

## Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze?

Manila Bonciani, Salvatore Geraci, Barbara Martinelli

Area Sanitaria Caritas di Roma; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM

### **Competenze Stato o Regioni: un "pendolo" di possibile ambiguità**

Nonostante sia la stessa Costituzione italiana a sancire il diritto alla salute per tutti (art. 32), fino a quando non sono state prodotte norme specifiche sull'assistenza sanitaria agli immigrati tale diritto è rimasto loro nascosto (per gran parte di coloro presenti regolarmente) o negato (per quelli presenti irregolarmente): questa fase di esclusione si è conclusa definitivamente con l'emanazione del D. lgs. n. 286/1998, denominato Testo unico sull'immigrazione, che in ambito sanitario ha cercato di superare un'ottica di emergenzialità, garantendo la certezza del diritto e di inclusione ordinaria nel sistema di tutela sanitaria per gli immigrati. Con il Testo unico sull'immigrazione, che, insieme al relativo Regolamento d'attuazione (D.P.R. n. 394/1999) e alla circolare ministeriale emanata l'anno successivo (Circ. n. 5 del 24 marzo 2000), rimangono ancora il punto di riferimento dell'assistenza sanitaria agli immigrati, si è aperta una fase di garanzia dell'accesso ai servizi per la popolazione immigrata, in cui sono stati avviati dei percorsi di recepimento ed attuazione normativi a livello locale, con l'approvazione di 9 leggi regionali sull'immigrazione negli anni successivi, di cui 6 solo nell'ultimo quinquennio, e sono state soprattutto le politiche sanitarie emanate a livello nazionale e locale a caratterizzare il reale gradiente di fruizione dei servizi da parte degli immigrati.

L'ambito delle politiche per la salute dei migranti rimane, tuttavia, pervaso da un'ambiguità di fondo che scaturisce dal fatto di trovarsi sospeso tra ciò che viene sancito dalla politica sull'immigrazione e l'asilo, che costituisce materia di legislazione esclusiva da parte dello Stato, e quello che invece viene definito nelle politiche sull'assistenza sanitaria, che ormai, con il processo di decentramento, rappresenta materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni. Emblematici dell'ambiguità che si viene a creare tra politiche sull'immigrazione e politiche sanitarie e tra competenza statale e regionale sono l'introduzione del reato di ingresso e soggiorno irregolare attraverso l'approvazione della legge n. 94/2009, cioè del cosiddetto Pacchetto sicurezza, ed i ricorsi presentati dal Governo, tra il 2009 ed il 2010, sulla legittimità costituzionale delle leggi regionali sull'immigrazione della Toscana, della Puglia e della Campania.

Rispetto alla prima questione, il tentativo di abrogare il divieto di segnalazione degli immigrati irregolari che ricorrono ai servizi sanitari (D. lgs. n. 286/1998, art. 35, comma 5) nella fase di discussione del Pacchetto sicurezza ha rappresentato una grave forma di ingerenza sul settore sanitario, dettata prevalentemente da motivazioni ideologiche che avrebbero rischiato di minacciare seriamente il diritto alla salute degli immigrati. Nonostante il testo normativo approvato non contenga più riferimenti a tale divieto di segnalazione, che rimane pertanto

in vigore, l'introduzione del reato di ingresso e soggiorno irregolare perseguibile d'ufficio ha posto in una situazione di difficoltà operativa, nonché etica e deontologica, gli operatori sanitari (medici, infermieri, amministrativi...), poiché sarebbero tenuti, in qualità di pubblici ufficiali o di incaricati di pubblico servizio, alla denuncia dello straniero della cui condizione di irregolarità vengano a conoscenza nell'esercizio della propria funzione, contraddicendo però quanto previsto dal Testo unico sull'immigrazione per ciò che concerne l'assistenza agli immigrati irregolari. Due norme contrastanti, quella del divieto di segnalazione e dell'obbligo di denuncia, che hanno creato confusione, ambiguità e discrezionalità. Sono state le Regioni, che in parte avevano anche preso posizione contro la proposta di abrogazione del divieto di segnalazione, a fornire in maniera tempestiva chiarimenti sull'attualità di tale divieto. Successivamente anche lo stesso Ministero dell'Interno ha emanato una circolare (n. 12 del 27 novembre 2009) ricordando che la legge

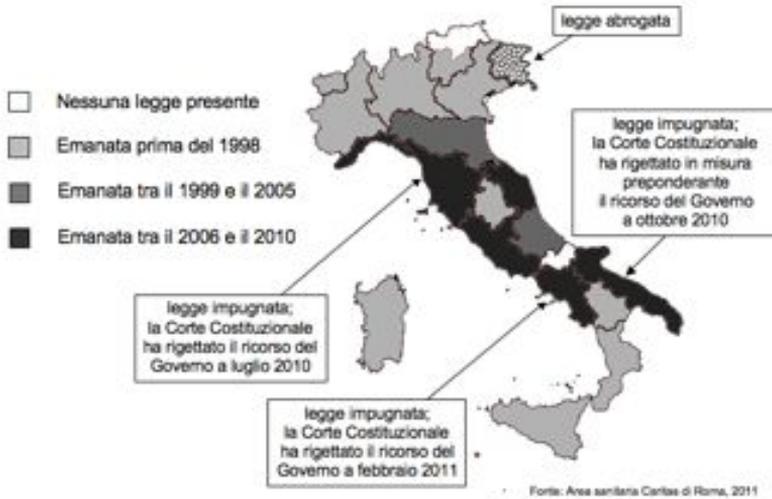
sulla Sicurezza pubblica non ha abrogato l'art. 35 e di conseguenza continua a trovare applicazione per i medici e per il personale che opera presso le strutture sanitarie il divieto di segnalare alle autorità lo straniero irregolare che richiede le prestazioni sanitarie, salvo il caso in cui il personale stesso sia tenuto all'obbligo del referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Per quanto riguarda i ricorsi per presunta illegittimità costituzionale delle leggi sull'immigrazione della Toscana, della Puglia e della Campania, le disposizioni regionali sono state impugnate da parte del Governo perché ritenute eccedere dalle competenze delle Regioni, dal momento che la previsione da parte di tali atti locali di forme di tutela estesa del diritto alla salute anche per gli immigrati irregolari è stata considerata incidere sulla disciplina dell'ingresso e del soggiorno degli immigrati, ricompresa nelle materie riservate alla competenza esclusiva dello Stato. La Corte Costituzionale ha rigettato, però, in tutti e tre i casi il ricorso (solo in parte per

### Interventi locali (circolari/comunicazioni/note) sul pacchetto sicurezza (L. 94/2009)



Fonte: Area sanitaria Caritas di Roma, 2011

## Leggi locali sull'immigrazione



la legge regionale della Puglia, ma non in relazione agli aspetti sulla salute – sentenze n. 269 del 2010, n. 299 del 2010 e n. 61 del 2011), ribadendo per quel che riguarda l’assistenza sanitaria degli immigrati quanto già affermato precedentemente, e cioè l’esistenza del “nucleo irriducibile” del diritto alla salute destinato anche agli stranieri privi di regolare permesso di soggiorno, “protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (sentenza n. 252 del 2001), in continuità con la linea già espressa dalla Corte, secondo la quale “lo straniero è [...] titolare di tutti i diritti fondamentali che la Costituzione riconosce spettanti alla persona” (sentenza n. 148 del 2008).

Le varie sentenze della Corte Costituzionale che si sono pronunciate in senso inclusivo per la tutela della salute degli immigrati sembrano andare progressivamente a definire una vera e propria cittadinanza materiale per i non-cittadini dimoranti sul territorio nazionale italiano, secondo

un’accezione ampia di cittadinanza che si concretizza nell’esercizio dei diritti fondamentali, tra cui quello alla salute è uno dei prioritari, ritenuti un bene imprescindibile di tutti gli individui presenti nel territorio italiano, al di là della natura giuridica che viene loro riconosciuta dal diritto positivo vigente.

#### Accesso, lettura del bisogno e fruibilità: una sintesi necessaria

Per una piena cittadinanza non basta, tuttavia, focalizzarsi solo sugli aspetti legati all’accesso ai servizi sanitari, che pongono l’attenzione sull’incontro tra la domanda e l’offerta di assistenza. Pur costituendo l’accesso ai servizi un passaggio chiave per il godimento del diritto alla salute, infatti, questo di fatto non è sufficiente perché tale diritto sia pienamente garantito agli immigrati. Altri due momenti centrali da tenere in considerazione sono, da una parte, il riconoscimento del bisogno di salute,

prima ancora che si trasformi in domanda di assistenza e, dall'altra, l'effettiva fruibilità dei servizi stessi, che si concretizza quando l'offerta sanitaria riesce a rispondere in maniera adeguata al bisogno di salute espresso dagli immigrati. Per comprendere quindi quanto una politica sanitaria risulta avanzata nel garantire il diritto alla salute degli stranieri, i tre momenti dell'accesso ai servizi, della lettura del bisogno di salute e della fruibilità devono essere analizzati.

Nel 2010 si è concluso un Progetto dal titolo "Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitarie verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni", finanziato e promosso dal Ministero della Salute con responsabilità scientifica e di coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità, in cui abbiamo analizzato le politiche locali sull'assistenza sanitaria agli immigrati. Nell'analisi dell'accessibilità, tenendo conto come le norme nazionali siano comunque inclusive, ci siamo soffermati a ciò che viene previsto a livello locale per tutelare l'assistenza a due gruppi in condizione di fragilità, per i quali proprio l'accessibilità ai servizi sanitari diventa un ambito particolarmente critico: gli *immigrati irregolari* e i *comunitari sprovvisti di copertura sanitaria*. Per i primi il Testo unico sancisce il diritto alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio, nonché l'accesso ai programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva (art. 35), ma con il Regolamento di attuazione viene demandato alle Regioni il compito di stabilire le modalità più opportune di organizzazione dell'offerta sanitaria affinché tale diritto sia garantito. In tutto il territorio italiano viene mediamente assicurata l'assistenza agli immigrati non in regola con le norme

relative al soggiorno in linea con le disposizioni normative nazionali, ma ancora in tre realtà regionali (Basilicata, Calabria, Lombardia) manca una direttiva centrale che uniformi tra le diverse aziende sanitarie l'assistenza per questa utenza e ne garantisca livelli essenziali adeguati, con una particolare criticità per la Lombardia dove per gli immigrati irregolari è previsto solo l'accesso al pronto soccorso. Ci sono tuttavia anche delle situazioni in cui la condizione giuridica dello straniero non incide sulla possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie e dove viene sancito, infatti, che siano gli stessi medici di medicina generale e pediatri di libera scelta a prendersi in carico anche gli immigrati irregolari (Puglia, Umbria, Provincia di Trento; il Molise e il Friuli Venezia Giulia fanno riferimento ai soli pediatri di libera scelta per i minori). Per quanto riguarda, invece, l'assistenza sanitaria ai comunitari sprovvisti di copertura sanitaria, si osserva un discreto livello delle politiche locali nell'impegno a tutelarne il diritto alla salute: infatti solo l'Abruzzo, la Basilicata, la Calabria e la Valle d'Aosta non hanno emesso alcun atto a riguardo ed il Veneto non ha trasmesso le disposizioni ministeriali del 2008, ma solo quelle precedenti, che non prevedono l'erogazione di cure essenziali ed urgenti ai comunitari che non hanno i requisiti per l'iscrizione al sistema sanitario nazionale, né hanno altre forme di assicurazione sanitaria. Ci sono, tuttavia, altre cinque regioni (Campania, Lazio, Marche, Piemonte, Toscana) che hanno dimostrato di avanzare la stessa politica nazionale, con atti che hanno anticipato quanto disposto dal Ministero della Salute oppure che includono anche l'iscrizione volontaria al sistema sanitario regionale come ulteriore opportunità per i comunitari di essere tutelati nell'assistenza sanitaria. La Provincia autonoma di Trento si trova, invece, in una

situazione particolare perché ha emanato un atto più restrittivo delle indicazioni ministeriali del 2008, prevedendo per esempio che le interruzioni volontarie di gravidanza debbano essere pagate dagli utenti non iscritti al servizio sanitario, ma ha recentemente (marzo 2011) sancito anche la possibilità dell'iscrizione volontaria per i cittadini comunitari. Anche per il Friuli Venezia Giulia è necessario operare dei distinguo, perché, nonostante abbia trasmesso le indicazioni ministeriali per tutelare l'assistenza per i comunitari sprovvisti di copertura sanitaria, si trova di fatto a non aver rilasciato quasi per niente i codici ENI (Europeo Non Iscritto), situazione che forse andrà normalizzandosi con l'implementazione del programma informatico specifico per la registrazione di questi codici, come specificato in una nota del dicembre 2010.

Un ulteriore aspetto che caratterizza le politiche sanitarie nell'ottica della tutela dell'accesso ai servizi per gli immigrati è la presenza di atti che forniscono chiarimenti sulla normativa nazionale e locale, con la finalità di uniformare l'applicazione della normativa stessa ed evitare quindi disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Non sembra però che le politiche locali riservino grande attenzione a quest'ambito, poiché sono soltanto cinque regioni (Lazio, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto) che hanno sviluppato delle vere e proprie linee guida contenenti le indicazioni operative per l'assistenza rivolta alla popolazione straniera. Altre realtà locali (Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Provincia autonoma di Bolzano e quella di Trento) hanno emanato atti singoli, in forma di delibere, circolari o note finalizzate a chiarimenti su aspetti specifici della normativa sull'assistenza agli immigrati, non coprendo però in maniera sistematica tutte le diverse tipologie di utenza

(comunitario e non, in regola e non con le norme relativa all'ingresso ed al soggiorno, rifugiato e richiedente asilo).

L'impegno delle politiche sanitarie rivolte agli immigrati non può limitarsi all'accesso ai servizi, come detto, ma dovrebbe partire dall'*analisi del bisogno di salute* espresso, in modo da orientare l'offerta stessa e l'organizzazione dei servizi in maniera appropriata. Questo aspetto sembra essere recepito dalle diverse realtà regionali, di cui ben la metà ha sancito la costituzione di Osservatori dedicati al monitoraggio e valutazione del fenomeno migratorio nei suoi molteplici aspetti e delle sue ricadute in termini di impatto in ambito sanitario. Le leggi regionali sull'immigrazione emanate negli ultimi anni contemplano sempre, infatti, un articolo specifico o comunque richiami alle funzioni dell'osservatorio, sia come istituzione di un ente specifico dedicato agli studi sull'immigrazione, sia come attività da svolgere da parte di altri osservatori esistenti nel territorio anche con compiti di valutazione della programmazione e degli interventi realizzati nell'ambito dell'immigrazione. Rimangono solo pochi contesti locali (Abruzzo, Calabria, Sicilia, Valle d'Aosta e Provincia autonoma di Bolzano) a non aver inserito nei documenti programmatici nessun riferimento alla necessità di analizzare il bisogno di salute degli immigrati, per intercettarlo prima che o anche laddove non si esprima in domanda di assistenza. Il Friuli Venezia Giulia aveva attivato un Osservatorio sull'immigrazione, ma l'abrogazione nel 2008 della legge regionale e del relativo piano sull'immigrazione ha riguardato anche l'interruzione delle attività di questo osservatorio.

È tuttavia la fruibilità dei servizi che dovrebbe costituire la finalità ultima delle politiche sanitarie, perché è attraverso di essa che si concretizza l'assistenza e che viene a completarsi il percorso di tutela del

diritto alla salute. Le politiche riescono, infatti, a garantire agli immigrati la fruizione appropriata di servizi di qualità se risultano in grado di regolamentare, soprattutto all'interno degli atti di programmazione

sanitaria, interventi e prestazioni che intercettano il bisogno di salute e vi rispondono adeguatamente, operando sia sul versante della prevenzione, che su quello della presa in carico.

### Accesso ai servizi: assistenza agli irregolari



### Accesso ai servizi: assistenza ai comunitari



### Accesso ai servizi: linee guida

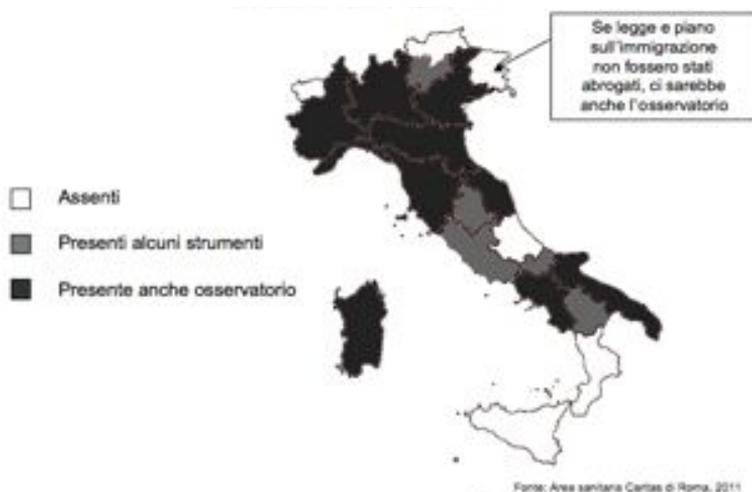


Dal punto di vista della *prevenzione e promozione della salute*, si osserva che le realtà locali hanno prodotto varie indicazioni normative specifiche sul tema, superando una visione meramente di tipo preventivo, magari legata all'attenzione verso le malattie infettive, e favorendo invece interventi di promozione della salute, attraverso interventi di educazione sanitaria, ma anche di rafforzamento delle capacità degli immigrati di avere un controllo sui determinanti di salute. Si dedica particolare rilievo alla salute materno-infantile, rispetto alla quale vengono date indicazioni di intervento soprattutto nei piani sanitari locali, anche se la metà delle realtà locali non presenta nessun focus specifico nei propri atti normativi o si limita a pochi cenni in riferimento su questo tema. Ci sono, però, anche altre realtà locali (Emilia-Romagna, Marche, Puglia, Sardegna, Toscana e Provincia autonoma di Trento) che affrontano in maniera approfondita la questione della salute della donna e dei bambini immigrati attraverso sezioni dedicate all'interno

dei documenti di programmazione sanitaria o progettualità specifiche. Solitamente vengono promossi interventi volti alla tutela della maternità, con l'indicazione di espedienti organizzativi che facilitino l'accesso delle donne straniere al percorso nascita, quali la produzione di materiale multilingue sui temi legati alla gravidanza, al parto ed al puerperio, l'utilizzo di mediatrici culturali che permettano una migliore fruizione delle donne migranti in particolare dei servizi consultoriali e la sensibilizzazione degli operatori sugli aspetti culturali relativi alla nascita ed alla cura dei figli. Le politiche sanitarie riconoscono, inoltre, le problematiche relative alla prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne immigrate come un ulteriore aspetto centrale su cui intervenire.

Dal punto di vista della presa in carico, le dimensioni che rivestono un ruolo prioritario per migliorare la fruibilità dei servizi per gli immigrati riguardano, da un lato, la capacità da parte del personale di accogliere e di entrare in una relazione di

## Analisi del bisogno di salute degli immigrati



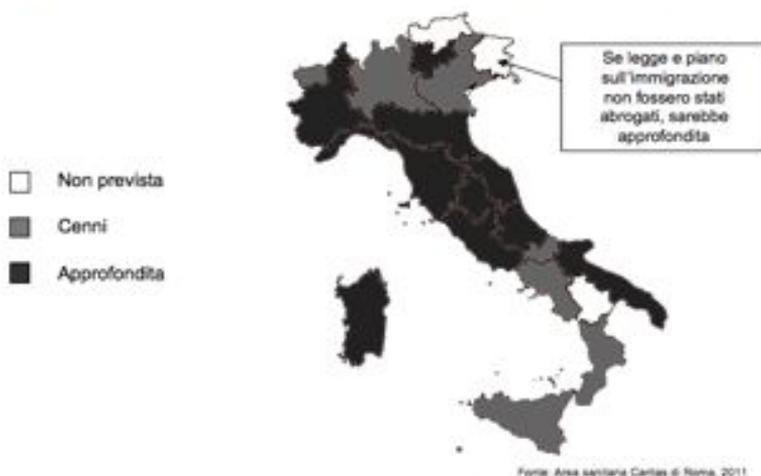
fiducia con l'utenza straniera, e dall'altro la capacità dei servizi di rimodulare l'organizzazione interna in modo da fornire un'assistenza più appropriata ed efficace. Queste due dimensioni possono essere garantite da politiche sanitarie che investono sulla *formazione* del personale e sulla *mediazione di sistema*, che presuppone l'adozione da parte dei servizi di strumenti di mediazione quali materiali informativi multilingue, supporto dei mediatori linguistico-culturali e meccanismi di riorientamento organizzativo e procedurale. La formazione degli operatori è generalmente indicata come asse di intervento delle politiche sanitarie locali, che hanno progressivamente riconosciuto il bisogno di formare il personale sanitario sugli aspetti inerenti la salute degli stranieri, la medicina delle migrazioni e l'approccio transculturale: solo la Calabria, la Campania e la Provincia autonoma di Bolzano non hanno riferimenti in quest'ambito negli atti emessi. Tuttavia, spesso le indicazioni sono di tipo generico rispetto

al bisogno di formare il personale sanitario sui temi della salute degli stranieri, non essendo esplicitati negli atti le modalità con cui tale formazione dovrebbe essere realizzata, né i temi da trattare, né la tipologia degli operatori da coinvolgere, né i metodi didattici da privilegiare per garantire maggiore efficacia alla formazione. Un esempio positivo in direzione contraria è il programma formativo deliberato dalla Regione Lazio per il 2011, al fine di promuovere una diffusa e capillare formazione di base rivolta agli operatori amministrativi, al personale medico, infermieristico ed ostetrico relativamente al tema della salute e dell'assistenza alla popolazione immigrata nei suoi compositi e articolati aspetti, con una analisi sotto il profilo socio-demografico, sanitario, relazionale e normativo-organizzativo, comprendendo anche la problematica delle mutilazioni genitali femminili, ambito specifico da cui proviene la linea di finanziamento del programma formativo stesso. Anche alla mediazione di sistema viene riservato un alto

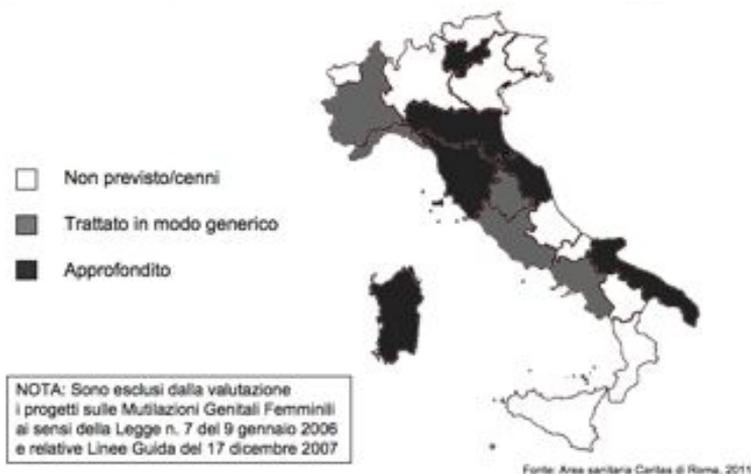
livello di attenzione da parte delle politiche sanitarie: solo la Calabria e la Provincia autonoma di Bolzano, infatti, non hanno inserito alcun riferimento alla mediazione negli atti normativi, mentre oltre la metà

delle regioni italiane presentano richiami più o meno approfonditi su questo aspetto negli atti emanati. Benché il tema sia riconosciuto centrale per la garanzia del diritto alla salute degli immigrati a livello

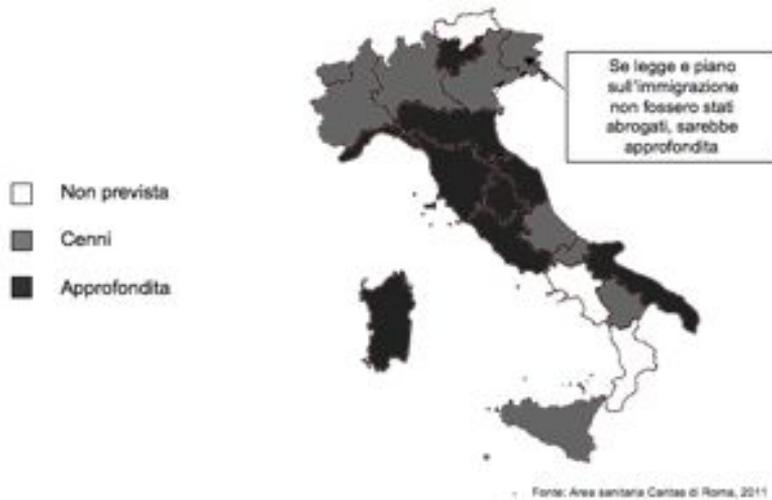
**Fruibilità dei servizi:  
prevenzione e promozione della salute degli immigrati**



**Fruibilità dei servizi:  
focus sulla salute delle donne immigrate**



### Fruibilità dei servizi: formazione

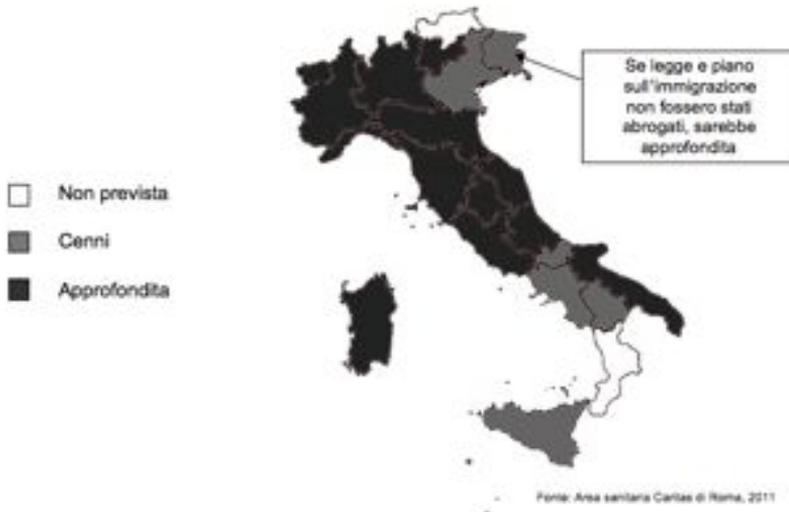


di documentazione normativa e programmatica, tuttavia, non sembra sufficiente per questo aspetto limitarsi alla sola esplicitazione formale negli atti, ma risulta necessario verificare l'effettiva applicazione delle indicazioni fornite per realizzare una vera mediazione di sistema e la loro concreta declinazione nell'offerta dei servizi. Considerando insieme i vari aspetti osservati in relazione all'accesso, alla lettura del bisogno di salute ed alla fruibilità dei servizi, ne deriva una raffigurazione delle politiche sanitarie regionali rivolta agli immigrati molto eterogenea: seppur generalmente diffuso un buon livello di attenzione per la popolazione straniera negli atti normativi e di programmazione sanitaria locali, rimangono molte le differenze territoriali, non riconducibili ad una diversa distribuzione della presenza degli immigrati nelle singole regioni. È quello che emerge dalla composizione di indici sintetici a partire dagli indicatori precedentemente illustrati e che viene raffigurato nelle ultime due mappe.

### Conclusione: valorizzare le differenze, ridurre le disuguaglianze

Ci rendiamo conto che l'operare delle sintesi comporta sempre un rischio di semplificare in maniera eccessiva fenomeni complessi, e questo è ancor più vero trattandosi di politiche articolate, la cui analisi si basa su atti formali e quindi fa riferimento soprattutto alla capacità di formalizzazione della politica locale in atti normativi e programmatici, mentre potrebbe non trovare diretto riscontro a livello applicativo, o al contrario potrebbe esserci una diffusa attenzione al tema sul territorio al di là dagli atti formali stessi. Inoltre la presenza di differenze non necessariamente costituisce un problema, anche perché le politiche sono legate spesso alle specificità dei singoli contesti di cui sono espressione. In alcuni casi, differenze di approccio possono essere strategiche in base alle caratteristiche geografiche, demografiche, sociali ed organizzative di un determinato territorio.

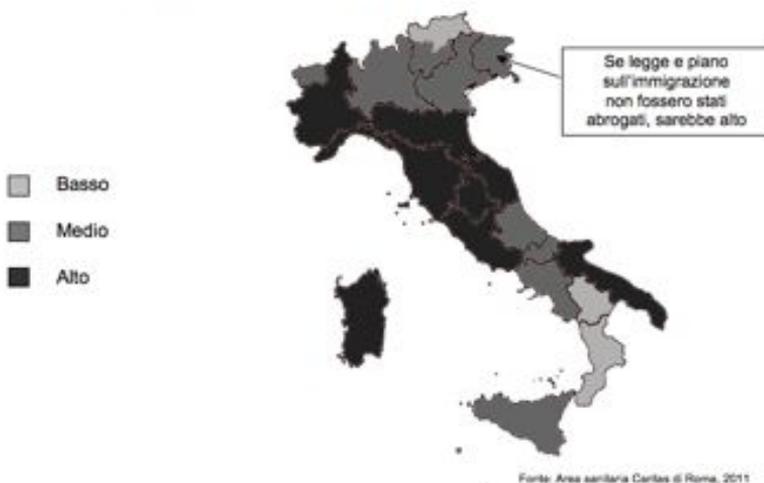
## Fruibilità dei servizi: mediazione di sistema



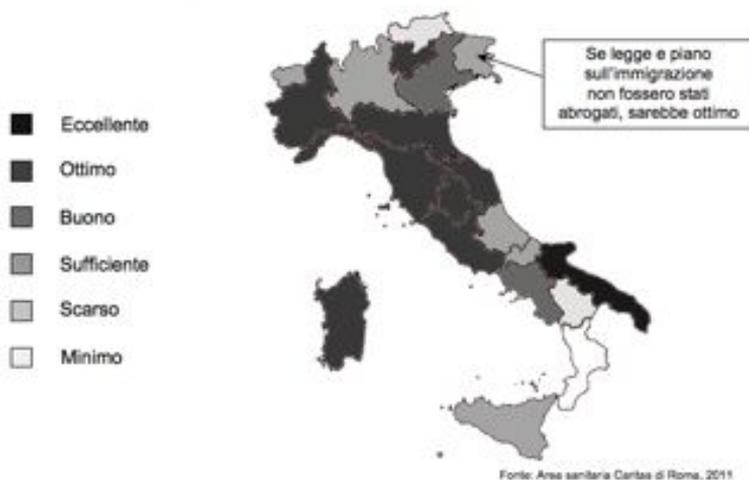
Quando però queste differenze comportano degli svantaggi per l'utenza migrante e degli ostacoli per la piena realizzazione del dettato costituzionale sul diritto alla salute, sono da considerarsi all'origine di gravi disuguaglianze per la salute, e come tali ingiustificabili ed evitabili. L'impegno contro le disuguaglianze sanitarie ci sembra assolutamente prioritario in un momento storico di riorganizzazione dello Stato verso un decentramento amministrativo e decisionale sempre più marcato, ed in una contingenza di crisi economica ed incertezza politica, più o meno gestita, che diminuisce la coesione sociale e frammenta l'appartenenza comunitaria. Nel documento finale che ha accompagnato la ricerca sopramenzionata, abbiamo insistito sia per avviare azioni di politica ed organizzazione sanitaria per rendere i servizi culturalmente competenti in un'ottica di equità di sistema (dare a tutti, italiani e stranieri, le stesse opportunità), sia nel dare una coerenza nazionale alle scelte locali perchè si possa costantemente crescere di esperienza e di competenza.

Anche il Parlamento europeo nel marzo 2011, approvando una specifica Risoluzione, ha richiamato l'attenzione sul fatto che le disuguaglianze sanitarie non sono solo il risultato di una moltitudine di fattori economici, ambientali e connesse alle scelte di vita, ma derivano in maniera significativa da problemi relativi all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria, invitando gli Stati Membri ad arginare questa minaccia all'equità, la cui responsabilità ricade sugli stessi *decision makers*. Promuovere l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari per gli immigrati significa, dunque, contrastare le disuguaglianze che limitano le possibilità di sviluppo di una società, e le politiche dovrebbero impegnarsi per rimuovere ogni ostacolo alla piena realizzazione del potenziale di salute di ogni persona, quale prerequisito essenziale per la libertà di ciascuno di portare avanti il proprio progetto di vita, libertà che condiziona a sua volta il successo nello sviluppo di una comunità.

### Indice sintetico sul livello di avanzamento delle politiche sanitarie locali



### Indice di impatto delle politiche sanitarie locali



### Bibliografia

- AA.VV.: Immigrazione Dossier Statistico. Caritas/Migrantes. Idos, rapporti 2008, 2009 e 2010.
- Bonciani M.: *La salute come diritto di cittadi-*

*nanza: un approccio socio-antropologico*, in Bracci F., Cardamone G. (a cura di), *Presenze. Migranti ed accesso ai servizi socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano, 2005; 141:165.

- Bonciani M., Martinelli B., Geraci S.: *Politiche regionali come specchio della garanzia del di-*

- ritto alla salute dei migranti. Atti della X Consensus Conference sull'Immigrazione. VIII Congresso Nazionale SIMM: "Guadi e ponti per una sanità transculturale...", Trapani, 5/7 febbraio 2009; 379:385.
- Conferenza dei Ministri Europei della Salute (ottava): Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le migrazioni. Bratislava, 22 e 23 novembre 2007.
  - Costa G., Perucci C., Cislaghi C. (a cura di): *Diseguaglianze di salute in Italia*, Epidemiologia & Prevenzione, 28, 3, 2004.
  - Geraci S. (a cura di): *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Edizioni Anterem, Roma, 1996.
  - Geraci S. (a cura di): *Documento finale del Gruppo Salute e Immigrazione dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli Stranieri - CNEL*. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 13, 29 marzo 2001, 30-46.
  - Geraci S.: *La salute degli immigrati: luci ed ombre*. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 44, ottobre 2007; 2:14.
  - Geraci S.: *Politiche sanitarie e immigrazione: crisi ed opportunità*. In Immigrazione Dossier Statistico 2009. XIX Rapporto sull'immigrazione - Caritas/Migrantes. Idos, 2009; 223:228.
  - Geraci S.: *Immigrati. La nuova legge sulla sicurezza è ingiusta, dannosa e pericolosa*. Post su Saluteinternazionale.info. Il Pensiero scientifico editore; Luglio, 2009.
  - Geraci S.: *Per una buona salute servono politiche giuste*. In Immigrazione Dossier Statistico 2010. XX Rapporto sull'immigrazione - Caritas/Migrantes. Idos, 2010; 227:232.
  - Geraci S., Bonciani M., Martinelli B.: *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*. Inprinting srl, Roma, 2010.
  - Geraci S., Marceca M.: *La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali*. In: Atti della Conferenza nazionale "Migrazioni e salute" - Bari, 3-4 maggio 2002. Lecce, 2002; 36-51.
  - Geraci S., Marceca M.: *Noi non segnaliamo. La vittoria degli anticorpi* (della ragione e della democrazia). Post su Saluteinterna-
  - zionale.info. Il Pensiero scientifico editore; Gennaio, 2010.
  - Geraci S., Martinelli B.: *Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali*. Edizioni Nuova Anterem, Roma, 2002.
  - Marceca M., Geraci S., Martinelli B.: *Politiche regionali per la salute degli immigrati*. In Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione. VII Congresso nazionale SIMM. Palermo, 2006; 37:43.
  - Marceca M.: *Immigrazione, un'occasione per riorientare i servizi*. Quaderni della Professione. Medicina, scienza, etica e società. Trimestrale della Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri 2008; 2 - 201:205.
  - Marceca M.: *La salute degli stranieri tra fatti, contraddizioni e cambiamenti*. In: Fondazione ISMU - Iniziative e Studi sulla Multietnicità. "Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007". Milano, FrancoAngeli, 2008; 149:164.
  - Martino A., Geraci S., Marceca M.: *Fenomeni migratori e disuguaglianze in salute. Un approccio ragionato alla letteratura internazionale come chiave per migliorare l'appropriatezza degli interventi italiani*. In Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione. VII Congresso nazionale SIMM. Palermo, 2006; 101:108.
  - Presidenza del Consiglio d'Europa: *Conclusioni e Raccomandazioni della Conferenza Europea "Health and Migration in the UE. Better Health for all in an inclusive society"*. Lisbona, 27 e 28 settembre 2007.
  - Sen A.: *Inequality reexamined*. Oxford University Press. Oxford, 1992 (ed. italiana La diseguaglianza: un riesame critico, Bologna, 1997).
  - Sen A.: *Development as freedom*, Oxford: Oxford University Press, 2001.
  - Whitehead M.: *The concepts and principles of equity and health*, WHO, Copenhagen, 2000
  - World Health Organization, International Organization for Migration, Centers for Disease Control: *Health and Migration: bridging the gap*. WHO, Geneva, 2005.
- Le leggi ed i documenti citati nell'articolo si possono trovare sul sito [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)