

IL DIRITTO ALLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI IN ITALIA, tra legislazione statale, autonomie locali e prassi applicative

Annalisa Zanin

Questo lavoro tratta due temi, diritto e salute, destinati a saldarsi nella vita sociale e nella pratica politico-amministrativa del nostro Paese, divenuto meta di continui flussi migratori. Si vuole tentare di fornire uno sguardo ragionato sulla condizione del diritto alla salute della popolazione immigrata presente oggi in Italia. L'obiettivo principale è capire quali strumenti di diritto tutelino il diritto alla salute di queste persone e se vengano applicati in modo efficace e coerente nella prassi operativa, ovvero nella pianificazione regionale delle politiche sanitarie e nelle pratiche quotidiane di erogazione di prestazioni e servizi sanitari.

La tematica della salute migrante non è sicuramente trascurata, come dimostra l'ampia letteratura esistente in materia, tuttavia è sempre più urgente reperire una risposta alla domanda di salute migrante proprio ora che gli sbarchi sulle coste meridionali della nostra penisola si intensificano, conducendo a terra un gran numero di persone profondamente impoverite, affamate e debilitate che fuggono dai loro Paesi lasciandosi alle spalle guerre, persecuzioni e vite di privazioni.

Dati quindi i caratteri di *urgenza* della domanda sanitaria che gli immigrati portano con sé, essendo per la gran parte persone che hanno perso un buono stato di salute originario, e di *insistenza*, visto l'incremento della domanda di aiuto sanitario da parte di queste popolazioni, sorgono spontanee alcune domande: quali strumenti tutelano la salute di queste persone? Quale diritto la garantisce e con quali modalità? E possiamo dirci soddisfatti di come questo diritto viene applicato nella realtà quotidiana? In poche parole, quali sono le prassi all'interno delle strutture sanitarie, quali sono gli aspetti poco convincenti o addirittura contraddittori del modus operandi degli operatori della sanità o dell'organizzazione dei servizi?

La salute migrante, infatti, richiede oggi delle soluzioni a una situazione di occultamento della reale sofferenza sanitaria degli stranieri e di disuguaglianze in salute causate da diversi fattori. Gli stranieri possono avere soglie di dolore o concezioni della malattia differenti da quelle afferenti alla nostra cultura; il modo di connotare la malattia può variare quindi da cultura a cultura e molti possono sottovalutare sintomi o disagi potenzialmente importanti. Per ovviare a potenziali errori di diagnosi e individuare quindi i disturbi o le malattie, si rende necessaria nel nostro Paese la formazione e

l'impiego di figure professionali qualificate, ovvero preparate adeguatamente da un punto di vista psicologico, linguistico e interculturale, predisposte all'ascolto e alla relazione, allo scopo di instaurare rapporti interpersonali validi e tali da favorire una vera possibilità di accesso alle cure per tutti così da rappresentare un primo tassello dell'integrazione degli immigrati nella nostra società.

Va poi ricordato, che presso gli immigrati non di rado i sintomi di una malattia possono essere sottovalutati per il timore di perdere il posto di lavoro, anche se privo di contratto. Ciò avviene specialmente tra gli immigrati privi di documenti che preferiscono non rivolgersi a strutture di cura per paura di essere licenziati, arrestati o espulsi. Occorre quindi ammettere che il diritto vigente influenza pesantemente la reale possibilità di cura degli immigrati e che si rendono a questo punto necessari interventi che facciano emergere questo problema e lo trattino efficacemente, conferendo così al diritto alla salute migrante (regolare e non) pari dignità con il diritto alla salute di un cittadino italiano, così come vorrebbe la nostra Costituzione repubblicana.

Approfondendo tali argomenti scopriremo che le disuguaglianze in salute possono nascere anche da scorrette o parziali applicazioni della legislazione nazionale nelle diverse legislazioni regionali; o ancora da debolezze o incapacità delle nostre politiche nel progettare interventi che tutelino il benessere psicofisico di queste persone attraverso iniziative efficaci riguardanti la casa, il lavoro e tutti quegli ambiti di vita che permettono un'esistenza serena.

La ragione di questo lavoro, ovvero il perché ci sembri importante affrontare la tematica della tutela del diritto alla salute dello straniero in Italia, risiede nella convinzione che una concreta integrazione di queste persone possa realizzarsi solo se consideriamo la tutela della salute (e l'uguaglianza in salute) di questi soggetti l'obiettivo principale di una politica attenta all'inserimento degli stranieri nel nostro contesto sociale.

Tale convincimento deriva dall'imporsi del diritto alla salute quale diritto fondamentale e universale dell'essere umano presso tutte le fonti del diritto, vale a dire tanto nel diritto internazionale quanto nel diritto comunitario che in quello nazionale, a prescindere dallo status dell'individuo, e soprattutto perché la salute rappresenta la base che garantisce una vita dignitosa, attiva nel lavoro e nei rapporti sociali e quindi soddisfacente per la persona umana. Diventa allora irrinunciabile indagare sul perché oggi l'Italia non riesca a rispondere efficacemente al bisogno di salute dello straniero nonostante il fenomeno migratorio sia in atto da alcuni decenni e rivesta una sempre maggior importanza.

L'articolo 32 della Costituzione della Repubblica e la tutela della salute degli immigrati in Italia

Sulla base dell'enunciazione costituzionale del diritto alla salute, oggi in Italia è garantito a *ciascun individuo*, almeno in via teorica, il diritto alle prestazioni sanitarie.

La Costituzione ha saputo infatti individuare nel diritto alla salute uno dei diritti fondamentali dell'essere umano per il cui godimento *non rileva il criterio della cittadinanza*: essa non può diventare perciò un fattore escludente dal diritto alla salute per coloro che non siano italiani.

La Corte costituzionale ricorda infatti che: «l'assistenza sanitaria ha natura di servizio pubblico che corrisponde ad un diritto pieno e incondizionato della persona e perciò la cittadinanza non rileva ai fini della posizione di utente dei servizi sanitari»¹.

Inoltre, ancora secondo i dettami dell'art. 32 Cost., il diritto alla salute per gli stranieri è sancito ulteriormente dalla seconda accezione nella quale si intende il diritto alla salute in Italia, ovvero come *interesse per la collettività*. Proprio in questo senso, infatti, la Costituzione utilizza il termine "individuo" per indicare la persona umana senza distinzioni di cittadinanza, possibilità economiche, condizione giuridica. Il diritto alla salute è perciò tutelato come diritto fondamentale di *chiunque si trovi all'interno dei confini della Repubblica*.

La domanda che a questo punto sorge spontanea è quanta aderenza ci sia di fatto tra gli indirizzi giurisprudenziali e la prassi operativa, ovvero fino a dove e in che modo il diritto alla salute degli stranieri in Italia sia tutelato effettivamente e se davvero la condizione giuridica dello straniero non rilevi ai fini della tutela della salute.

Le disuguaglianze e le politiche di discriminazione in Italia

La condizione di salute degli immigrati in Italia necessita obbligatoriamente di essere inclusa nella cornice più ampia delle disuguaglianze presenti attualmente nel nostro Paese, si tratti di disuguaglianze di reddito², di razza³, di salute⁴, di genere⁵, di status giuridico⁶.

Il risultato è la creazione di quello che è corretto denominare *sistema di disuguaglianze*.

¹ B. Nascimbene, *Diritto degli stranieri*, Padova, 2004, p. 974.

² L. Cappellari, P. Naticchioni, S. Staffolani, *L'Italia delle disuguaglianze*, Roma, 2009.

³ P. Basso, F. Perocco, *Gli immigrati in Europa. Diseguaglianze, razzismo, lotte*, Milano, 2011.

⁴ A. Genova, *Le disuguaglianze nella salute*, Roma, 2008.

⁵ G. Priulla, *C'è differenza. Identità di genere e linguaggi: storie, corpi, immagini e parole*, Milano, 2013.

⁶ M. Ferrero, F. Perocco, *Razzismo al lavoro. Il sistema della discriminazione sul lavoro, la cornice giuridica e gli strumenti di tutela*, Milano, 2011.

Da trent'anni a questa parte, ovvero da quando i flussi migratori verso il nostro Paese hanno cominciato a farsi consistenti, è comparsa nel novero delle disuguaglianze la disuguaglianza razziale⁷.

In particolare questa specifica disuguaglianza si presenta come *sistematica*, poiché possiede la prerogativa di mescolarsi alle disuguaglianze radicate da tempo in Italia, e si presenta anche come *multidimensionale*, poiché investe i diversi ambiti di vita delle persone immigrate, si tratti di lavoro, scuola, sfera giuridica, abitativa, salute⁸.

Alla creazione della disuguaglianza razziale hanno concorso tre strutture della disuguaglianza o della stratificazione sociale⁹: il *mercato del lavoro*, l'*ordinamento giuridico nazionale* e i *mass-media*.

Sin dagli anni Settanta gli immigrati in Italia sono stati relegati nelle mansioni o nei lavori più insalubri, sottopagati, precari, a forte tendenza di sommerso e meno tutelati. Questa situazione ineludibile di subalternità ha perpetrato e cronicizzato nei decenni l'equivalenza lavoratore immigrato=sfruttamento e si può così ancora oggi contare su una manodopera precaria, irregolare, senza diritti, mal alloggiata e mal pagata che di conseguenza è facilmente ricattabile e senza pretese: questi, infatti, sono i tratti caratteristici del lavoro immigrato.

Per quanto riguarda poi lo *status giuridico dell'immigrato* sancito dal nostro ordinamento interno, siamo passati da una fase in cui non si voleva vedere il problema della mancanza di diritti e regolarizzazione degli immigrati a una fase, odierna, in cui le politiche migratorie e il diritto hanno istituito meticolosamente tutti quei meccanismi di stampo repressivo e proibizionista per regolarizzare l'entrata di migranti nel nostro Paese.

Un ruolo fondamentale nel percorso di inferiorizzazione e discriminazione dell'immigrato è stato giocato anche dalle rappresentazioni pubbliche portate all'evidenza dal sistema dei mass-media. Loro, infatti, è la responsabilità della creazione di quel *sistema simbolico di stigmatizzazione*: essi hanno diffuso immagini stereotipate, ostili poiché sempre negative dell'immigrato, dall'immagine del nemico interno, al ruba-lavoro, al parassita, alla prostituta, allo spacciatore, allo scansafatiche. Tali idee sono state socializzate mediante i mass-media che avrebbero così generato un «regime di rappresentazione razzializzato della società e delle popolazioni immigrate, organico all'inserimento sociale subalterno degli immigrati»¹⁰.

⁷ F. Perocco, *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso italiano*, Milano, 2012.

⁸ F. Perocco, *Immigrati e disuguaglianza lavorativa nel sistema delle disuguaglianze italiane* in *Immigrati: una risorsa in tempo di crisi, Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione*, Fondazione Leone Moressa, Bologna, 2012.

⁹ F. Perocco, *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso italiano*, Milano, 2012, p. 83.

¹⁰ *Ivi*, p. 103.

Le determinanti sociali di salute

L'analisi delle determinanti sociali di salute e degli effetti del contesto di vita sulla salute dell'individuo dimostra che sempre qualora sussistano condizioni di privazione o emarginazione lo stato di salute è compromesso e di livello nettamente inferiore rispetto a quello di una persona di livello sociale più elevato: per questo motivo tali premesse negative per la salute sono condensate nella persona dell'immigrato.

Dalla seconda metà del Ventesimo secolo si è cominciato a dare adeguata rilevanza a tutti quei fattori in grado di determinare in positivo o in negativo lo stato di salute dell'individuo. L'attenzione degli esperti si concentrò sui determinanti di salute in conseguenza all'avvento della fase della cosiddetta *transizione epidemiologica*, da quando cioè le cause principali di morte tra la popolazione smisero di essere le malattie infettive e cominciarono ad esserlo le malattie croniche quali quelle cardiovascolari e i tumori, allora si dovette cominciare a considerare i fattori di rischio insiti nella società¹¹. La società infatti sarebbe attraversata da un *gradiente di salute* e quindi la posizione occupata da ognuno di noi all'interno della scala sociale rispetto agli altri diventa per forza rilevante: chi si trova sopra di noi gode di salute migliore, chi si trova sotto di noi gode di salute peggiore.

A influire sulla salute perviene anche il cosiddetto *capitale sociale*, ovvero la quantità delle relazioni che un individuo intrattiene con gli altri. Oggi è dato per acquisito come avere amici, appartenere ad un'associazione di volontariato o ad un gruppo religioso, in parole povere il trovarsi all'interno di *reti sociali*, sono da considerarsi tutti fattori tutelanti la salute¹². Per contro, l'isolamento sociale e l'assenza di supporto sociale conducono a comportamenti nocivi per se stessi e gli altri. Se una situazione di stress si viene a sommare ad una condizione di povertà materiale e di mancanza di supporto sociale è facile immaginare come ne risulti un caso potenzialmente esplosivo, riscontrabile nel profilo esistenziale di numerose famiglie immigrate¹³. Come è stato rilevato¹⁴, l'effetto benefico sulla salute è esercitato da parte del capitale sociale mediante i *network* che l'individuo è capace di creare, i quali sono a loro volta portatori di norme e sanzioni, e mediante la fiducia. Attraverso questi il capitale sociale può infatti facilitare la riuscita scolastica di una persona, contribuire alla diminuzione del crimine e accorciare il periodo nel quale un individuo disoccupato cerca un lavoro. Insomma, il capitale sociale donerebbe quella serenità che permette ad un'esistenza di svilupparsi il più stabilmente possibile.

¹¹ K. Pickett, R. G. Wilkinson, *La misura dell'anima*, Milano, 2009, p. 84.

¹² *Ivi*, p. 86.

¹³ A. Genova, *op. cit.*, p. 76.

¹⁴ A. Maturò, *Sociologia della malattia*, Milano, 2007, p. 17.

Un' ulteriore determinante di salute individuata è proprio l'*emarginazione sociale*¹⁵. Per emarginazione sociale intendiamo non solo la precarietà materiale della povertà economica relativa, ma anche l'esclusione da molteplici aspetti della vita sociale e di comunità. E' fondamentale dunque mettere in luce la multidimensionalità del concetto poiché i processi di esclusione sono legati alla disoccupazione, al basso reddito, alle condizioni abitative, ai livelli di istruzione, alla salute e anche alla discriminazione. I processi fautori di emarginazione sociale sono ravvisabili sia nella crescita della disoccupazione che nella precarietà occupazionale, sia nell'aumento del numero di persone sole (famiglie monogenitoriali e anziani soli) sia nella segregazione di determinati gruppi sociali. Gli individui più facilmente oggetto di emarginazione risultano essere gli immigrati stranieri, in ragione di precisi regolamenti giuridici che li escludono dalla società civile mediante l'espropriazione di determinati diritti o in ragione di deficit linguistici; i senzatetto, a causa della mancanza di adeguati alloggi; i disabili, in assenza di servizi efficienti a loro dedicati. Per queste categorie di persone la prima conseguenza dell'esclusione da una comunità è la relegazione in contesti spaziali ben delimitati. Si instaurerebbe così un circolo in base al quale tali aree in cui si concentrano gli esclusi divengono a loro volta sempre più deprivate e svantaggiate, rendendo impossibile uno sviluppo di queste in termini di servizi e opportunità di lavoro, formazione e ricreative.

L'esperienza della migrazione e la richiesta di salute

Gli studi in materia hanno evidenziato come nella maggior parte dei casi la persona che decide di partire per un viaggio di emigrazione dal proprio Paese sia all'origine un individuo che gode di un buono stato di salute psicofisica di cui lui stesso ha consapevolezza.

Infatti, nei 2/3 dei casi chi sceglie di emigrare è giovane, appartiene nel proprio paese di origine alle classi sociali meno svantaggiate e possiede un grado di istruzione buono. Tali caratteristiche spingerebbero così il migrante ad auto selezionarsi in vista di un viaggio che già di per sé si profila lungo ed estenuante, su imbarcazioni adatte a trasportare poco meno di un centinaio di persone nelle quali però occorrerà stiparsi in centinaia, senza razioni di cibo e acqua sufficienti e in situazioni igieniche in grado minare l'equilibrio psicofisico di una persona; per non parlare poi dello stress derivante dal dover far fronte a stati d'animo quali la paura, la sfiducia, la preoccupazione o la perdita della speranza¹⁶.

Risulta chiaro quindi che solo un fisico e una mente in forze possono garantire a un potenziale migrante possibilità di successo nel superare gli eventuali effetti del viaggio. E

¹⁵ Aa. Vv., *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, III, Milano, 2004, p. 33.

¹⁶ Per una ricostruzione minuziosa delle aspirazioni, paure e fatiche del viaggio migratorio raccontate in seguito a un'indagine prolungata lungo le rotte dei migranti e mediante testimonianze dirette: S. Liberti, *A Sud di Lampedusa*, Roma, 2011.

tuttavia non solo nell'ambito del viaggio: infatti, chi gode di buone condizioni di salute riuscirà a meglio inserirsi nella comunità di arrivo, nella relativa rete sociale di supporto e di relazione, nell'ambito lavorativo. Specialmente nei primi periodi l'inserimento nel nuovo paese ospite può risultare difficile, incomprensibilmente ostile e macchinoso agli occhi del migrante, il quale sa che il suo più grande capitale da spendere nella nuova comunità è proprio il suo *corpo sano*, appunto, in primis in qualità di *forza-lavoro*. Tale situazione è stata definita in letteratura *effetto migrante sano*.

Oggi la letteratura del settore evidenzia il manifestarsi sempre più frequente delle cosiddette *malattie da disagio* o *malattie da degrado*, sarebbe a dire quelle malattie come tubercolosi, scabbia, pediculosi e infezioni veneree, virali e micotiche, ovvero le malattie della povertà, la cui maggior incidenza si riscontra tra la popolazione nomade e nelle persone senza fissa dimora. I contesti a maggior rischio di insorgenza di queste malattie, infatti, sono proprio quelle stesse condizioni di svantaggio socioeconomico, promiscuità e disagio igienico-abitativo.

Secondo alcuni, dunque, a fronte di un iniziale fase in cui era possibile riscontrare il sopra citato effetto migrante sano ci sarebbe stata una transizione verso il cosiddetto *effetto migrante esausto*, concetto con cui appunto «viene indicato il logoramento accelerato del patrimonio di salute e l'accorciamento dell'intervallo di benessere»¹⁷.

I dati relativi agli infortuni sul lavoro tra gli stranieri, alle interruzioni di gravidanza tra le donne immigrate, la situazione di disagio psichico e la salute dell'infanzia confermano questo mutamento di tendenza e questo *profilo di salute peggiorato*, facendo luce su un più ampio contesto di accentuata fragilità sociale generalizzata¹⁸. Si vuole dunque di seguito esaminare gli ambiti che dimostrano maggior sofferenza sanitaria, imputabili a inefficaci politiche di integrazione e a difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari, i quali sussistono e persistono nonostante l'esistenza di fattori protettivi come la struttura anagrafica della popolazione immigrata e l'autoselezione alla partenza.

Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Tradizionalmente i lavoratori stranieri vengono inseriti nei lavori più instabili da un punto di vista contrattuale e di reddito, meno tutelati sul piano dei diritti e nei quali le misure di sicurezza e prevenzione di infortuni vengono meno rispettate. Tale fenomeno prende il nome di *segmentazione razziale del mercato del lavoro*.

¹⁷ F. Perocco, *op. cit.*, p. 139.

¹⁸ M. Ardigò, S. Geraci, M. Marceca, *Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze* in *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, Pisa, 2006, pp. 302-303.

Le tipiche mansioni svolte sono quelle a bassa qualifica come quelle di operaio generico, bracciante agricolo, manovale edile, collaboratore domestico e la concentrazione più alta avviene nei settori specifici dell'agricoltura stagionale, agro-alimentare, dell'industria metalmeccanica, tessile, edilizia, negli alberghi e nei ristoranti. Inoltre, più della metà di questi lavoratori sono occupati in aziende di piccole dimensioni, le quali presentano condizioni lavorative pesanti, basse garanzie di tutela dei diritti e un'elevata diffusione del lavoro irregolare¹⁹.

In questi segmenti dell'occupazione si registra un tasso infortunistico tra gli immigrati superiore a quello tra gli autoctoni²⁰. I dati mostrano come, con andamento altalenante, la quantità degli *incidenti sul lavoro*, sia mortali che non, sia ad oggi piuttosto elevata. Se rivolgiamo lo sguardo ai dati degli anni più recenti, il 2010 è stato un anno peggiore del precedente in termini di infortuni sul lavoro. Si è passati infatti dai 119.240 infortuni del 2009 ai 120.135 del 2010 (15,5% degli infortuni complessivi). La maggior parte degli incidenti sul lavoro si è concentrata nei settori delle costruzioni, dei trasporti e dei servizi all'impresa. I dati più recenti che possediamo riguardano il 2012. Per quanto riguarda le denunce d'infortunio in occasione di lavoro suddivise in base al Paese di provenienza dell'individuo infortunato, sono stati stimati 567.852 casi tra lavoratori italiani, 27.039 tra lavoratori dell'Unione Europea (Italia esclusa), 73.843 tra lavoratori dal di fuori dell'Unione Europea²¹. I medesimi Rapporti, inoltre, evidenziano la più alta concentrazione di tali incidenti all'interno dei settori dell'agricoltura e nel settore dell'industria, con picchi di accadimenti nelle costruzioni, nei trasporti, nei servizi alle imprese e nella metallurgia.

I dati Inail, tuttavia, comprendono solo i casi formalmente denunciati, è dunque assente la casistica relativa ai lavoratori privi di contratto o privi di documenti. Risulta evidente, perciò, che i dati presentati dalle statistiche possono sviare da una corretta analisi del fenomeno tra gli stranieri e che vanno considerati come una lettura parziale, purtroppo, della realtà, visto l'elevato numero di irregolari impiegati in Italia e impiegati nel lavoro non formalmente dichiarato.

Per quanto riguarda, invece, il quadro delle *malattie professionali*²², i lavoratori immigrati sono particolarmente esposti all'ipoacusia, alle affezioni dei dischi intervertebrali, alle tendiniti e ai dolori addominali in genere; ovvero a tutti quei disturbi tipicamente causati dalle occupazioni nel settore dell'industria, sia essa delle materie plastiche, dei metalli o del legno.

Le assistenti familiari²³ che svolgono lavoro di cura presso anziani o disabili mostrano le patologie tipiche del personale socio assistenziale quali le patologie allergiche e

¹⁹ M. Ferrero, F. Perocco, *Razzismo al lavoro*, Milano, 2011, pp. 66-70.

²⁰ F. Perocco, *op. cit.*, p. 140.

²¹ *Rapporto annuale Inail*, 2013.

²² F. Perocco, *op. cit.*, p. 144.

²³ C. Morini, *La serva serve. Le nuove forzate del lavoro domestico*, Roma, 2001.

irritative, causate dal contatto corporeo con sostanze chimiche; ma anche lombalgie acute e mal di schiena generalizzati, dovuti ai movimenti pesanti e ripetuti che la loro mansione richiede in tutto l'arco della giornata di lavoro. Tra di esse è poi molto diffuso il disturbo di tipo depressivo, causato da una situazione di isolamento sociale e relazionale²⁴.

La salute riproduttiva delle donne immigrate

La maggior parte dei casi di ricovero e ospedalizzazione delle donne immigrate in Italia avviene per patologie della gravidanza, del parto e del puerperio. La loro salute riproduttiva mostra nei dati una situazione peggiore rispetto a quella delle donne italiane²⁵: tra le donne immigrate troviamo infatti un più alto tasso di mortalità neonatale precoce, un più alto tasso di mortalità post-neonatale, un più alto tasso di nati con basso peso alla nascita, ritardi vaccinali, scarsa informazione sulle opportunità di assistenza, un alto numero di episiotomie e tagli cesarei, un'assistenza pre-parto ridotta se non del tutto assente (mancata osservazione dei *follow up* o un loro ritardo). Un'indagine dell'Istituto superiore di sanità ha mostrato che nel 1999 il 42,5% delle donne immigrate non si era sottoposta ad un controllo nel primo trimestre di gravidanza, contro il 10,7% delle italiane.

Questa situazione di rischio per la salute della donna e del bambino è da imputare alla mancanza di informazione di queste pazienti, le quali non vengono raggiunte dalle indicazioni circa i percorsi di screening e di aiuto psicosociale offerti alle gestanti dal Servizio Sanitario Nazionale. La barriera culturale - linguistica all'accesso alle visite ginecologiche e alle diagnosi prenatali è un altro fattore che influenza questo stato di cose, insieme, ovviamente, ad una non adeguata alimentazione (sul piano quantitativo e qualitativo), a condizioni abitative insalubri e precarie e alla condizione di segregazione e solitudine cui le donne immigrate sono costrette nel nostro Paese, lontane dal supporto del proprio nucleo familiare e da qualsiasi rete relazionale nel Paese ospite²⁶. La condizione di fragilità sociale in cui versano le donne immigrate è ulteriormente confermata dai dati riguardanti l'*abortività volontaria* tra le donne immigrate, ovvero i dati che registrano la tendenza all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) in questo gruppo di persone.

Tra le donne immigrate, infatti, è stato rilevato un maggior ricorso all' IVG rispetto alle donne autoctone. Il X Rapporto Osservasalute²⁷ ha messo in luce come le donne

²⁴ G. Chiaretti, "Badanti", *mal da lavoro, mal da rapporti sociali, fronteggiamenti in C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro? Medici e sociologi a confronto*, Milano, 2005.

²⁵ F. Perocco, *op. cit.*, p. 148.

²⁶ Aa. Vv., *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, III, Milano, 2004, p. 37.

²⁷ Aa. Vv., *Salute degli immigrati. Decimo Rapporto Osservasalute*, Roma, 2012, pp. 219-225.

italiane dimostrino tassi più bassi rispetto a qualsiasi altro gruppo di cittadinanza; mentre le donne provenienti dai PFPM presentano i tassi più alti di abortività. La conoscenza di tali dati invoca ancora una volta la necessità di avviare pratiche di prevenzione e *counselling* che siano in grado di raggiungere queste donne oltrepassando i deficit linguistici, la disinformazione e il ruolo riproduttivo di genere solitamente attribuito alle donne, cominciando a considerare anche il loro ruolo produttivo e quindi le loro esigenze legate ai ritmi e alle condizioni di lavoro, i quali sottraggono potenzialmente tempo ai *check up* della propria salute e non favoriscono di certo la possibilità di avere un figlio.

Il disagio psichico degli immigrati in Italia

Il disagio psichico rilevabile oggi tra gli stranieri presenti in Italia si configura come effetto diretto del viaggio di migrazione e dello scontro ineluttabile con sistemi di riferimento, simboli e usi differenti da quelli del proprio Paese d'origine, o ancora, delle esperienze di vita negative che queste persone provano una volta arrivate nel Paese ospite.

L'esperienza migratoria oltre a minare il fisico del migrante attraverso il viaggio, destabilizza la persona sul piano psichico trovandosi questa a dover cucire tra loro vissuti diversi e connotarli di senso. Infatti l'arrivo nel nuovo Paese sancisce una cesura nel percorso di vita della persona, cesura che è resa netta e profonda sia dalla ricollocazione spaziale sia dalla solitudine che il più delle volte caratterizza l'esperienza migratoria. Tale strappo causa disorientamento e senso di debolezza in grado di sconvolgere l'equilibrio psichico del nuovo arrivato.

L'impatto sul benessere psichico può rivelarsi ancora più distruttivo qualora il viaggio migratorio si risolva in un fallimento: sia che si tratti del rifiuto da parte della comunità che avrebbe invece dovuto accogliere l'immigrato, sia che si tratti dell'incapacità dell'immigrato stesso di aderire a uno stile di vita troppo distante da quello nativo. In ogni caso l'immigrato tenderà a sviluppare tutta una serie di sentimenti negativi quali senso di inadeguatezza, impotenza, auto colpevolizzazione, vergogna e disagio al solo pensiero di tornare al paese natio senza aver realizzato i propri progetti.

La persona immigrata si trova quindi in una condizione di grande vulnerabilità psicologica e sociale alla quale tenta di far fronte opponendovi il delirio quale meccanismo di difesa estremo. Tale effetto è ancora più evidente nei casi di persone che hanno subito torture nel Paese d'origine o tra i rifugiati politici, nei quali compaiono sintomi dissociativi o persecutori.

Nel Paese ospite inoltre gli amici italiani, segno di radicamento, sono un'eventualità rara e parlare del proprio Paese desta sconforto e dolore. Così vengono meno sistemi di

riferimento culturale che orientano solitamente azioni e comportamenti, e la nostalgia per il ritorno al paese natale diviene un'ossessione che accompagnerà il migrante lungo tutto il suo percorso di vita.

Ed è provato che in ogni esperienza di disturbo mentale legato all'immigrazione le lacerazioni interiori provate a causa di simili conflitti e la sofferenza derivata dall'impossibilità di confermare la propria identità culturale non si esprimono esplicitamente ma si cristallizzano sotto forma di sintomi²⁸. I più frequenti sono sicuramente le cosiddette *somatizzazioni* (asma, gastrite, emicranie, ecc.). Tuttavia bisogna considerare l'alto numero di variabili che incidono sul disagio mentale del migrante e la valenza soggettiva che queste assumono di caso in caso: è necessario perciò che gli operatori socio-sanitari riconoscano i percorsi di ciascun immigrato e gli elementi che li caratterizzano come *non sovrapponibili né generalizzabili*, allo scopo di arrivare più prudentemente e più efficacemente al cuore del problema.

I tre fattori potenziali cause di disturbi psichici possono essere sintetizzati in: *fattori precedenti l'emigrazione, stress da transculturazione e emarginazione sociale*²⁹.

Per quanto riguarda i metodi di approccio terapeutico, è stato notato come i trattamenti farmacologici nei pazienti immigrati con esperienze di esilio o tortura siano privi di efficacia: l'unico approccio che alla lunga e con fatica può produrre qualche miglioramento è quello psicoterapeutico.

La salute infantile

I dati delle ricerche del settore³⁰ riportano come nel corso dell'ultimo decennio vi sia stato un enorme incremento nel nostro Paese di minori soggiornanti, infatti, esclusi gli irregolari, nel 2000 i bambini censiti erano 280.000, mentre nel 2009 la stima si è alzata a 932.675. A queste cifre andrebbero appunto aggiunti gli irregolari, ovvero i figli di genitori senza documenti, i Rom non residenti, i minori vittime di tratta allo scopo di immissione nella prostituzione e nella microcriminalità, i bambini profughi e i minori non accompagnati.

Inoltre, solo nel corso dello scorso anno (2012) hanno fatto ingresso in Italia più di 20.000 minori stranieri³¹. Tale aumento rapidissimo di presenze ha trovato le politiche del nostro Paese impreparate a gestire i problemi socio-sanitari specifici di questi bambini e ha generato una situazione di estrema emergenza sanitaria. Ad oggi infatti, i minori immigrati in Italia possono sì usufruire del codice STP, ovvero di straniero temporaneamente presente, per beneficiare di prestazioni inerenti la tutela dell'infanzia,

²⁸ Aa. Vv., *La salute straniera. Epidemiologia culture diritti*, Napoli, 1994, p. 102.

²⁹ R. Colasanti, S. Geraci, F. Pittau, *Immigrati e salute*, Roma, 1991, p. 54.

³⁰ F. Cataldo, S. Geraci, M. R. Sisto, *Bambini immigrati: tutela legale e politiche socio-sanitarie in Medico e bambino*, V, 2011.

³¹ *Minori Stranieri. Accoglienza temporanea in Italia 2013*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

le vaccinazioni e gli interventi di profilassi internazionale e antinfettiva senza apportare alcun onere finanziario qualora il paziente non possedesse le risorse economiche, ma non possono essere iscritti presso il servizio di pediatria di base, ovvero il Pediatra di famiglia.

Tale stato di cose lede i diritti fondamentali racchiusi nella nostra Costituzione³², escludendo degli essere umani dal diritto alle cure e non badando così a possibili focolai di malattie infettive trasmissibili in termini di tutela della salute pubblica. In particolare si dovrebbe tutelare e curare i bambini immigrati giunti in Italia in tempi recenti, sia regolari che irregolari, provenienti da regioni a maggior rischio sanitario, ovvero quei minori più predisposti a malattie endemiche, infettive e che presentano ritardi vaccinali, per poterli curare al meglio già al primo stadio della loro permanenza in Italia. A questo proposito, la Società Italiana di Pediatria ha evidenziato che i problemi specifici e ricorrenti dei bambini immigrati presenti in Italia sono la malnutrizione, il rischio di malattie infettive contratte durante il viaggio oppure all'arrivo nel Paese di accoglienza, vista la loro condizione vaccinale non ottimale. A questi si aggiungono ovviamente i danni psicologici causati dal distacco dal loro usuale ambiente di vita e dallo stress della migrazione, i quali possono segnare indelebilmente la persona in quanto traumi. Una volta giunti e stabilitisi in Italia, i minori stranieri dimostrano un'alta percentuale di disturbi di salute legati alla c.d. *insicurezza alimentare* e tale problema sta divenendo un vero allarme³³. Per insicurezza alimentare viene intesa l'impossibilità del nucleo familiare di provvedere ad un'adeguata qualità/quantità di generi alimentari che consentano una vita sana e attiva del bambino a causa di difficoltà economiche.

Il diritto alla salute degli stranieri in Italia: un diritto diversificato

La normativa nazionale del nostro Paese inerente alla tutela della salute delle persone immigrate è inserita nel Decreto Legislativo n. 286 del 1998, il *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*. Precisamente, all'interno del suddetto TU di riferimento ritroviamo al Titolo V le *Disposizioni in materia sanitaria, istruzione, alloggio, partecipazione alla vita sociale*, nell'ottica di favorire un approccio multidimensionale alle sfide dell'accoglienza e dell'integrazione.

Come già osservato, la Costituzione italiana prevede all'articolo 32 che il diritto alla salute debba essere considerato nella duplice accezione di diritto fondamentale della persona e di interesse per la collettività. E tuttavia all'interno della nostra normativa inerente al diritto alla salute esistono differenziazioni *strutturali*, le quali identificano

³² Articolo 2 Cost.: *La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.*

³³ C. Leclercq, *Cibo e salute nei bambini immigrati*, 2010, da www.saluteinternazionale.info.

diversi trattamenti sanitari ed erogazioni di prestazioni mediche attribuibili a specifiche categorie differenti di persone, stratificando e gerarchizzando così gli aventi diritto alla salute.

Vi sono infatti diversi gradi di accessibilità al SSN a seconda del gruppo di migranti³⁴. In primis esaminiamo il caso degli stranieri *comunitari* presenti in Italia.

L'assistenza sanitaria dedicata agli stranieri comunitari è regolata dal d. lg. 3 febbraio 2007, n. 30 di recepimento della direttiva comunitaria 38/2004 CE (riguardante il diritto di libera circolazione e di soggiorno dei cittadini UE), dalla nota informativa del Ministero della sanità, 3 agosto 2007 e dalla nota informativa del Ministero della sanità, 19 febbraio 2008.

Per coloro tra questi che soggiornino in Italia per un periodo massimo di tre mesi, essi hanno diritto all'accesso a cure urgenti o indifferibili mediante l'esibizione della tessera europea di assicurazione malattia (la cosiddetta tessera TEAM), la quale viene rilasciata dallo Stato di provenienza. Mentre, per i soggiornanti per un periodo superiore ai tre mesi, vige l'obbligo di richiedere l'iscrizione anagrafica al Comune di domicilio, la quale permetterà l'accesso all'assistenza sanitaria a condizioni paritetiche ai cittadini italiani, sempre che disponga di risorse economiche sufficienti al suo sostentamento e di un'assicurazione sanitaria privata.

Osservando questa complessa casistica risulta chiaro dunque che il cittadino comunitario presente in Italia potrà accedere alle prestazioni sanitarie mediante tre modalità differenti: il possesso dell'iscrizione obbligatoria al SSN, il possesso di un'assicurazione privata o di altro titolo idoneo e quindi dei requisiti per l'iscrizione anagrafica, oppure tramite procedure speciali per i non iscrivibili né all'anagrafe né al SSN.

Una menzione a parte richiedono le cittadine comunitarie vittime di tratta che sono comprese in programmi di assistenza e integrazione sociale, le quali possono iscriversi al SSN per un periodo pari alla durata del programma a cui sono iscritte.

L'assistenza sanitaria dedicata agli stranieri extracomunitari regolarmente presenti in Italia è regolata dall'articolo 34 e dall'articolo 35, 1° e 2° comma del d. lg. n. 286/1998, dall'articolo 42 del d.p.r. n. 394/1999 e dalla circolare ministeriale n. 5/2000.

Questi sono suddivisi in: stranieri obbligatoriamente iscritti al SSN, stranieri con iscrizione volontaria al SSN o ad altra assicurazione privata, stranieri non iscrivibili al SSN e stranieri che si avvalgono dell'assistenza sanitaria in base a trattati o accordi di reciprocità.

L'assistenza sanitaria preposta invece per gli stranieri extracomunitari irregolari che si trovano sul suolo della Repubblica è regolata dall'articolo 35 TU, dall'articolo 43 del regolamento di attuazione d.p.r. n. 394/1999 e dalla circolare ministeriale n. 5/2000.

³⁴ P. Morozzo della Rocca, *Immigrazione e cittadinanza. Profili normativi e orientamenti giurisprudenziali*, Torino, 2008, p. 426.

Le tipologie di cura a cui questi soggetti hanno diritto sono le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, e quelle continuative per malattia e infortunio³⁵. Al comma 3° dell'articolo 35 TU vengono elencate alcune tipologie di cure essenziali per le quali è prevista una tutela particolare, ovvero: la tutela sociale della gravidanza e della maternità, aborto incluso, a parità di trattamento con le cittadine italiane; la tutela della salute del minore; le vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive; e gli interventi a favore dei pazienti tossicodipendenti.

Le normative regionali: la non uniformità operativa a livello nazionale

Affinché il diritto alla salute degli immigrati non resti meramente sulla carta ma venga applicato al bisogno della quotidianità, è necessario guardare alle Regioni italiane, a come fanno propria la normativa nazionale, con quali metodi e con quali tempistiche, per capire se esistano e quali siano le eventuali difformità e disuguaglianze relative all'accesso al mondo sanitario³⁶.

E' infatti la Regione l'ente preposto alla *programmazione delle politiche*, sanitarie e non, al quale spetta la traduzione degli input della normativa nazionale in *politiche locali*.

I dati di cui attualmente disponiamo, relativi alla situazione di applicazione della normativa nazionale alla normativa regionale, provengono dalla ricerca dell' *Osservatorio sulle politiche locali per l'assistenza sanitaria agli stranieri*³⁷, afferente all'area sanitaria della Caritas di Roma, il quale si occupa da vent'anni dello studio comparativo dell'avanzamento di tali politiche sanitarie nelle varie regioni italiane, proprio allo scopo di disporre di una visione d'insieme e quindi di una valutazione del funzionamento di queste politiche locali.

Riguardo ai servizi attivati su spinta della normativa nazionale, è risultato che in 14 Regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna) è stata prevista l'attivazione di ambulatori di medicina generale presso i servizi territoriali che propongono un accesso facilitato senza prenotazione e che forniscono assistenza gratuita agli stranieri. La Provincia autonoma di Trento, la Regione Toscana e la Regione Umbria, hanno previsto un accordo direttamente con i medici di medicina generale, in modo che essi erogino assistenza sanitaria di base agli stranieri STP rivolgendosi poi al Servizio sanitario regionale per la rendicontazione. Mentre in Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna sono stati messi in funzione

³⁵ Art. 35, 3° co. TU.

³⁶ S. Geraci, B. Martinelli, *Politiche locali per il diritto alla salute degli immigrati*, Roma, 2002.

³⁷ S. Geraci, B. Martinelli, *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Roma, 2010.

degli ambulatori di volontariato in convenzione con le Aziende sanitarie del Sistema sanitario regionale, ovvero degli ambulatori che erogano assistenza medica di base gratuita gestiti da associazioni convenzionate con la struttura pubblica sulla base delle definizioni dei tempi e delle modalità di erogazione del servizio di cura. In 5 Regioni risultano poi essere attivi ambulatori dedicati agli STP presso le Aziende Ospedaliere (Provincia autonoma di Bolzano, Veneto, Liguria, Lazio, Abruzzo).

Ancora, in Lombardia, Puglia e Liguria sono presenti ambulatori di volontariato non convenzionati con il SSR, ovvero ambulatori gestiti autonomamente da associazioni no-profit. Infine, la sola Basilicata prevede l'accesso all'assistenza sanitaria dedicata agli STP unicamente attraverso il Pronto Soccorso. A proposito poi di una delle aree sanitarie di maggiore interesse ed urgenza legate alle migrazioni, ovvero l'assistenza pediatrica ai piccoli STP, essa risulta dalla medesima ricerca *molto carente*. Infatti solamente 4 regioni hanno individuato le modalità di accesso all'assistenza pediatrica: Friuli Venezia Giulia, Provincia autonoma di Trento, Toscana e Umbria hanno previsto l'accesso alle cure pediatriche tramite l'iscrizione mediante codice STP anche per i piccoli pazienti. Nessuna regione, invece, prevede l'iscrizione dei bambini figli di immigrati clandestini al SSN.

Le norme di legge che non trovano applicazione nelle politiche sanitarie: l'accesso e la fruibilità dei servizi socio-assistenziali

Per quanto riguarda una prima tipologia di barriera all'accesso per gli utenti immigrati, ovvero la *barriera giuridico – legale*, dobbiamo guardare alle conseguenze che ha avuto il cosiddetto *Pacchetto sicurezza* emanato attraverso la legge 94/2009 sia relativamente al clima che esso ha instaurato tra gli immigrati, sia in relazione alle proposte che vi erano contenute.

La legge 94/2009 ha introdotto all'articolo 1 comma 16 il reato di ingresso e soggiorno irregolare, ovvero il *reato di clandestinità*. Tale legge, sebbene sia stata osteggiata efficacemente nella sua proposta di obbligo di segnalazione delle persone irregolari, ha comunque creato un *diffuso senso di timore*, incertezza e sfiducia che rischia di ridurre notevolmente il libero e spontaneo accesso ai servizi da parte delle persone immigrate, accompagnate dal timore di essere perseguiti o espulsi. Questo clima, è sostenuto da un'inadeguata informazione sui servizi, da pregiudizi del personale medico-sanitario oppure dalla sfiducia dell'utente nei confronti dei servizi, è l'*effetto peggiorativo* che tale legge ha avuto sui migranti e sul loro stato di salute.

Un secondo ostacolo evidente all'accesso alla salute da parte dei migranti è rappresentato dalle *barriere economiche*. Infatti, il semplice fatto di non essere informati sulla possibilità di essere esentati dal pagamento del ticket pur avendone magari il diritto comporta una discriminazione nei confronti dell'immigrato e non solo, diffonde anche

l'idea che le cure siano irraggiungibili o meglio inaccessibili per la popolazione immigrata in ragione dei costi relativi che non sono sostenibili.

Un'ulteriore tipologia di barriere sono le *barriere organizzative*. Tra queste rientra sicuramente la mancanza di flessibilità e adattamento delle strutture che erogano i servizi, qualora non riescano ad andare incontro alle esigenze di vita degli utenti, come ad esempio al bisogno di alcune donne che lavorano come collaboratrici domestiche di recarsi in quella data struttura nel loro giorno libero settimanale.

Le difficoltà nella fruibilità dei servizi nascono sicuramente dalle *caratteristiche* tipiche dei *nostri servizi*, ovvero dalla *separazione* e dalla *specializzazione*.

Il fatto di non possedere le risorse adatte ad effettuare una scelta che si riveli efficace a seconda del bisogno di salute personale e la non conoscenza delle modalità e dei tempi di accesso sono già di per sé fonte di disorientamento nell'uso dei servizi in genere; inoltre, l'assenza di coordinamento tra di essi li rende ancora più difficili da comprendere, e questo vale per tutti, italiani e non³⁸.

Conclusioni

Oggi il diritto nella sua accezione più ampia parrebbe farsi garante senza compromessi della tutela della salute in senso universalistico a livello di politiche e legislazioni nazionali, europee e internazionali. Eppure tutte queste norme e questi principi che dimostrano una comune attenzione al diritto alla salute sono in contrasto, come abbiamo potuto osservare in questo lavoro, con le linee di comportamento dello Stato italiano. E ce ne possiamo rendere conto sia se guardiamo alle disuguaglianze tra immigrati e autoctoni, sia se consideriamo l'incapacità dello Stato di associare alle politiche di controllo delle frontiere delle politiche sociali di inclusione, tradendo così di fatto il principio di salute inteso come fatto totale riguardante l'individuo. Perciò, guardando all'integrazione e alla coesione sociale, si rende necessaria e urgente una revisione delle politiche migratorie italiane. Deve essere rivisto l'impianto normativo stigmatizzante e razzista che fa della persona migrante un individuo perseguibile in ragione del suo status soggettivo di irregolare e lo rende portatore di diritti parziali rispetto al cittadino italiano.

Oggi la condizione di straniero regolare o irregolare è determinante nel decidere di quali cure messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale può beneficiare l'individuo e crea così una vera *stratificazione di diritti* in base alla condizione giuridico-amministrativa della persona.

³⁸ D. Frigessi, *Percorsi, modelli e attese di salute* in *La salute straniera. Epidemiologia, culture, diritti*, Napoli, 1994, p. 79.

Ci chiediamo quindi se è ammissibile che tale stratificazione esista oggi nel diritto alla salute, uno dei diritti fondamentali della persona umana sancito da molte fonti giuridiche come inviolabile e indiscutibile data la forte analogia con il diritto alla vita.

Se già quindi si notano dei punti di debolezza in alcuni punti della legislazione stessa in materia di diritto alla salute, nonostante la *ratio* generale vada nella direzione dell'universalità delle cure e la nostra legislazione si ponga come innovativa e garantista, è cruciale che le politiche, sul piano operativo, sappiano colmare eventuali lacune evidenziate nelle norme proponendo la parità nell'accesso alle cure e la loro fruibilità; la diffusione della prevenzione, specialmente nei settori materno-infantile e del lavoro; e una relazione terapeutica efficace, quindi preparata alla mediazione e allo scambio interculturale, che sappia recuperare capacità di ascolto e sensibilità, doti delle quali la nostra medicina ormai ipertecnologica e iperspecialistica è oggi carente.

Andando poi più a monte per gettare uno sguardo ancora più ampio sulla problematica dei diritti umani e tra questi del diritto alla salute, è doveroso riflettere sull'impatto del *pensiero razzista*³⁹ in Italia, cui abbiamo accennato in questo lavoro, e sul concetto di *Altro*⁴⁰, perché solo acquisendo consapevolezza dei meccanismi talvolta inferiorizzanti e stigmatizzanti che hanno l'effetto di *separare e differenziare* si andrà nella direzione di un *riconoscimento intersoggettivo*⁴¹, che rafforzerebbe la fiducia in se stessi e nel contesto di vita (quindi l'autorealizzazione individuale di una persona) e aumenterebbe la predisposizione all'investimento emotivo nella socializzazione, la quale si tradurrebbe nell'inclusione dell'altro e in un arricchimento reciproco, nonché nella presa di coscienza che i diritti umani appartengono a tutti non solo sulla carta ma anche nella quotidianità.

³⁹ P. Basso (a cura di), *Razzismo di Stato. Stati Uniti, Europa, Italia*, Milano, 2010.

⁴⁰ R. Kapuscinski, *L'altro*, Milano, 2009.

⁴¹ A. Honneth, *Riconoscimento e disprezzo*, Catanzaro, 1993.

Bibliografia

- Aa. Vv.**, *Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia*, Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche, 2007
- Aa. Vv.**, *Salute degli immigrati. Decimo Rapporto Osservasalute*, Roma, 2012
- Aa. Vv.**, *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, III, Milano, 2004
- Aa. Vv.**, *La salute straniera. Epidemiologia culture diritti*, Napoli, 1994
- S. Andreozzi, S. Geraci, A. Morrone, A. Spinelli, L. Toma (a cura di)**, *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*, Roma, 2003. Rapporti ISTISAN 03/4
- M. Ardigò, S. Geraci, M. Marceca**, *Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze in A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, Pisa, 2006
- C. Baraldi, V. Barbieri, G. Giarelli (a cura di)**, *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Milano, 2008
- P. Basso, F. Perocco (a cura di)**, *Gli immigrati in Europa. Diseguaglianze, razzismo, lotte*, Milano, 2011
- P. Basso (a cura di)**, *Razzismo di Stato. Stati Uniti, Europa, Italia*, Milano, 2010
- U. Beck**, *Costruire la propria vita*, Bologna, 2008
- M. Bonati, F. Severino**, *Migranti e salute: tra diritto (alle cure) e reato (di clandestinità) in Italian Journal of Public Health*, vol. 8, n. 3, suppl. 3, 2011
- P. Bonetti, A. Dragone, L. Gili**, *Assistenza sanitaria per gli stranieri non comunitari in Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione*, 2013
- U. Breccia, D. Busnelli**, *Il diritto alla salute*, Bologna, 1979
- M. Bucchi, F. Neresini**, *Sociologia della salute*, Roma, 2001

- F. Cammeo**, *Diritto amministrativo italiano*, Milano, 1905
- L. Cappellari, P. Naticchioni, S. Staffolani**, *L'Italia delle disuguaglianze*, Roma, 2009
- R. Colasanti, S. Geraci, F. Pittau (a cura di)**, *Immigrati e salute. Paure, miti e verità*, Roma, 1991
- F. Cataldo, S. Geraci, M. R. Sisto**, *Bambini immigrati: tutela legale e politiche socio-sanitarie in Medico e bambino*, V, 2011
Minori Stranieri. Accoglienza temporanea in Italia 2013, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
- G. Chiaretti**, "Badanti", *mal da lavoro, mal da rapporti sociali, fronteggiamenti in C'è posto per la salute nel nuovo mercato del lavoro? Medici e sociologi a confronto*, Milano, 2005
- E. Durkheim**, *Il suicidio*, Milano, 1987
- M. Davis**, *Il pianeta degli slum*, Milano, 2006
- B. Ehrenreich e A. Russell Hochschild (a cura di)**, *Donne globali. Tate, colf, badanti*, Milano, 2002
- I. El Hamad, S. Geraci**, *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre.*, in *Italian Journal of Public Health*, III, 2011
- L. Ferrajoli**, *Politiche contro gli immigrati e razzismo istituzionale in Italia*, in *Razzismo di Stato. Stati Uniti, Europa, Italia*, P. Basso (a cura di), Milano, 2010
- M. Ferrero, F. Perocco (a cura di)**, *Razzismo al lavoro. Il sistema della discriminazione sul lavoro, la cornice giuridica e gli strumenti di tutela*, Milano, 2011
- M. Foucault**, *Sorvegliare e punire*, Torino, 1976
- D. Frigessi (a cura di)**, *Percorsi, modelli e attese di salute in La salute straniera. Epidemiologia, culture, diritti*, Napoli, 1994
- C. E. Gallo, B. Pezzini**, *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998
- A. Genova**, *Le disuguaglianze nella salute*, Roma, 2008

- S. Geraci, B. Martinelli**, *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*, Roma, 2002
- S. Geraci, B. Martinelli**, *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Roma, 2010
- A. Honneth**, *Riconoscimento e disprezzo*, Catanzaro, 1993
- A. Iossa Fasano, R. Rizzi (a cura di)**, *Ospitare e curare*, Milano, 2002
- R. Kapuscinski**, *L'altro*, Milano, 2009
- S. Liberti**, *A Sud di Lampedusa*, Roma, 2011
- G. Maciocco**, *Politica, salute e sistemi sanitari*, Roma, 2008
- A. Maturo**, *Sociologia della malattia*, Milano, 2007
- M. Mazzali, A. Morrone**, *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie*, Milano, 2000
- A. Memmi**, *Il Razzismo. Paura dell'altro e diritti della differenza*, Milano, 1996
- D. Morana**, *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, 2002
- C. Morini**, *La serva serve. Le nuove forzate del lavoro domestico*, Roma, 2001
- P. Morozzo della Rocca (a cura di)**, *Immigrazione e cittadinanza. Profili normativi e orientamenti giurisprudenziali*, Torino, 2008
- C. Mortati**, *Istituzioni di diritto pubblico*, Padova, 1952
- B. Nascimbene (a cura di)**, *Diritto degli stranieri*, Padova, 2004
- F. Perocco (a cura di)**, *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso italiano*, Milano, 2012

F. Perocco, *Immigrati e disuguaglianza lavorativa nel sistema delle disuguaglianze italiane* in *Immigrati: una risorsa in tempo di crisi, Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione*, Fondazione Leone Moressa, Bologna, 2012

K. Pickett, R. G. Wilkinson, *La misura dell'anima*, Milano, 2009

G. Priulla, *C'è differenza. Identità di genere e linguaggi: storie, corpi, immagini e parole*, Milano, 2013

A. Spinelli et al., *L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia*, Roma, 2006

M. Tognetti Bordogna (a cura di), *Disuguaglianze di salute e immigrazione*, Milano, 2008

F. Turollo, *Bioetica e reciprocità*, Roma, 2011

L. Zagato (a cura di), *Introduzione ai diritti di cittadinanza*, Venezia, 2011

Sitografia

www.istat.it

www.inail.it

www.saluteinternazionale.info

www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti

www.interno.gov.it/mininterno

www.salute.gov.it/portale/salute

F. Capacci, C. Sgarrella, *Migrazioni, salute e sicurezza sul lavoro*, da www.saluteinternazionale.info

C. Leclercq, *Cibo e salute nei bambini immigrati*, 2010, da www.saluteinternazionale.info

www.simmweb.it

www.asgi.it

Scheda informativa

Il testo presentato è tratto dal più ampio lavoro di tesi magistrale dal titolo “Il diritto alla salute degli immigrati in Italia, tra legislazione statale, autonomie locali e prassi applicative” supervisionata dal relatore professore Marco Ferrero presso l’Università Ca’ Foscari di Venezia e discussa il 27 febbraio 2014 presso la stessa sede.

Questo studio approfondisce la tematica della salute migrante nel nostro Paese, all’interno del quadro generale del diritto dell’immigrazione e si pone tre obiettivi:

- Indagare le *fonti giuridiche* a tutela del diritto alla salute dello straniero nel diritto internazionale, comunitario e nazionale
- Esaminare l’attuale situazione sanitaria degli immigrati in Italia prestando una maggior attenzione a 4 aree di particolare *sofferenza sanitaria*: gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali; la salute riproduttiva femminile; il disagio psichico e la salute infantile.
- Analizzare quali siano gli *ostacoli* che non permettono una corretta e/o piena applicazione dei dettami giuridici del diritto alla salute degli immigrati: un *diritto diversificato* in base allo status giuridico-amministrativo dell’individuo; una forte *difficoltà di applicazione* della normativa nazionale a livello regionale; le difficoltà nell’*accesso* ai servizi socio-sanitari; gli ostacoli alla *fruibilità* dei servizi socio-sanitari.

L’obiettivo generale di questo lavoro è comprendere se il diritto trovi *effettiva applicazione* nella realtà quotidiana dei servizi socio-sanitari e attraverso quali modalità, quali strumenti e con quali difficoltà.

ANNALISA ZANIN – 31/07/1989, Feltre (Belluno)

Laurea in Lingue e Culture Moderne e Contemporanee all'Università Ca' Foscari, Venezia – Laurea magistrale in Lavoro, cittadinanza sociale e interculturalità e Master in Mediazione Intermediterranea presso l'Università Autònoma di Barcelona, l'Università Ca' Foscari e la Paul Valéry III di Montpellier.