">http://www.eapn.org</a>
WHO	<a href="http://www.who.dk">http://www.who.dk</a>
European Health Forum Gastein '00	<a href="http://www.ehfg.org">http://www.ehfg.org</a>
Rifugiati	<a href="http://www.refugees.org">http://www.refugees.org</a>
Ombudsman - Mediatore europeo	<a href="http://www.euro-ombudsman.eu.int">http://www.euro-ombudsman.eu.int</a>
Minoranze etniche	<a href="http://www.ecmi.de">http://www.ecmi.de</a>
<i>Database legali</i>	<a href="http://www.findlaw.com">http://www.findlaw.com</a> <a href="http://www.leetlaw.com">http://www.leetlaw.com</a> <a href="http://www.ilrg.com">http://www.ilrg.com</a>
Diritti umani	<a href="http://www.echr.coe.int">http://www.echr.coe.int</a> <a href="http://www.dhcommhr.coe.fr">http://www.dhcommhr.coe.fr</a> <a href="http://www.dhdirhr.coe.fr">http://www.dhdirhr.coe.fr</a> <a href="http://www.interights.org">http://www.interights.org</a> <a href="http://www.humanrights.coe.int">http://www.humanrights.coe.int</a> <a href="http://www.equalitynow.org">http://www.equalitynow.org</a>
Corte di giustizia dell'Unione europea	<a href="http://curia.eu.int">http://curia.eu.int</a>
Diritti dei cittadini europei	<a href="http://citizens.eu.int">http://citizens.eu.int</a> <a href="http://europa.eu.int/citizensrights">http://europa.eu.int/citizensrights</a>

Migrazioni e relazioni etniche	<a href="http://www.ercomer.org">http://www.ercomer.org</a> <a href="http://www.migpolgroup.com">http://www.migpolgroup.com</a> <a href="http://www.errc.org">http://www.errc.org</a> <a href="http://www.enar-eu.org">http://www.enar-eu.org</a>
Orientamento sessuale	<a href="http://www.ilga-europe.org">http://www.ilga-europe.org</a>
Richiedenti asilo	<a href="http://www.unhchr.ch">http://www.unhchr.ch</a>
Consiglio europeo rifugiati ed esuli	<a href="http://www.ecre.org">http://www.ecre.org</a>
Disabili	<a href="http://www.dpi.org">http://www.dpi.org</a> <a href="http://www.disabilityworld.org">http://www.disabilityworld.org</a> <a href="http://www.edf-feeph.org">http://www.edf-feeph.org</a>
Disuguaglianze in salute	<a href="http://healthdisparities.nih.gov">http://healthdisparities.nih.gov</a>
Politiche di genere	<a href="http://www.womenlobby.org">http://www.womenlobby.org</a>
Commissione Venezia	<a href="http://venice.coe.int">http://venice.coe.int</a>
<i>Database</i> inerente la salute	<a href="http://medwebplus.com/loc/Europe">http://medwebplus.com/loc/Europe</a>
Anziani	<a href="http://www.age-platform.org">http://www.age-platform.org</a>
Programma della Comunità europea sull'uguaglianza dei sessi	<a href="http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/fund_en.html">http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/fund_en.html</a>
Progetti finanziati attraverso il programma UE di lotta alla discriminazione	<a href="http://europa.eu.int/comm/employment_social/fundamental_rights/prog/index_en.htm">http://europa.eu.int/comm/employment_social/fundamental_rights/prog/index_en.htm</a>
Campagna quinquennale <i>Si alle diversità - No alle discriminazioni</i>	<a href="http://www.stop-discrimination.info/">http://www.stop-discrimination.info/</a>
Report <i>Eguaglianza, diversità e allargamento</i>	<a href="http://europa.eu.int/comm/employment_social/fundamental_rights/prog/studies_en.htm">http://europa.eu.int/comm/employment_social/fundamental_rights/prog/studies_en.htm</a>
Gruppo europeo preposto a combattere la discriminazione correlata all'orientamento sessuale	<a href="http://emmeliers.nl/experts">http://emmeliers.nl/experts</a>

## ***Austria***

Ombudsman austriaco	<a href="http://www.volksanw.gv.at">http://www.volksanw.gv.at</a>
Sistema sociale e politica sanitaria	<a href="http://www.sozialversicherung.at">http://www.sozialversicherung.at</a> <a href="http://www.bmgf.gv.at">http://www.bmgf.gv.at</a> <a href="http://www.who.dk/document/e72787.pdf">http://www.who.dk/document/e72787.pdf</a>
<i>Database</i> sulla legislazione	<a href="http://www.ris.bka.gv.at">http://www.ris.bka.gv.at</a> <a href="http://oear.or.at">http://oear.or.at</a>
European Training and Research Centre for Human Rights and Democracy	<a href="http://www.etc-graz.at">http://www.etc-graz.at</a>
Rifugiti e richiedenti asilo in Austria	<a href="http://www.ociv.org/pdf/austria.pdf">http://www.ociv.org/pdf/austria.pdf</a>

## ***Belgio***

Legislazione - Camera	<a href="http://www.laChambre.be">http://www.laChambre.be</a>
Sicurezza sociale	<a href="http://socialsecurity.fgov.be">http://socialsecurity.fgov.be</a> <a href="http://sozialesicherheit.fgov.be">http://sozialesicherheit.fgov.be</a>
Salute pubblica	<a href="http://health.fgov.be">http://health.fgov.be</a> <a href="http://medibel-net.health.fgov.be">http://medibel-net.health.fgov.be</a>
<i>Database</i> legislativo	<a href="http://www.raadvst-consetat.be">http://www.raadvst-consetat.be</a>
Documenti inerenti la Comunità Vallone	<a href="http://wallex.wallonie.be">http://wallex.wallonie.be</a>
Immigrazione e razzismo	<a href="http://www.antiracisme.be">http://www.antiracisme.be</a>
Legislazione relativa all' <i>handicap</i>	<a href="http://wal.autonomia.org/personne/legislat.php">http://wal.autonomia.org/personne/legislat.php</a> <a href="http://socialsecurity.fgov.be/handicap/">http://socialsecurity.fgov.be/handicap/</a>
Progetto <i>Inclusion Europe</i> del Centro Belga per le Pari Opportunità	<a href="http://www.inclusion-europe.org">http://www.inclusion-europe.org</a>
Progetto <i>Solidar</i>	<a href="http://www.solidar.org">http://www.solidar.org</a>

### ***Danimarca***

Sulla legislazione danese	<a href="http://www.law.nyu.edu/library/foreign_intl/denmark.html">http://www.law.nyu.edu/library/foreign_intl/denmark.html</a> <a href="http://www.sm.dk/eng/lovgivning/index.html">http://www.sm.dk/eng/lovgivning/index.html</a>
Politica sociale	<a href="http://www.sm.dk/eng/dansk_socialpolitik/index.html">http://www.sm.dk/eng/dansk_socialpolitik/index.html</a>
Governo	<a href="http://www.danmark.dk/forside.asp">http://www.danmark.dk/forside.asp</a>
Ministero della salute	<a href="http://www.mtv-instituttet.dk">http://www.mtv-instituttet.dk</a>
Disabilità	<a href="http://www.handicap.dk">http://www.handicap.dk</a> <a href="http://www.dch.dk">http://www.dch.dk</a> <a href="http://www.clh.dk">http://www.clh.dk</a>
Sulle ineguaglianze sanitarie	<a href="http://www.inequalities-copenhagen.dk">http://www.inequalities-copenhagen.dk</a>

### ***Finlandia***

<i>Database</i> sulla legislazione	<a href="http://www.finlex.fi">http://www.finlex.fi</a>
Governo	<a href="http://www.valtioneuvosto.fi">http://www.valtioneuvosto.fi</a>
Ministro della salute e degli affari sociali	<a href="http://www.vn.fi">http://www.vn.fi</a>
Parlamento finlandese	<a href="http://www.eduskunta.fi/">http://www.eduskunta.fi/</a>
Council for Equality	<a href="http://www.tasa-arvo.fi">http://www.tasa-arvo.fi</a>

### ***Francia***

<i>Database</i> legislativo	<a href="http://www.legifrance.gouv.fr">http://www.legifrance.gouv.fr</a>
<i>Database</i> legale	<a href="http://www.bfe.asso.fr">http://www.bfe.asso.fr</a> <a href="http://www.jura.uni-sb.de/france/Law-France/">http://www.jura.uni-sb.de/france/Law-France/</a> <a href="http://www.francelaw.com">http://www.francelaw.com</a>
Ministero della salute	<a href="http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/">http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/</a>
Disabilità	<a href="http://www.adminet.com/handi/">http://www.adminet.com/handi/</a>
Salute pubblica	<a href="http://www.reagis.com/sante/">http://www.reagis.com/sante/</a>
Organizzazione Emergences	<a href="http://www.emergences.fr">http://www.emergences.fr</a>

## **Germania**

Anziani	<a href="http://www.seniorwatch.de">http://www.seniorwatch.de</a>
<i>Handicap</i>	<a href="http://www.vdk.de">http://www.vdk.de</a>
Cancelleria federale	<a href="http://www.bundeskanzler.de">http://www.bundeskanzler.de</a>
Governo	<a href="http://www.government.de">http://www.government.de</a>
<i>Länder</i> tedeschi	<a href="http://www.baden-wuerttemberg.de">http://www.baden-wuerttemberg.de</a> <a href="http://www.berlin.de">http://www.berlin.de</a> <a href="http://www.bayern.de">http://www.bayern.de</a> <a href="http://www.brandenburg.de">http://www.brandenburg.de</a> <a href="http://www.bremen.de">http://www.bremen.de</a> <a href="http://www.hamburg.de">http://www.hamburg.de</a> <a href="http://www.nrw.de">http://www.nrw.de</a> <a href="http://www.saarland.de">http://www.saarland.de</a> <a href="http://www.rlp.de">http://www.rlp.de</a> <a href="http://www.hessen.de">http://www.hessen.de</a>
Statistiche governative	<a href="http://www.destatis.de/">http://www.destatis.de/</a>
Integrazione europea	<a href="http://www.zei.de/">http://www.zei.de/</a>

## **Grecia**

Parlamento	<a href="http://www.parliament.gr">http://www.parliament.gr</a>
Ministero della salute e del <i>welfare</i>	<a href="http://www.yyp.gr/index.html">http://www.yyp.gr/index.html</a>
<i>Database</i> sulla legislazione greca	<a href="http://www.hri.org/nodes/qrlaw.html">http://www.hri.org/nodes/qrlaw.html</a>
National Confederation of Disabled People of Greece	<a href="http://www.esaea.gr">http://www.esaea.gr</a>



## ***Irlanda***

Immigrati, rifugiati e richiedenti asilo	<a href="http://www.comhlamh.org">http://www.comhlamh.org</a>
Women's Health Council	<a href="http://www.whc.ie">http://www.whc.ie</a>
National Women's Council of Ireland	<a href="http://www.nwci.ie">http://www.nwci.ie</a>
Sistema sanitario nazionale e regionale	<a href="http://www.nihs.ie">http://www.nihs.ie</a> <a href="http://www.mwhb.ie">http://www.mwhb.ie</a> <a href="http://www.doh.ie">http://www.doh.ie</a>
Politiche di genere	<a href="http://www.ewm.ie">http://www.ewm.ie</a> <a href="http://www.nwci.ie">http://www.nwci.ie</a>
Salute pubblica	<a href="http://www.phd.nwhb.ie">http://www.phd.nwhb.ie</a>
Salute e sicurezza	<a href="http://www.hsa.ie">http://www.hsa.ie</a>
Disabilità	<a href="http://www.iol.ie/~dfi/">http://www.iol.ie/~dfi/</a>
<i>Welfare</i>	<a href="http://families.welfare.ie">http://families.welfare.ie</a>
Anziani	<a href="http://www.olderinireland.ie">http://www.olderinireland.ie</a>
Rifugiati	<a href="http://www.irishrefugeescouncil.ie">http://www.irishrefugeescouncil.ie</a>
Piano sanitario nazionale	<a href="http://Www.ndp.ie">http://Www.ndp.ie</a>
Portale sul <i>welfare</i>	<a href="http://portal.welfare.ie">http://portal.welfare.ie</a>

### ***Italia***

Anziani	<a href="http://www.intrage.it">http://www.intrage.it</a>
Immigrati e richiedenti asilo	<a href="http://www.stranierinitalia.it">http://www.stranierinitalia.it</a>
Donne	<a href="http://www.commissionepariopportunita.it">http://www.commissionepariopportunita.it</a> <a href="http://www.dirittiumani.donne.aidos.it">http://www.dirittiumani.donne.aidos.it</a>
<i>Handicap</i> e legislazione	<a href="http://www.handylex.org">http://www.handylex.org</a> <a href="http://www.handicapincifre.it">http://www.handicapincifre.it</a>
Salute e progetti europei	<a href="http://www.salutepertutti.org">http://www.salutepertutti.org</a> <a href="http://www.euproject.it">http://www.euproject.it</a>
<i>Database</i> sulla legislazione	<a href="http://www.duralex.it">http://www.duralex.it</a> <a href="http://www.diritto.it">http://www.diritto.it</a> <a href="http://www.filodiritto.com">http://www.filodiritto.com</a>
Ministero della salute	<a href="http://www.ministerosalute.it">http://www.ministerosalute.it</a>

### ***Lussemburgo***

Governo nazionale	<a href="http://www.gouvernement.lu/">http://www.gouvernement.lu/</a>
Camera dei deputati	<a href="http://www.chd.lu">http://www.chd.lu</a>
Ministero della sanità	<a href="http://www.etat.lu/MS/">http://www.etat.lu/MS/</a>
Ministero della sicurezza sociale	<a href="http://www.etat.lu/MSS/">http://www.etat.lu/MSS/</a>
Società dell'informazione	<a href="http://www.eluxembourg.lu">http://www.eluxembourg.lu</a>
<i>Database</i> sulla legislazione	<a href="http://www.legilux.lu">http://www.legilux.lu</a>

### ***Paesi Bassi***

Razzismo	<a href="http://www.magenta.nl">http://www.magenta.nl</a>
Accessibilità e disabilità	<a href="http://www.etsi.org">http://www.etsi.org</a>
Commissie Gelijke Behandeling (Equal Treatment Commission)	<a href="http://www.migpolgroup.com">http://www.migpolgroup.com</a>
Progetto <i>Be Equal, be different</i>	<a href="http://www.leeftijd.nl">http://www.leeftijd.nl</a>

### ***Portogallo***

Parlamento portoghese	<a href="http://www.parlamento.pt">http://www.parlamento.pt</a>
Ministero della salute	<a href="http://www.min-saude.pt">http://www.min-saude.pt</a>
<i>Database</i> sulla legislazione portoghese	<a href="http://www.cidadevirtual.pt/asjp/leis/leis.html">http://www.cidadevirtual.pt/asjp/leis/leis.html</a> <a href="http://www.gddc.pt/legislacao-lingua-estrangeira/english.html">http://www.gddc.pt/legislacao-lingua-estrangeira/english.html</a>
Osservatorio sul sistema sanitario portoghese	<a href="http://www.observaport.org">http://www.observaport.org</a>

### ***Regno Unito***

Dipartimento della salute	<a href="http://www.doh.gov.uk">http://www.doh.gov.uk</a>
<i>Benefit</i> sociali	<a href="http://www.dwp.gov.uk">http://www.dwp.gov.uk</a>
Statistiche ufficiali	<a href="http://www.statistic.gov.uk">http://www.statistic.gov.uk</a>
London Health Observatory	<a href="http://www.lho.org.uk">http://www.lho.org.uk</a>
Age Concern	<a href="http://www.ageconcern.org.uk">http://www.ageconcern.org.uk</a>
North West Ethnic Health Information	<a href="http://www.ethnichealth-northwest.net">http://www.ethnichealth-northwest.net</a>
National Electronic Library for Health	<a href="http://www.nelh.nhs.uk">http://www.nelh.nhs.uk</a>
The International Centre for the Legal Protection of Human Rights	<a href="http://www.interights.org">http://www.interights.org</a>
<i>British Medical Journal</i>	<a href="http://bmj.com">http://bmj.com</a>
Health Equality Network	<a href="http://www.ukhen.org.uk">http://www.ukhen.org.uk</a>
<i>Database</i> legale	<a href="http://www.venables.co.uk">http://www.venables.co.uk</a> <a href="http://www.legislation.hmsso.gov.uk/acts">http://www.legislation.hmsso.gov.uk/acts</a>
Osservatorio sanitario	<a href="http://www.nwpho.ork.uk">http://www.nwpho.ork.uk</a>
Salute e donne	<a href="http://www.womenshealthlondon.org.uk">http://www.womenshealthlondon.org.uk</a>
Northern Ireland Council for Ethnic Minorities	<a href="http://www.nicem.org.uk">http://www.nicem.org.uk</a>

### ***Spagna***

Ministero della salute	<a href="http://www.msc.es">http://www.msc.es</a>
<i>Database</i> legale	<a href="http://www.noticias.juridicas.com">http://www.noticias.juridicas.com</a>
Disabilità e legislazione	<a href="http://sid.usal.es">http://sid.usal.es</a>
Fundación Secretariado General Gitano	<a href="http://www.fsgg.org">http://www.fsgg.org</a>

### ***Svezia***

Politica sociale e sanitaria	<a href="http://www.social.regeringen.se">http://www.social.regeringen.se</a>
Assicurazione sociale	<a href="http://www.fk.se">http://www.fk.se</a>
Children Ombudsman	<a href="http://www.bo.se">http://www.bo.se</a>
The Swedish Federation for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Rights (RFSL)	<a href="http://www.rfsl.se">http://www.rfsl.se</a>

### ***Nomadi e Rom***

European Roma Rights Centre	<a href="http://www.errc.org">http://www.errc.org</a>
	<a href="http://www.soros.org">http://www.soros.org</a>
European Roma Information Office	<a href="http://www.erionet.org">http://www.erionet.org</a>
Roma News	<a href="http://www.romnews.com">http://www.romnews.com</a>
Roma Education Initiative	<a href="http://www.osi.hu/esp/rei/">http://www.osi.hu/esp/rei/</a>

## Enti per l'uguaglianza

<b><i>Austria</i></b>	Ombudsman Board <a href="http://www.volksanw.gu.at">http://www.volksanw.gu.at</a>
<b><i>Belgio</i></b>	CECLR <a href="http://www.antiracisme.be">http://www.antiracisme.be</a>
<b><i>Danimarca</i></b>	Advisory and Documentation Centre on Racial Discrimination <a href="http://www.drcenter.dk">http://www.drcenter.dk</a> Board for Ethnic Equality <a href="http://www.nel.dk">http://www.nel.dk</a>
<b><i>Francia</i></b>	GELD <a href="http://www.le114.com">http://www.le114.com</a>
<b><i>Germania</i></b>	Commissioner of Foreigners' Affairs <a href="http://www.berlin.de/auslb">http://www.berlin.de/auslb</a>
<b><i>Grecia</i></b>	Ombudsman <a href="http://www.synigros.gr">http://www.synigros.gr</a>
<b><i>Irlanda</i></b>	ODEI <a href="http://www.odei.ie">http://www.odei.ie</a> Equality Authority <a href="http://www.equality.ie">http://www.equality.ie</a>
<b><i>Paesi Bassi</i></b>	National Bureau against Racial Discrimination <a href="http://www.lbr.nl">http://www.lbr.nl</a> Expertise Centre Age and Society - LBL <a href="http://www.leeftijd.nl">http://www.leeftijd.nl</a> Equal Treatment Commission <a href="http://www.cgb.nl">http://www.cgb.nl</a>
<b><i>Portogallo</i></b>	Commission for Equality and Against Racial Discrimination <a href="http://www.acime.gou.pt">http://www.acime.gou.pt</a>
<b><i>Regno Unito</i></b>	Commission for Racial Equality <a href="http://www.cre.gov.uk">http://www.cre.gov.uk</a> Disability Rights Commission <a href="http://www.drc-gb.org">http://www.drc-gb.org</a>
<b><i>Svezia</i></b>	Ombudsman against ethnic discrimination <a href="http://www.do.se">http://www.do.se</a> Disability Ombudsman <a href="http://www.ho.se">http://www.ho.se</a> Ombudsman against discrimination because of sexual orientation <a href="http://www.homo.se">http://www.homo.se</a>



# Bibliografia

- Allodi F. *Coordination of Mental Health Services in the Age of Managed Care: The Spanish Experience*. University of Toronto, 2002.
- Arnsperger C., Van Parijs P. Quanta disuguaglianza possiamo accettare? *Etica economica e sociale*. Il Mulino, Bologna, 2003 (edizione originale *Éthique économique et sociale*. La Découverte, Paris, 2000).
- Ascoli U., Ranci C. *The Dilemmas of the Welfare Mix: The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. Kluwer Academic, New York, 2002.
- Astbury J. *The State of the Evidence: Gender Disparities in Mental Health*. School of Population Health, University of Melbourne, 2003.
- Balbo L. La doppia presenza. *Inchiesta*, n. 32, 1978.
- Beck U. *Risikogesellschaft*. Suhrkamp, Frankfurt, 1986. Traduzione italiana *La società del rischio*. Carocci, Roma, 2000.
- Becker G. *Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special references to education*. University of Chicago Press, Chicago, 1993.
- Bourdieu P. *La riproduzione. Elementi per una teoria del sistema scolastico*. Minit, Paris, 1970. Traduzione italiana *La riproduzione. Elementi per una teoria del sistema scolastico*. Guaraldi, Rimini, 1993.
- Brint S. *School and Society*. Pine Forge Press, Thousand Oaks, CA, 1998. Traduzione italiana *Scuola e società*. Il Mulino, Bologna, 1999.
- Carter I. *L'idea di uguaglianza*. Feltrinelli, Bologna, 2001.
- Castegnaro A., Nervo G., Pasini G., Prezioso A. Vecchiato T. Modelli di Stato sociale a confronto e soluzioni possibili. *Studi Zancan*, 3/2001: 16-33, Fondazione Zancan, Trento, 2001.
- Castles F. *Family of Nations: Patterns of Public Policy*, New York, Oxford University Press, 1993
- Checchi D. *La disuguaglianza*. Laterza, Roma-Bari, 1997.
- Commission of the European Communities. *Modernizing and Improving Social protection in the European Union*. Communication from the Commission, COM (97) 102 Final.
- Commissione di indagine sull'esclusione sociale. *Rapporto annuale sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale 2000*. Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento per gli Affari sociali, Roma, 2000.
- Commissione europea. *Cosa è cambiato in Europa dopo il Trattato di Amsterdam*. Giugno 1999.

- Commissione europea. *Refugee Contribution to Europe. A feasibility study on the establishment of a Fund for Refugee Employment and Education (FREE) in the European Union*. Novembre 2002.
- Commissione europea, Direzione generale Occupazione e Affari sociali. *Equality, Diversity and Enlargement. Report on measure to combat discrimination in acceding and candidate countries*. Settembre 2003.
- Commissione europea, Direzione generale Occupazione e Affari sociali. *Uguaglianza e discriminazione nell'Europa allargata*. Libro verde, 2004a.
- Commissione europea. *Un nuovo partenariato per la coesione. Convergenza, competitività, cooperazione*. Terza relazione sulla coesione economica e sociale. Lussemburgo, 2004b.
- Consiglio Regione Emilia-Romagna. *I diari dell'Europa. Una Costituzione per l'Europa: da Salonico a Roma*. n. 3/2003.
- Costa G., Faggiano F. (a cura di). *Equità nella salute in Italia*. Fondazione Smith Kline, FrancoAngeli, Milano, 1994.
- De Sandre P., Pinelli A., Santini A. *Nuzialità e fecondità in trasformazione: percorsi e fattori di cambiamento*. Il Mulino, Bologna, 1999.
- Donati P. *Sociologia delle politiche familiari*. Carocci, Roma, 2003.
- Douglas M., Isherwood B. *The World of Goods*. Basic Books, New York, 1979. Traduzione italiana *Il mondo delle cose. Oggetti, valori, consumo*. Il Mulino, Bologna, 1984.
- Eardley T., Bradshaw J., Ditch J., Gough I., Whiteford P. *Social Assistance in OECD Countries: Synthesis Report*. London, HMSO, 1996.
- Equal Opportunities Centre for Disabled Persons. *Danish Disability Policy. Equal opportunities through dialogue*. Aprile 2002.
- Esping-Andersen G. Le tre varianti dell'economia politica del welfare state. *Democrazia e Diritto*, XXVIII, Roma, 1988.
- Esping-Andersen G. (a cura di). *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global economies*. Sage, Londra, 1996a.
- Esping-Andersen G. *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*. Il Mulino, Bologna, 1996b.
- European Commission against Racism and Intolerance - ECRI. *Second Report on Italy*. CRI, 2002.
- European Commission against Racism and Intolerance - ECRI. *Second Report on Finland*. CRI, 2002.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Illness, Disability and Social Inclusion*. Ireland, 2003.



- European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia. *Anti-discrimination legislation in EU Member States. A comparison of national anti-discrimination legislation on the grounds of racial or ethnic origin, religion or belief with the Council Directives*. EUMC European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, Vienna, 2002.
- European Parliament, Council and Commission. Declaration against Racism and Xenophobia. *Official Journal of the European Communities*. C158, 25 June 1986.
- Eurostat. *Yearbook 2002*. EUR-OP, Luxemburg, 2002.
- Eurostat. *The Social Situation in the European Union. 2003*. EUR-OP, Luxemburg, 2003.
- Eurostat. *Yearbook 2004*. EUR-OP, Luxemburg, 2004.
- Fanning B., Loyal S. *Asylum Seekers and the Right to Work in Ireland*. The Irish Refugee Council, 2000.
- Ferrera M. *Modelli di solidarietà*. Il Mulino, Bologna, 1993.
- Ferrera M. Le quattro Europe sociali tra universalismo e selettività. *Quaderni di ricerca*, n. 1, Poleis, Università Bocconi, Milano, 1995.
- Ferrera M. Il modello di welfare sud-europeo. Caratteristiche, genesi, prospettive. *Quaderni di ricerca*, n. 5, Poleis, Università Bocconi, Milano, 1996.
- Ferrera M. *Le trappole del welfare*. Il Mulino, Bologna, 1998.
- Fioritti A. (a cura di). *Leggi e salute mentale. Panorama europeo delle legislazioni di interesse psichiatrico*. Centro Scientifico editore, Torino, 2002.
- Fitzpatrick J., Jacobson N. *Mapping Health Inequalities across London*. London Health Observatory, 2001.
- Goru C., Ranci Ortigosa E., Modalità di gestione dei servizi socio-assistenziali: alcune conclusioni. *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 15-16, IRS, Milano, 1999.
- Heikkila M., Kuivalainen S. *Using social benefits to combat poverty and social exclusion: Opportunities and problems from a comparative perspective*. Council of Europe, Strasburgo, 2002
- High Commissioner on National Minorities. *Report on the situation of Roma and Sinti in the OSCE Area*. The Hague, aprile 2000.
- Kazepov Y. *Le politiche locali contro l'esclusione sociale*. Istituto poligrafico dello Stato, Roma, 1996.
- Kazepov Y. Frammentazione e coordinamento nelle politiche di attivazione in Europa. *Assistenza sociale*, n. 2, aprile/giugno 2002.
- Kazepov Y., Sabatinelli S. Attivazione e coordinamento: il caso italiano. *Assistenza sociale*, n. 2, aprile/giugno 2002.
- Korpi W. Contentious institutions: an augmented ration-action analysis of the origins and path dependency of welfare state institutions in Western countries. *Rationality and Society*, 13 (2), 1993.
- Kronauer M.W. "Social exclusion" and "underclass". New concepts for the analysis of poverty. In Andreß J.H. (a cura di). *Empirical Poverty Research in a Comparative Perspective*. Aldershot, Ashgate, 1999, pp. 51-76.

- Lodemel I., Trickely H. *An offer you can't refuse: workfare in international perspective*, Bristol, Policy Press, 2000
- Losi N. *Vite altrove, migrazione e disagio psichico*. Feltrinelli Editore, Milano, 2000.
- Marceca M. *La salute degli stranieri in Ministero della sanità, Relazione sullo stato di salute della popolazione, 2000*. Ministero della sanità, Roma, 2000.
- March J.G., Olsen J.P. *Democratic Governance*. The Free Press, New York, 1995. Traduzione italiana *Governare la democrazia*. Il Mulino, Bologna, 1997.
- McKinlay J. Social networks, lay consultation and helping behaviour. *Social Forces*, 51: 275-292, 1973.
- Nathan T., Stenger I. *Medici e stregoni*. Boringhieri, Torino, 1996.
- Negri N. *Saggi sull'esclusione sociale. Povertà, malattie, cattivi lavori e questione etnica*. Il Segnalibro, Torino, 1990.
- Negri N., Saraceno C. Povertà, Disoccupazione ed Esclusione Sociale. *Stato e Mercato*, n. 59, 2000.
- Paci M. I mutamenti della stratificazione italiana. In *Storia dell'Italia Repubblicana*, vol. III, pp. 667-776. Einaudi, Torino, 1996.
- Paugam S. (a cura di). *L'exclusion. L'état des savoirs*. La Decouverte, Paris, 1996.
- Piha T. The new EU health strategy: moving forward through communication and debate. *Eurohealth*, 6 (4): 7-9, autunno 2000.
- Pizzuti F.R. *Sistemi di welfare: l'Italia è un caso anomalo?* Rapporto annuale INPDAP sullo stato sociale, 2002.
- Ranci C. *La società del rischio. Vulnerabilità ed esclusione sociale in Lombardia*. Guerini, Milano, 1997.
- Ranci C. In Saraceno C. (a cura di). *Social Assistance Dynamics in Europe: National and Local Poverty Regimes*. Policy Press, Bristol, 2002.
- Rossi N. *L'istruzione in Italia: solo un pezzo di carta?* Il Mulino, Bologna, 1997.
- Santoro M., Pisati M. *Dopo la laurea*. Il Mulino, Bologna, 1996.
- Sen A.K. *Commodities and Capabilities*. North-Holland, Amsterdam, 1985.
- Sen A.K. *Inequality Reexamined*. Oxford University Press, Oxford, 1992. Traduzione italiana *La diseguaglianza. Un riesame critico*. Il Mulino, Bologna, 1992.
- Sen A.K. *Il tenore di vita. Tra benessere e libertà*. Marsilio, Venezia, 1993.
- Sen A.K. *La libertà individuale come impegno sociale*. Laterza, Roma-Bari, 1999.
- Toebe B.A. *The Right to Health as a Human Right in International Law*. Intersentia, Antwerp, 1999.
- Traveller Law Research Unit. *Disability, Social Care, Health and Traveller People*. Cardiff Law School, Wales, 2001.

- Wilensky A. *The Welfare State and Equality*. University of California Press, Berkeley, California, 1975.
- Woodhall M. Il concetto di capitale umano. In Spadolini B. (a cura di). *Teorie di economia dell'istruzione*. Armando Editore, Roma, 1996, pp. 47-55.



# **COLLANA DOSSIER**

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (\*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (\*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (\*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (\*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (\*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (\*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (\*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (\*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (\*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (\*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (\*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (\*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (\*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (\*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (\*)

---

(\*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Sono anche scaricabili dal sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (\*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (\*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (\*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (\*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (\*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (\*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (\*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (\*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (\*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (\*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (\*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (\*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (\*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (\*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (\*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (\*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (\*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (\*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (\*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (\*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (\*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (\*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (\*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (\*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (\*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (\*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (\*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (\*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (\*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (\*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (\*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (\*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (\*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (\*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (\*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (\*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (\*)



82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (\*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003. (\*)
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (\*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (\*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (\*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (\*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (\*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (\*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (\*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (\*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (\*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (\*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (\*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (\*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (\*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (\*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (\*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (\*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (\*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (\*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (\*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (\*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005. (\*)
110. Domanda di care domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (\*)