

La salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti

Una prospettiva transfrontaliera

a cura di

Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis

Laboratorio Sociologico

Ricerca empirica
ed intervento sociale

FrancoAngeli

OPEN ACCESS

Direttore Scientifico: Costantino Cipolla

Laboratorio Sociologico approfondisce e discute criticamente tematiche epistemologiche, questioni metodologiche e fenomeni sociali attraverso le lenti della sociologia. Particolare attenzione è posta agli strumenti di analisi, che vengono utilizzati secondo i canoni della scientificità delle scienze sociali. Partendo dall'assunto della tolleranza epistemologica di ogni posizione scientifica argomentata, Laboratorio Sociologico si fonda su alcuni principi interconnessi. Tra questi vanno menzionati: la combinazione creativa, ma rigorosa, di induzione, deduzione e adduzione; la referenzialità storico-geografica; l'integrazione dei vari contesti osservativi; l'attenzione alle diverse forme di conoscenze, con particolare attenzione ai prodotti delle nuove tecnologie di rete; la valorizzazione dei nessi e dei fili che legano fra loro le persone, senza che queste ne vengano assorbite e – ultimo ma primo – la capacità di cogliere l'alterità a partire dalle sue categorie "altre". Coerentemente con tale impostazione, Laboratorio Sociologico articola la sua pubblicistica in sei sezioni: *Teoria, Epistemologia, Metodo; Ricerca empirica ed Intervento sociale; Manualistica, Didattica, Divulgazione; Sociologia e Storia; Diritto, Sicurezza e Processi di vittimizzazione; Sociologia e storia della Croce Rossa.*

Comitato Scientifico: Natale Ammaturo†; Ugo Ascoli (Ancona); Claudio Baraldi (Modena e Reggio Emilia); Leonardo Benvenuti, Ezio Sciarra (Chieti); Danila Bertasio (Parma); Giovanni Bertin (Venezia); Rita Biancheri (Pisa); Annamaria Campanini (Milano Bicocca); Gianpaolo Catelli (Catania); Bernardo Cattarinussi (Udine); Roberto Cipriani (Roma III); Ivo Colozzi, Stefano Martelli (Bologna); Celestino Colucci (Pavia); Raffaele De Giorgi (Lecce); Paola Di Nicola (Verona); Roberto De Vita (Siena); Maurizio Esposito (Cassino); Antonio Fadda (Sassari); Pietro Fantozzi (Cosenza); Maria Caterina Federici (Perugia); Franco Garelli (Torino); Guido Giarelli (Catanzaro); Guido Gili (Campobasso); Antonio La Spina (Palermo); Clemente Lanzetti (Cattolica, Milano); Emiliana Mangone (Salerno); Giuseppe Mastroeni (Messina); Rosanna Memoli (La Sapienza, Roma); Everardo Minardi (Teramo); Giuseppe Moro (Bari); Giacomo Mulè (Enna); Giorgio Osti (Trieste); Mauro Palumbo (Genova); Jacinta Paroni Rumi (Brescia); Antonio Scaglia (Trento); Silvio Scanagatta (Padova); Francesco Sidoti (L'Aquila); Donatella Simon (Torino); Bernardo Valli (Urbino); Francesco Vespasiano (Benevento); Angela Zanotti (Ferrara).

Corrispondenti internazionali: Coordinatore: Antonio Maturo (Università di Bologna) Roland J. Campiche (Università di Losanna, Svizzera); Jorge Gonzales (Università di Colima, Messico); Douglas A. Harper (Dquesne University, Pittsburgh, USA); Juergen Kaube (Accademia Brandeburghese delle Scienze, Berlino, Germania); André Kieserling (Università di Bielefeld, Germania); Michael King (University of Reading, Regno Unito); Donald N. Levine (Università di Chicago, USA); Christine Castelain Meunier (Casa delle Scienze Umane, Parigi, Francia); Maria Cecilia de Souza Minayo (Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasile); Everardo Duarte Nunes (Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasile); Furio Radin (Università di Zagabria, Croazia); Joseph Wu (Università di Taiwan, Taipei, Taiwan).

Coordinamento Editoriale delle Sezioni: Giuseppe Masullo

Ogni sezione della Collana nel suo complesso prevede per ciascun testo la valutazione anticipata di due referee anonimi, esperti nel campo tematico affrontato dal volume. Alcuni testi di questa collana sono disponibili in commercio nella versione e-book. Tali volumi sono sottoposti allo stesso controllo scientifico (doppio cieco) di quelli presentati in versione a stampa e, pertanto, ne posseggono lo stesso livello di qualità scientifica.

Sezione *Teoria, Epistemologia, Metodo* (attiva dal 1992). *Responsabile Editoriale*: Leonardo Altieri. *Comitato Editoriale*: Agnese Accorsi; Gianmarco Cifaldi; Francesca Cremonini; Davide Galesi; Francesco Gandellini; Ivo Germano; Maura Gobbi; Francesca Guarino; Silvia Lolli jr.; Alessia Manca; Emmanuele Morandi†; Alessandra Rota; Barbara Sena.

Sezione *Ricerca empirica ed Intervento sociale* (attiva dal 1992). *Coordinatore Scientifico*: Andrea Bassi; *Responsabile Editoriale*: Sara Sbaragli. *Comitato Editoriale*: Sara Capizzi; Teresa Carbone; Paola Canestrini; Carmine Clemente; David Donfrancesco; Laura Farneti; Ilaria Iseppato; Lorella Molteni; Paolo Poletti; Elisa Porcu; Francesca Rossetti; Alessandra Sannella.

Sezione *Manualistica, Didattica, Divulgazione* (attiva dal 1995). *Coordinatore Scientifico*: Linda Lombi. *Responsabile Editoriale*: Arianna Marastoni. *Comitato Editoriale*: Veronica Agnoletti; Flavia Atzori; Alessia Bertolazzi; Barbara Calderone; Raffaella Cavallo; Carmela Anna Esposito; Laura Gemini; Silvia Lolli sr.; Ilaria Milandri; Annamaria Perino; Fabio Piccoli.

Sezione *Sociologia e Storia* (attiva dal 2008). *Coordinatore Scientifico*: Nicola Strizzolo (Università di Udine) *Consiglio Scientifico*: Nico Bortoletto (Università di Teramo); Alessandro Bosi (Parma); Camillo Brezzi (Arezzo); Luciano Cavalli, Pietro De Marco, Paolo Vanni (Firenze); Sergio Onger, Alessandro Porro (Brescia); Carlo Prandi (Fondazione Kessler – Istituto Trentino di Cultura); Adriano Prosperi (Scuola Normale Superiore di Pisa); Renata Salvarani (Cattolica, Milano); Paul-André Turcotte (Institut Catholique de Paris). *Responsabile Editoriale*: Alessandro Fabbri. *Comitato Editoriale*: Barbara Baccarini; Roberta Benedusi; Elena Bittasi; Emanuele Cerutti; Pia Dusi; Giancarlo Ganzerla; Nicoletta Iannino; Riccardo Maffei; Vittorio Nichilo; Ugo Pavan Dalla Torre; Alessandra Pignatta; Ronald Salzer; Stefano Siliberti†; Paola Sposetti.

Sezione *Diritto, Sicurezza e processi di vittimizzazione* (attiva dal 2011). *Coordinamento Scientifico*: Carlo Pennisi (Catania); Franco Prina (Torino); Annamaria Rufino (Napoli); Francesco Sidoti (L'Aquila). *Consiglio Scientifico*: Bruno Bertelli (Trento); Teresa Consoli (Catania); Maurizio Esposito (Cassino); Armando Saponaro (Bari); Chiara Scivoletto (Parma). *Responsabili Editoriali*: Andrea Antonilli e Susanna Vezzadini. *Comitato Editoriale*: Flavio Amadori; Christian Arnoldi; Michele Bonazzi; Rose Marie Callà; Teresa Carbone; Dafne Chitos; Gian Marco Cifaldi; Maria Teresa Gammona; Veronica Moretti; Annalisa Plava; Antonia Roberta Siino.

Sezione *Sociologia e storia della Croce Rossa* (attiva dal 2013). *Direttori*: Costantino Cipolla (Bologna) e Paolo Vanni (Firenze). *Consiglio Scientifico*: François Bugnion (*presidente* - CICR), Roger Durand (*presidente* - Société “Henry Dunant”), Giuseppe Armocida (Varese), Stefania Bartoloni (Roma III), Paolo Benvenuti (Roma III), Fabio Bertini (Firenze), Paola Binetti (Campus Bio-Medico, Roma), Ettore Calzolari (Roma I), Giovanni Cipriani (Firenze), Franco A. Fava (Torino), Carlo Focarelli (Perugia; LUISS), Edoardo Greppi (Torino), Gianni Iacovelli (Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, Roma), Giuseppe Palasciano (Bari), Jean-François Pitteloud (già CICR), Alessandro Porro (Brescia), Duccio Vanni (Firenze), Giorgio Zanchin (Padova). *Comitato Editoriale*: Filippo Lombardi (coordinatore), Massimo Aliverti, Nico Bortoletto, Luca Bottero, Virginia Brayda, Carolina David, Antonella Del Chiaro, Renato Del Mastro, Gerardo Di Ruocco, Boris Dubini, Alberto Galazzetti, Livia Giuliano, Laura Grassi, Veronica Grillo, Riccardo Romeo Jasinski, Pier Francesco Liguori, Maurizio Menarini, Maria Enrica Monaco, Gianluigi Nava, Marisella Notarnicola, Marcello Giovanni Novello, Raimonda Ottaviani, Isabella Pascucci, Francesco Ranaldi, Piero Ridolfi, Anastasia Siena, Calogera Tavormina, Silvana Valcavi Menozzi. *Segreteria Scientifica*: Alberto Ardissona (responsabile), Alessandro Fabbri (responsabile), Barbara Baccarini, Elena Branca, Giovanni Cerino Badone, Emanuele Cerutti, Alessandro D'Angelo, Carmela Anna Esposito, Simona Galasi, Sara Moggi, Paola Sposetti.

La salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti

Una prospettiva transfrontaliera

a cura di

Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis

LABORATORIO SOCIOLOGICO



FRANCOANGELI

Ricerca empirica
ed intervento sociale

Il volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università degli Studi di Trieste.

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Paola Sposetti

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Publicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione: INTEGRA e integrazione , di <i>Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis</i>	pag.	7
A partire da Simmel e oltre: la sociologia dello straniero e le donne migranti , di <i>Giorgio Porcelli</i>	»	18
Salute riproduttiva nella società globale. Diritti e disuguaglianze , di <i>Lia Lombardi</i>	»	36
Il contrasto alla violenza contro le donne nel diritto comparato: profili costituzionali e criticità nell'attuazione della Convenzione di Istanbul , di <i>Serena Baldin</i>	»	53
Donne migranti e normalizzazione della violenza , di <i>Ignazia Bartholini</i>	»	63
La discriminazione istituzionale e la salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti , di <i>Mateja Sedmak e Zorana Medarić</i>	»	74
Conflitti di culture, diritti e tutela della salute nel contesto nazionale e internazionale , di <i>Davide Monego e Sara Tonolo</i>	»	94
I diritti e la conoscenza dei diritti da parte delle donne straniere , di <i>Teresa Tonchia</i>	»	106
Le donne straniere al confine orientale: un'analisi statistica delle principali caratteristiche socio-demografiche , di <i>Gabriele Blasutig, Blaž Lenarčič, Zorana Medarić, Mateja Sedmak e Moreno Zago</i>	»	113

Il percorso amministrativo per l'accesso alle cure di pazienti donne sprovviste d'iscrizione al Servizio sanitario nazionale , di <i>Barbara Fari</i>	pag.	134
Diagnosi, interventi e caratteristiche dei pazienti dell'ospedale Burlo Garofolo , di <i>Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis</i>	»	143
Analisi epidemiologica del trattamento ambulatoriale e ospedaliero di cittadine straniere nell'Ospedale di Postumia , di <i>Marko Mugoša, Marjeta Stegel Bizjak, Mirko Prosen, Sabina Ličen e Igor Karnjuš</i>	»	164
L'influenza della cultura patriarcale sulla salute sessuale e riproduttiva: una ricerca in ambito ospedaliero , di <i>Ornella Urpis</i>	»	172
Salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti e integrazione nella società in Slovenia , di <i>Mirko Prosen, Doroteja Rebec, Urška Bogataj, Karmen Medica, Sabina Ličen, Igor Karnjuš, Jana Čelhar, Jana Prosen e Martina Podobnik</i>	»	195
Uno sguardo antropologico alla salute delle donne migranti in area transfrontaliera , di <i>Roberta Altin e Veronica Saba</i>	»	214
Le prospettive dei lavoratori sanitari nel fornire assistenza alle donne migranti in Slovenia , di <i>Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš e Urška Bogataj</i>	»	228
Il lavoro in ospedale. Buone pratiche in campo sanitario , di <i>Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz, Laura Pomicino e Federica Scrimin</i>	»	241

Conflitti di culture, diritti e tutela della salute nel contesto nazionale e internazionale

di *Davide Monego e Sara Tonolo**

1. Osservazioni introduttive

La drammaticità degli eventi internazionali concernenti la tutela dei diritti fondamentali dell'individuo, e in tale contesto, anche la protezione del diritto alla salute stimolano alcune riflessioni sulla possibile attuazione di tale diritto in ambito giuridico interno e internazionale.

Rileva, in tale contesto la duplicità della salute come bene pubblico, da un lato, sia nel quadro dell'ordinamento interno che in quello internazionale, e, dall'altro, come diritto individuale, in rapporto e potenzialmente in conflitto con altre discipline come ad es. in materia di commercio e di investimenti e come oggetto dell'eventuale responsabilità concernente attività lesive poste in essere da Stati, Organizzazioni internazionali, imprese¹.

Il quadro normativo è complesso e frammentato anche perché, sin dall'emergere della necessità di tutelare il diritto alla salute, è apparsa evidente la problematicità dell'interazione pubblicistica con la natura di diritto individuale; se è chiaro che le esigenze sottese alla dimensione collettiva possono anche comprimere aspettative individuali, rimane la prevalenza del connotato pubblicistico, in base al quale lo Stato risulta l'ambiente naturale entro il quale beneficiare del diritto alla salute.

La dimensione collettiva appare infatti prevalente, rappresentando l'interesse della società a garantire condizioni di vita idonee a prevenire il diffondersi delle malattie; anche l'art. 32 della Costituzione italiana insiste su tale interesse come limite alle libertà individuali (artt. 14 e 16)². E, in maniera

* I par. 2 e 3 sono scritti da Sara Tonolo, i par. 1 e 4 da Davide Monego (Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali, Università degli Studi di Trieste).

¹ Si veda in generale sul punto Acconci (2011).

² Ciò, pur essendo nota la dimensione individualistica di tale diritto chiaramente affermata nella giurisprudenza costituzionale; ad es. in Corte Cost., 5 luglio 2001, n. 252. Sul punto si veda Alpa (1976, pp. 446 e ss.), nonché, per uno sguardo complessivo sui vari aspetti del diritto in questione, Minni e Morrone (2013).

analoga, nella Convenzione europea del 1950³ la salute rileva come limite alla libertà personale (art. 5), alla libertà di espressione (art. 10) e alla libertà di riunione e associazione (art. 11, par. 2).

Nella sua portata individuale il diritto alla salute presenta due aspetti distinti: il diritto all'integrità psico-fisica, che implica obblighi negativi di non interferenza da parte dello Stato o di soggetti privati, e il diritto all'assistenza sanitaria e all'accesso a farmaci idonei alla cura di malattie, che richiede obblighi positivi da parte dello Stato, come si può leggere anche nell'art. 38 della Costituzione italiana che prevede forme di assistenza pubblica e privata, da leggersi anche alla luce dei principi generali sanciti dagli artt. 2 e 3 della Costituzione stessa. Nell'ordinamento italiano, infatti, la tutela della salute e il rapporto medico-paziente appare fortemente fondato sulla "libertà di autodeterminazione"⁴ del paziente, che viene garantita dall'art. 2 della Costituzione che tutela i diritti fondamentali della persona umana nella sua identità e dignità.

2. La dimensione collettiva. La tutela del diritto alla salute nel diritto internazionale

La dimensione collettiva della tutela del diritto alla salute può dirsi caratterizzata da una notevole frammentazione sia a livello normativo che a livello operativo.

Come diritto umano individuale, la salute ha trovato il suo primo riconoscimento internazionale nel preambolo della Costituzione dell'OMS del 22 luglio 1946⁵, poi ripreso dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948, all'art. 25⁶. In tale contesto, il diritto alla salute viene collegato al soddisfacimento di altri bisogni, quali il cibo, l'alloggio, le cure mediche e la sicurezza sociale. Una disposizione analoga è poi contenuta nell'art. 12 del Patto sui diritti economici, sociali e culturali del 1966⁷, che conferma la necessaria realizzazione progressiva dei diritti fondamentali degli individui.

³ La Convenzione per la salvaguardia dei diritti umani e delle libertà fondamentali è stata adottata in seno al Consiglio d'Europa a Roma il 4 novembre 1950 ed è entrata in vigore il 3 settembre 1953. È stata resa esecutiva in Italia con l. n. 848 del 4 agosto 1955, in *Gazz. Uff.*, n. 221 del 24 settembre 1955.

⁴ Cass. 16 ottobre 2007, n. 21748 (caso Englaro), in *FI*, 2007, I, 3025.

⁵ «The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social conditions». In *UNTS*, vol. 14, p. 185.

⁶ Dichiarazione, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948, Ris. 217 A (III), e sul punto in generale Kunz (1949), p. 316 e ss.; Hernandez – Truyol (1999), p. 19.

⁷ Patto approvato con la risoluzione 2200A (XXI), in *United Nations Treaty Series*, vol. 999, p. 171 e ss., reso esecutivo in Italia con l. n. 881 del 25 ottobre 1977, in *Gazz. Uff.*, n. 333, s.o. del 7 dicembre 1977, sul quale si v. in generale Ando (2004), pp. 225 – 247.

A livello regionale, si afferma la necessità di tutelare tale diritto nell'art. 16 della Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli⁸, mentre nel sistema interamericano di tutela dei diritti il diritto alla salute non era considerato nella Convenzione del 1969 ed è stato sancito dall'art. 10 del Protocollo addizionale sui diritti economici e sociali del 1988⁹; nell'ambito della Convenzione europea sui diritti dell'uomo, non vi è una disposizione specifica che tuteli il diritto individuale (al di là delle previsioni precedentemente esaminate ove opera come limite ad altri diritti), ma la Corte europea dei diritti dell'uomo lo ha indirettamente tutelato applicando altre norme della Convenzione. Ciò è avvenuto ad es. con riguardo all'art. 2 e alla tutela del diritto alla vita, in casi in cui lo Stato aveva lasciato morire alcune persone affette da gravi malattie senza intervenire con l'assistenza medica¹⁰. L'affermazione della necessità di tutelare il diritto alla salute è stata poi codificata nella Carta sociale europea, ovvero nel testo della stessa riveduto nel 1996¹¹, all'art. 11, ove però tale diritto rimane soggetto al regime opzionale, come previsto dalla Parte III della Carta.

Dall'affermazione così frammentata della necessità di tutelare la salute come diritto individuale è poi derivata una sua corrispondente implementazione per settori. A livello di diritto internazionale vincolante, è possibile infatti ricordare la Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco¹² e il Regolamento sanitario internazionale del 2005¹³.

Tale regolamento è stato emanato dall'OMS in seguito ai poteri conferiti all'Assemblea Generale di tale organizzazione dagli artt. 21 e 22 della Costituzione della stessa Organizzazione, al fine di poter adottare regolamenti giuridicamente vincolanti per gli Stati membri dell'Organizzazione, salvo i casi di rigetto o di riserve da parte degli stessi. All'interno di esso si amplia la definizione di malattia, che include così eventi «*irrespective of origin or source, that present or could present significant harm to humans*», ricomprendendo possibili casi di bioterrorismo con conseguenze internazionali. Da tale normativa deriva inoltre l'obbligo per gli Stati di sorvegliare e controllare tali eventi, notificando eventualmente all'OMS gli eventi a rischio di diffusione internazionale, nonché di cooperare e di comunicare costantemente con l'OMS. In seguito a tale scambio di informazioni, l'OMS tramite il suo Direttore Generale dichiara una *public health emergency of international*

⁸ Carta africana dei diritti umani e dei popoli, adottata a Nairobi il 27 giugno 1981, in ILM, 1982, p. 158 e ss., sulla quale si veda Pascale (2017).

⁹ Protocollo di San Salvador del 17 novembre 1988 in materia di diritti economici, sociali e culturali, in ILM, 1989, p. 161 ss.

¹⁰ Sent. 17 luglio 2014, ric. N. 47848/08, *Centre for Legal Resources on Behalf of Valentin Campeanu c. Romania*; sent. 30 novembre 2004, ricorso n. 48939/99, *Öneryildiz c. Turchia*.

¹¹ Carta sociale europea, Strasburgo, 3 maggio 1996, in ETS n. 163.

¹² Convenzione quadro sul controllo del tabacco, Ginevra, 21 maggio 2003, in UNTS, vol. 2302, p. 166.

¹³ Regolamento sanitario internazionale del 23 maggio 2005, in UNTS, vol. 2509, p. 79; sul punto si veda Fidler (2005, pp. 325 e ss.).

concern” (PHEIC) e adotta raccomandazioni temporanee di misure da adottare allo Stato colpito dalla PHEIC e a Stati terzi.

Tale sistema non è stato tuttavia sempre efficacemente attuato, come nel caso dell’epidemia di Ebola in Africa Occidentale nel 2014-2016, quando, nonostante la dichiarazione di PHEIC e le raccomandazioni dell’OMS, molti Stati e operatori economici hanno interrotto le relazioni con i Paesi colpiti dalla malattia, rendendo così difficile l’assistenza internazionale. In seguito a ciò, la reazione del sistema internazionale è avvenuta, sempre confermandosi la frammentarietà della medesima, dapprima tramite l’azione del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite che, con la ris. 2176 (2014)¹⁴ estende il mandato delle Nazioni Unite in Liberia, in considerazione della destabilizzazione socio-economica causata entro tale paese dall’epidemia di Ebola, e subito dopo per mezzo dell’azione del Segretario Generale delle Nazioni che istituisce la *United Nations Mission for Emergency Ebola Response* (UN-MEER), gestita come una operazione di *peace keeping*¹⁵, e ancora con la ris. 2177 (2014) del Consiglio di Sicurezza, in cui la diffusione dell’epidemia di Ebola viene vista come «*a threat to international peace and security*»¹⁶, richiamando così in maniera fortemente simbolica l’art. 39 della Carta delle Nazioni Unite.

Dalla frammentarietà dell’azione internazionale a tutela della salute derivano anche possibili situazioni problematiche, quali quelle conseguenti alla diffusione di malattie in seguito alle operazioni delle Nazioni Unite. Tristemente nota è la connessione tra l’epidemia di colera sviluppatasi ad Haiti nel 2010 e la presenza del contingente nepalese della missione di pace MINUSTAH (*Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haiti*)¹⁷. In seguito a tale evento, che ha causato più di novemila decessi e colpito ottocentomila persone, l’azione delle Nazioni Unite si è esplicitata sia a livello operativo (intensificazione delle azioni di contrasto immediato alla diffusione dell’epidemia e potenziamento dei sistemi e servizi idrici, sanitari e igienici di Haiti; adozione di misure di supporto materiale – *package of material assistance and support* – a sostegno delle comunità o degli individui colpiti dal colera), sia livello strategico-politico (reperimento di risorse per finanziare tali azioni e istituzione di un fondo fiduciario amministrato dalle Nazioni Unite)¹⁸.

¹⁴ Doc. S/RES/1776 (2014) del 15 settembre 2014.

¹⁵ *Identical letters dated 17 September 2014 from the Secretary – General addressed to the President of the General Assembly and the President of the Security Council*, doc. A/69/389-S/2014/679 del 18 settembre 2014.

¹⁶ Doc. S/RES/2177 (2014) del 18 settembre 2014.

¹⁷ *Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights*, doc. A/71/367 del 26 agosto 2016, p. 4, e sul punto: Piarroux *et al.* (2011).

¹⁸ Vedi proposte del Segretario generale nel doc. A/71/620 del 25 novembre 2016 e la sua dichiarazione del 1° dicembre 2016, consultabile al sito www.un.org.

3. La dimensione individuale. Conflitti di culture e tutela del diritto alla salute

I conflitti di culture si pongono alla base di molti contrasti normativi, nell'ambito dei quali i diritti fondamentali delle persone sono necessariamente coinvolti.

Da un lato, si è ormai consolidata una diffusa consapevolezza che la regolamentazione armoniosa ed equilibrata delle relazioni interindividuali, che presentano elementi di contatto con differenti sistemi giuridici, si fonda sulla considerazione del ruolo essenziale della tutela dei diritti fondamentali dell'individuo (Davi, 2011, p. 209 ss.); dall'altro lato, si deve attentamente valutare la specificità dei problemi connessi alla tutela della salute nell'ambito della disciplina dell'immigrazione.

Quanto al primo profilo, appare pertanto evidente che, accanto al confronto con gli istituti sconosciuti all'ordinamento del foro (ad es. ripudio, *kafalah*, poligamia), che pongono profili di contrasto con l'ordine pubblico, risolvibili tramite il bilanciamento dei valori religiosi con i diritti fondamentali, si delinea la possibile incidenza della giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo nella tutela del diritto alla salute con molteplici implicazioni rilevanti, quali quelle ad es. concernenti gli *status* personali¹⁹.

Vi è inoltre da considerare la circostanza che la libertà di cura e l'esplicarsi del diritto individuale alla salute non si esaurisce nella possibilità di decidere come curarsi, ma comprende anche la scelta del luogo ove curarsi, dal momento che, tra l'altro, la diversità delle discipline nazionali supporta la mobilità verso gli Stati che lasciano ai singoli libertà di autodeterminazione. Il diritto dell'Unione europea agevola tale mobilità, includendo le cure mediche tra i servizi²⁰, consentendo al paziente di invocare il principio di libera prestazione per ottenere all'estero trattamenti più rapidi²¹, o a minor costo²².

Rimangono poi i problemi della tutela della salute dei migranti che si spostano da uno Stato all'altro per motivi economici, sociali o politici. Rispetto a tale problema vi è da segnalare positivamente un'interessante evoluzione segnata dall'interpretazione dell'operatività della tutela del diritto alla salute, come garantito dalla Carta sociale europea e dal suo organo di controllo, il Comitato dei diritti sociali.

¹⁹ Sent. 26 giugno 2014, *Mennesson c. Francia*, ricorso n. 65192/11.

²⁰ Corte giust., 31 gennaio 1984, causa 286/82 e 26/83, *Luisi e Carbone*.

²¹ Corte giust., 12 luglio 2001, causa C- 157/99, *Smits e Peerbooms*; 13 maggio 2003, in causa C-385/99, *Müller-Fauré e van Riet*.

²² Le cure più richieste all'estero risultano essere quelle estetiche, odontoiatriche, nonché i trapianti. Sul punto Cohen (2013, pp. 269 ss.).

Innanzitutto tale organo ha riconosciuto il diritto alla salute come presupposto per il godimento di altri diritti fondamentali, quali la dignità umana²³, il diritto alla vita, nonché il divieto di tortura e di trattamenti disumani e degradanti²⁴. Sulla base di tale considerazione, il Comitato ha progressivamente dedotto che, in deroga all'Annesso alla Carta sociale, che delimita l'applicazione della tutela del diritto alla salute in capo agli Stati rispetto «ai cittadini di altri Paesi che risiedono legalmente o lavorano regolarmente nel territorio dello Stato», il diritto di accesso alle cure sanitarie deve essere garantito anche alle persone non letteralmente previste da tale norma, come i migranti irregolari, gli stranieri non europei compresi i minori non accompagnati²⁵. Pertanto, i migranti c.d. irregolari non possono essere privati della protezione dei diritti più basilari sanciti nella Carta, né pregiudicati in altri diritti, quali il diritto alla vita, all'integrità fisica, o al rispetto della dignità umana; tali eventi sarebbero infatti in contrasto con l'interpretazione teleologica della Carta e con la sua operatività coordinata con le regole generali del diritto internazionale²⁶.

4. Gli stranieri e l'accesso al sistema sanitario in Italia

Alla luce di quanto previsto dagli atti internazionali e dall'evoluzione della relativa prassi interpretativa, può essere valutata la disciplina italiana concernente l'accesso degli stranieri al sistema sanitario, come configurata a livello nazionale e, dal punto di vista organizzativo, dalla legislazione regionale, la "tutela della salute" rientrando fra le materie di competenza concorrente fra Stato e Regioni²⁷. E che la relativa disciplina abbia prodotto notevoli difficoltà applicative pare comprovato dai successivi interventi interpretativi adottati dal Governo e dalla Conferenza Stato-Regioni²⁸.

²³ European Committee of Social Rights, *International Federation of Human Rights Leagues (FIDH) c. Francia* (com. 14/2003), decisione 3 novembre 2004, par. 31.

²⁴ European Committee of Social Rights, *Conclusions 2005, Statement of Interpretation on Article 11*.

²⁵ European Committee of Social Rights, *Conclusions 2004, Statement of Interpretation – Personal Scope of the Charter*.

²⁶ European Committee of Social Rights, *Défense des Enfants International (DEI) c. Belgio* (com. 69/2011), decisione 23 ottobre 2012, par. 28 ss.

²⁷ Cfr. sul punto il d.lgs. 286 del 1998 (TU Immigrazione), artt. 34, 35 e 36, nonché il relativo regolamento di attuazione (d.P.R. 394 del 1999, artt. 42, 43, 44). Sul riparto della potestà legislativa in materia sanitaria, cfr. Morana (2018).

²⁸ Si vedano la circolare del Ministero della salute n. 5 del 2000, da un lato, l'accordo siglato in Conferenza Stato Regioni nel 2012, contenente "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera", successivamente recepito dalla Regioni (cfr. ad es. l'art. 21, l.r. Friuli Venezia Giulia 31/2015), dall'altro.

Limitando in questa sede il discorso allo straniero non comunitario²⁹, e premessa la spettanza alla persona in quanto tale del relativo diritto (art. 32 Cost.), variano le modalità di esercizio del medesimo – o forse i relativi contenuti – non in base al distinguo fra cittadino e non cittadino, bensì alla luce della posizione che il non cittadino assume rispetto alle norme di ordine pubblico che ne regolano l'ingresso e la permanenza nel nostro Paese. Sul punto il legislatore gode di discrezionalità, purché non vada a pregiudicare il nucleo irriducibile del diritto alla salute, in quanto tale incompressibile, alla stregua del consolidato orientamento della giurisprudenza costituzionale³⁰.

La principale distinzione al riguardo risulta essere dunque quella tra stranieri regolarmente presenti sul territorio e stranieri c.d. irregolari. Per gli stranieri regolarmente presenti vale l'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale, nonché l'obbligo di copertura sanitaria mediante iscrizione volontaria al Servizio sanitario o polizza assicurativa. Si delineano quindi due categorie, a seconda del titolo di soggiorno posseduto dall'interessato. La prima – quella degli obbligati all'iscrizione, cui consegue piena parità di diritti e doveri rispetto al cittadino italiano – è quella maggiormente comprensiva, posto che molti sono i permessi di soggiorno contemplati dall'art. 34, commi 1 e 2, TU Immigrazione (lavoro, protezione internazionale, minori non accompagnati, in attesa di adozione, persone richiedenti la cittadinanza, per fare alcuni esempi), oltre che da altre specifiche disposizioni³¹.

In tale quadro è recentemente intervenuto il cd. decreto sicurezza³², abolendo la c.d. protezione umanitaria, sino a quel momento contemplata quale premessa per l'iscrizione obbligatoria, e concepita alla stregua di una forma residuale di protezione per quanti non avessero diritto al riconoscimento

²⁹ Si ricorda peraltro che i cittadini dei paesi appartenenti allo Spazio economico europeo (Norvegia, Islanda e Liechtenstein), insieme alla Svizzera, sono assoggettati alla stessa disciplina riguardante i cittadini europei.

³⁰ Corte cost. 252/2001, con specifico riguardo allo straniero nonché, sul “nocciolo duro” del diritto alla salute, in generale, Corte cost. 267/1998 e 509/1999, le quali ultime si sono occupate delle regole sul rimborso delle prestazioni rese all'estero o comunque da strutture diverse da quelle pubbliche o convenzionate. Rimborso condizionato, in violazione del contenuto essenziale del diritto alla salute, a una preventiva autorizzazione, anche qualora l'intervento fosse indifferibile, e non fosse possibile ottenere tempestiva assistenza nell'ambito del S.S.N. Nello stesso senso Corte cost. 304/1994, che distingue le prestazioni indifferibili e urgenti, come tali oggetto di assistenza indiretta, da quelle riabilitative a carattere continuativo e prolungato nel tempo, viceversa escluse in quanto eccedenti i confini del nucleo irriducibile di cui all'art. 32 Cost.

³¹ Altri titoli possono individuarsi in base a diverse fonti normative, come nel caso dei detenuti (ai sensi dell'art. 1 del d.lgs. 230/1999), o in base a interpretazioni estensive (così per i permessi per motivi di salute in caso di scadenza di precedente titolo e sopraggiunta malattia che non consenta di lasciare il paese, stando alla Circ. Ministero della salute 5/00).

³² Ovvero il decreto legge 113/2018, come convertito dalla legge 132/2018, il cui articolo 1 introduce plurime modifiche al d.lgs. 286 del 1998.

dello *status* di rifugiato, né alla protezione sussidiaria, ma non potessero essere allontanati dal territorio nazionale in condizioni di oggettive e gravi situazioni personali, rinnovabile ogni anno (Conetti, 1986, pp. 819 ss.; Nascimbene e Favilli, 2006, pp. 5.306 ss.).

Rimane invece in vigore la disciplina dell'asilo che viene concesso, a opera di apposite Commissioni territoriali (composte da funzionari dell'Interno e dell'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati), sulla base di alcuni criteri ancora derivanti dalla Convenzione di Ginevra del 1951³³, e della complessa normativa dell'Unione europea³⁴. Qualora la domanda venga accolta, la concessione dell'asilo comporta l'acquisto dello *status* con una serie di diritti (residenza, accesso al lavoro, diritti previdenziali e sociali, istruzione, ecc.). Inoltre l'art. 33, par. 1 della Convenzione di Ginevra stabilisce che «Nessuno Stato contraente espellerà o respingerà in qualsiasi modo un rifugiato verso i confini di territori in cui la sua vita o la sua libertà sarebbero minacciate a motivo della sua razza, della sua religione, della sua cittadinanza, della sua appartenenza a un gruppo sociale o delle sue opinioni politiche» (c.d. principio di «*non refoulement*»)³⁵.

Le Commissioni, preposte all'esame delle richieste d'asilo nel nostro Paese, possono disporre diverse forme di protezione. Oltre alla concessione dello *status* di rifugiato, possono accordare la protezione sussidiaria, ovvero quella rivolta a chi rischia di subire un danno grave come morte o tortura al rientro nel proprio Paese. In Italia si fa molto ricorso a questo strumento (15% delle richieste)³⁶. In Europa, invece, è più frequente assegnare lo *status* di rifugiato (40% delle richieste rispetto al 4-5% delle richieste accolte in Italia).

Il permesso per motivi umanitari peraltro rappresentava una sorta di clausola residuale, una clausola indeterminata, come tale idonea a racchiudere

³³ La Convenzione di Ginevra del 1951 è stata resa esecutiva in Italia con l. 24 luglio 1954, n. 722 e successivamente modificata con Protocollo di New York del 1967, reso esecutivo con l. 14 febbraio 1970, n. 79. Su di essa, si veda in generale Carlier (2001, p. 63 ss.); Hathaway, 2005); Benvenuti (2006, 151 ss.); Battjes, (2006); Goodwin-Gill e Mc Adam (2007); Lenzerini (2009); Gammeltoft-Hansen (2011).

³⁴ Si veda: Direttiva 2011/95/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 dicembre 2011, recante norme sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta, in *G.U.U.E.*, L 337 del 20 dicembre 2011, pp. 9-26; Direttiva 2013/32/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 giugno 2013, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale, in *G.U.U.E.* n L 180 del 29 giugno 2013, pp. 60-95.

³⁵ Si veda sul punto ACNUR (2007). Più in generale, sul principio di *non refoulement*, si veda: Salerno (2010, pp. 487-515); Goodwin-Gill e Mc Adam 2007, pp. 345 ss.); Hailbronner (1986, pp. 866 ss.).

³⁶ Si veda il rapporto sulla protezione internazionale in Italia, 2017, consultabile all'indirizzo: https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/10/Rapporto_2017_web.pdf.

svariate ipotesi – operanti anche al di fuori di una richiesta di protezione internazionale – in cui sussistessero, a giustificazione della presenza in Italia, “seri motivi, in particolare di carattere umanitario”³⁷. Il relativo titolo era incluso fra quelli comportanti l’obbligo all’iscrizione al Servizio sanitario nazionale, ai sensi del vecchio testo dell’art. 34 TU Immigrazione. Il decreto sicurezza da un lato ha eliminato questo tipo di permesso di soggiorno, dall’altro ha introdotto una serie di titoli tipici, che precedentemente rientravano, almeno in parte, nell’area applicativa del primo. Così per i “casi speciali”³⁸ e di “protezione sociale”³⁹, ora esplicitamente menzionati nel nuovo testo dell’art. 34 e, pertanto, determinanti l’obbligo di iscrizione, di cui si è già detto.

Nuovo appare poi il permesso per cure mediche a favore dello straniero che versi in “condizioni di salute di particolare gravità”, qualora la sua espulsione determini un “rilevante pregiudizio” alla sua salute. Che in tal caso egli versasse in una condizione di inespellibilità era già stato affermato dalla Corte costituzionale (sent. 252/2001), pur in assenza di una disposizione formale in tal senso, ma essendo questo l’unico modo per rendere effettivo il relativo diritto costituzionale alla salute. Risultava peraltro controverso se al paziente spettasse anche uno specifico titolo di soggiorno, fosse quello per motivi umanitari ex art. 5 TU Immigrazione o quello per cure mediche ai sensi dell’art. 36 del medesimo provvedimento normativo, secondo le diverse prospettive assunte dalla giurisprudenza civile e amministrativa⁴⁰. La

³⁷ In tal senso disponeva l’art. 5, comma 6, TU Immigrazione.

³⁸ Cfr. artt. 18 (protezione sociale), 18 bis (violenza domestica), e 22, comma 2, *quater e sexies* (sfruttamento lavorativo), TU Immigrazione.

³⁹ Cfr. artt. 32, comma 3, d.lgs. 25/2008 per i casi in cui il rimpatrio avrebbe luogo in Paesi in cui la persona rischia di essere torturata o perseguitata secondo quanto previsto dall’art. 19, commi 1 e 1.1, TU Immigrazione.

⁴⁰ Cfr. Tribunale di Roma, ord. 04.05.12, che accoglie la domanda di protezione umanitaria presentata, ai sensi dell’art. 5, comma 6, T.U. n. 286/98, in un caso riguardante persona affetta da HIV. Nella giurisprudenza amministrativa, a volte la possibilità del rilascio di un permesso di soggiorno per cure mediche è data per implicita (T.A.R. Trentino Alto Adige, Trento, sent. n. 139/2012 T.A.R. Molise, sent. n. 276/11), a volte invece è fatta oggetto di specifico esame, attraverso linee interpretative che, pur diverse fra loro, convergono in un risultato favorevole al richiedente, risultato che ne rappresenta il comune denominatore e la *ratio* unificante. T.A.R. Veneto, sent. n. 1168/11, ragiona di un’autorizzazione atipica, fondata su di una lettura estensiva dell’art. 28 D.P.R. n. 394/1999, il quale tratta dei permessi di soggiorno da rilasciare nei casi in cui la legge vieti l’espulsione, riferendosi anche al caso delle cure mediche, ma con limitato riferimento alle donne in stato di gravidanza. T.A.R. Lombardia, sent. n. 315/2014 evoca il complessivo quadro normativo-giurisprudenziale ormai affermatosi, mentre C.d.S., sent. n. 4863/2010, T.A.R. Campania, sentt. nn. 3847/2015 e 2530/2014, valorizzano il combinato disposto degli art. 35 e 36, T.A.R. Sicilia, sent. n. 1872/2009 insiste proprio sull’art. 36. Quest’ultimo è ritenuto applicabile anche allo straniero che sia già presente in Italia in condizione di irregolarità. Il che però va ben oltre – forse sarebbe meglio dire contro – quanto risulta dal testo, pensato per chi entra regolarmente nel Paese per curarsi, come si dirà.

previsione esplicita operata dal decreto sicurezza ovviamente risolve il problema, rimanendo semmai un certo margine di dubbio sul fatto che i presupposti per il rilascio dell'apposito titolo di soggiorno coincidano del tutto con quelli in precedenza previsti – e di cui si parlerà fra breve – per definire l'estensione del diritto alla salute dello straniero irregolare.

Come sopra ricordato, non sempre la presenza legale sul territorio si risolve nella necessità di iscrizione al Servizio sanitario nazionale, residuando ipotesi in cui tale iscrizione è alternativa alla stipula di una polizza assicurativa per malattia, infortunio e gravidanza. L'individuazione di questa ulteriore categoria di non cittadini in parte avviene in maniera espressa, in parte per differenza. Nel primo ambito rientrano gli stranieri entrati in Italia per motivi di studio e quelli collocati alla pari (art. 34, comma 4, TU Immigrazione), indipendentemente dalla durata del soggiorno. Nel secondo tutti gli altri, quale che sia il (non menzionato) titolo di ingresso e permanenza, purché però quest'ultima si protragga per oltre tre mesi (art. 34, comma 3, TU e art. 42, comma 6, d.P.R. 394/1999)⁴¹. A rigore, a questa categoria vanno ascritti anche due ulteriori titoli, introdotti, *ex novo*, dal decreto sicurezza, in quanto non menzionati altrove: quello per calamità (art. 20 *bis* TU) e quello per atti di particolare valore civile (art. 42 *bis* TU)⁴².

Venendo ora alla posizione degli stranieri irregolari⁴³, risulta che spettano loro, presso le strutture pubbliche o private accreditate, «le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti e quelle essenziali, benché a carattere continuativo, per malattia e infortunio» (art. 35, comma 3, TU e art. 43 d.P.R. 394/1999). Categorie queste meglio definite nella circolare del Ministero della salute 5/00: le prime quali «cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute», le seconde quali «prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni, aggravamento)»⁴⁴. Vanno aggiunte peraltro talune tipologie di prestazioni, espressamente enunciate, quali la tutela della gravidanza, della maternità, la cura

⁴¹ Così, ad esempio, per il personale religioso, i volontari, i ricercatori.

⁴² È da ricordare che l'iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale è soggetta al preventivo pagamento di un contributo annuale, calcolato in proporzione al reddito dell'anno precedente, salvo che per gli studenti e i collocati alla pari, per i quali è stabilito in maniera forfettaria. È parimenti da tener presente che la durata dell'iscrizione corrisponde all'anno solare e decorre dal momento in cui è materialmente effettuata presso la struttura sanitaria di residenza (o domicilio) dell'interessato.

⁴³ Su cui si veda Randazzo (2011, pp. 1 ss).

⁴⁴ L'art. 63 dei LEA (livelli essenziali di assistenza) approvati nel 2017, riprende testualmente le precisazioni di cui alla citata circolare ministeriale.

della salute dei minori, le vaccinazioni, la cura, prevenzione e riabilitazione dei tossicodipendenti⁴⁵.

Differente è infine la questione del c.d. “turismo sanitario” e dell’ingresso nel territorio nazionale per ricevere assistenza, sostenendo per intero i relativi costi, previa dichiarazione della struttura sanitaria italiana circa il tipo di cura, il tempo necessario, e previo versamento di apposita cauzione (art. 36, comma 1, TU e art. 44 d.P.R. 394/1999), alla luce di quel diritto alla mobilità sanitaria, precedentemente esaminato⁴⁶, nonché quella dell’ingresso dello straniero per cure mediche ex art. 36, comma 2, in attuazione di un intervento umanitario autorizzato dal Ministro della Salute o organizzato dalle Regioni di intesa con il medesimo.

Riferimenti bibliografici

- Acconci P. (2011), *Tutela della salute e diritto internazionale*, Cedam, Padova.
- ACNUR (2007), *Advisory opinion on the extraterritorial application of non-refoulement obligations under the 1951 Convention relating to the status of the refugees and its 1967 Protocol*.
- Alpa G. (1976), *Danno ‘biologico’ e diritto alla salute. Un’ipotesi di applicazione diretta dell’art. 32 della Costituzione*, «GI», I-2.
- Ando N. (ed.) (2004), *Towards implementing universal human rights: Festschrift for the twenty – fifth anniversary of the Human Rights Committee*.
- Askin K.D., Koenig D.M. (eds.) (1999), *Women and international law*, Ardsley, New York.
- Battjes H. (2006), *European asylum law and international law*, Martinus Nijhoff The Hague.
- Benvenuti P. (2006), “La Convenzione di Ginevra sullo status dei rifugiati”, in Pinechi L. (cur.), *La tutela internazionale dei diritti umani*, Giuffrè, Milano.
- Carlier J.Y. (2001), *Et Genève sera... la définition du réfugié: bilan et perspectives*, in AA.VV., *La Convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés 50 ans après: bilan et perspectives*, Bruylant, Bruxelles.
- Cohen I.G. (2013), *Transplant tourism: The ethics and regulation of international markets for organs*, «JLME», 41.
- Conetti G. (1986), *Rifugiati*, in *Novissimo Digesto Italiano. Appendice VI*, Utet, Torino.
- Davi A. (2011), “Diritto internazionale private e diritti umani. Introduzione”, in Di Stefano A., Sapienza R. (cur.), *La tutela dei diritti umani e il diritto internazionale*, Editoriale Scientifica, Napoli.

⁴⁵ Circa i profili economici delle prestazioni garantite agli stranieri irregolari, si vedano gli artt. 35, commi 4 e 6 TU, nonché 43, comma 4, d.P.R. 394/1999, stando ai quali essi, se privi di mezzi, sono assoggettati al solo ticket, se previsto per gli italiani, salvo poter evitare anche tale versamento se versanti in condizioni di assoluta indigenza, accertata mediante autodichiarazione dell’interessato.

⁴⁶ Si veda *supra* par. 3.

- European Committee of Social Rights, *Conclusions 2004, Statement of interpretation - Personal scope of the Charter*.
- European Committee of Social Rights, *Conclusions 2005, Statement of interpretation on article 11*.
- Fidler D.P. (2005), "From international sanitary conventions to global health security. The new international health regulation", «CJIL», 4.
- Gammeltoft-Hansen T. (2011), *Access to asylum, international refugee law and the globalisation of migration control*, Cambridge Univ. Press, Cambridge.
- Goodwin-Gill G.S., Mc Adam J. (2007), *The refugee in international law*, Oxford Univ. Press, Oxford.
- Hailbronner K. (1986), "Non refoulement and "humanitarian" refugees: Customary international law or whimsical legal thinking?", «Virginia Journal of International Law», 26.
- Hathaway J.C. (2005), *The rights of refugees under international law*, Cambridge Univ. Press, Cambridge.
- Hernandez-Truyol B.E. (1999), "Human rights through a gendered lens: Emergence, evolution, revolution", in Askin K.D., Koenig D.M. (eds.), *Women and international law*, Ardsley, New York.
- Kunz J.L. (1949), *The United Nations Declaration of Human Rights*, «AJIL».
- Lenzerini F. (2009), *Asilo e diritti umani. L'evoluzione del diritto d'asilo nel diritto internazionale*, Giuffrè, Milano.
- Minni F., Morrone A. (2013), *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, «Rivista AIC», 3.
- Morana D. (2018), *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, «Osservatorio costituzionale», 1.
- Nascimbene B., Favilli C. (2006), *Rifugiati*, in Cassese, a cur.), *Dizionario di diritto pubblico, vol. V*, Giuffrè, Milano.
- Pascale G. (2017), *La tutela internazionale dei diritti dell'uomo nel continente africano*, Jovene, Napoli.
- Piarroux R., Barraix R., Faucher B., Haus R., Piarroux M., Gaudart J., Magloire R., Raoult D. (2011), *Understanding the cholera epidemic, Haiti*, «Emerg. Infect Dis.», 17-7.
- Randazzo A. (2011), "La salute degli stranieri irregolari: un diritto fondamentale 'dimezzato'", *Consulta online*.
- Rapporto sulla protezione internazionale in Italia, 2017*, consultabile all'indirizzo: https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/10/Rapporto_2017_web.pdf.
- Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights* (2016), doc. A/71/367 del 26 agosto.
- Salerno F. (2010), *L'obbligo internazionale di non-refoulement dei richiedenti asilo*, «Diritti umani e diritto internazionale».

Il volume raccoglie le esperienze interdisciplinari di ricercatori ed esperti che hanno partecipato al progetto europeo Interreg Italia-Slovenia “INTEGRA - Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva”.

Il lavoro ha esplorato un tema poco osservato negli studi del fenomeno migratorio, la tutela della salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti che provengono da culture con una forte impronta patriarcale.

La permanenza dei rapporti diseguali fra i sessi, il mantenimento di pratiche tradizionali nocive alla salute e i matrimoni combinati sono tutti fenomeni che portano a nuove sfide e implicano politiche adeguate per l'integrazione sociale. Si impone dunque una riflessione sulle diverse realtà di convivenza, sul funzionamento dei servizi socio-sanitari e sulla cooperazione fra i paesi per la condivisione delle buone pratiche.

L'intento principale è di offrire strumenti teorici e metodologici per l'analisi dei fenomeni migratori partendo dai bisogni di salute delle donne per svelare il mondo della complessità sociale.

Giovanni Delli Zotti è professore ordinario di Sociologia presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Trieste. È docente di corsi di Metodologia e tecniche della ricerca sociale e di Sociologia. Ha coordinato gruppi di ricerca in alcuni progetti europei (Children's Voices, Eduka, EUth) ed è stato recentemente coordinatore scientifico del progetto INTEGRA. Ha al suo attivo pubblicazioni nel campo della metodologia della ricerca sociale e su valori, giovani e studenti, salute e società. Tra i lavori recenti : *Tecniche grafiche di analisi e rappresentazione dei dati* (2010), *Children's voices. Etnicità e bullismo nella scuola* (2014) e *Working on Epidemiological Data: Problems Encountered and Lessons Learned* (2019).

Ornella Urpis è abilitata al ruolo di professore associato in Sociologia generale ed è titolare di un contratto d'opera per la ricerca presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Trieste. Ha collaborato con le Aziende sanitarie e con l'ospedale Burlo Garofolo per i programmi di formazione e di ricerca sulle mutilazioni dei genitali femminili e sulla violenza di genere. Fra le recenti pubblicazioni: *Sexual and Reproductive Health as an Indicator of Social Integration in Migrant Communities* (2019); *Le voci degli operatori socio sanitari, l'ascolto delle comunità straniere e dei mediatori culturali* (2018); *La diversità culturale nelle società complesse e le nuove strategie di integrazione* (2018).