

DOI: 10.1400/208132

Mara Tognetti Bordogna

[Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati]

Abstract: The theme of inequalities in health conditions is taking on an increasingly important role in our society, because these inequalities are growing, and only if individuals are in good health can they be full citizens. In this paper we analyze and discuss new forms of inequality in health conditions, in relation to the presence of immigrants. In particular, we show how a society with racist tendencies contributes to increasing inequalities in health conditions, particularly as regards access to health services. We use quantitative and qualitative data.

Keywords: Inequalities in health conditions, Race, Immigration, Access to health services, Sociology of health.

Introduzione

Analizzando la letteratura sul tema (Marinacci et al. 2011) e la più recente *Relazione sullo stato sanitario del paese* (Ministero della Salute 2012), si può osservare che in Italia, al pari del resto del mondo, permangono disuguaglianze di mortalità e nello stato di salute (Costa et al. 2012), ed in particolare le disuguaglianze di salute specificamente associate alla stratificazione sociale si mantengono stabili, e in alcuni casi addirittura si estendono o diventano più profonde.

Vivere nel Mezzogiorno con una bassa posizione sociale, ad esempio, comporta un aggravamento degli effetti sfavorevoli sulla salute. Le donne meno istruite e i disoccupati presentano maggiori svantaggi di salute fisica e psichica rispetto a quelli riscontrati in altre regioni. Andamento stabile fra gli uomini, in aumento fra le donne.

Nonostante la forte attenzione da parte dei decisori pubblici e dei sistemi sanitari regionali alla questione dell'equità, resta tuttora aperto l'interrogativo circa quali disuguaglianze permangono e come esse possano e debbano essere controllate.

Problematica riscontrabile in tutti i paesi occidentali, in quanto l'accesso ai servizi continua ad essere diseguale (Marmot, Wilkinson 1999; Gulliford, Morgan 2003) nonostante la presenza di sistemi sanitari moderni, e le differenze continuano ad interessare i vari gruppi sociali nelle specifiche realtà nazionali (van Doorslaer, Masseria 2004; Kunst, Mackenbach 1992; Bago d'Uva, Jones 2009). Il quadro delle disuguaglianze di salute interessa sia nei diversi paesi (livello macro), in particolare se appartenenti alla stessa area geografica, sia i differenti gruppi socio economici della medesima nazione (livello meso), (Bartley 2004; Leclerc, Kamiski, Lang 2008; Lucchini, Tognetti Bordogna 2010), sia gli individui del medesimo contesto (livello micro) (Costa et al. 2012).

La pubblicazione del 1980 del Black Report, nel Regno Unito, contribuì a sfatare il mito circa la capacità dei sistemi sanitari universalistici di ridurre l'eterogeneità delle condizioni di salute delle persone sia a livello individuale sia a livello di gruppo. Inoltre il successivo studio inglese sull'influenza del contesto sociale e della posizione di classe sulla distribuzione dei rischi per la salute, l'*Acheson Report* del 1998, ha evidenziato che i livelli di mortalità sono inversamente correlati con il livello della classe sociale.

Anche il *Rapporto Lalonde* (1974) aveva mostrato che, rispetto alla salute, fossero rilevanti le modalità di

organizzazione della società, più di quanto lo fosse il sistema sanitario nel suo complesso.

Da qui la necessità di investire in modo forte nel miglioramento delle condizioni generali di salute.

La presenza e la persistenza di disuguaglianze di salute nei diversi paesi hanno spinto il Consiglio Europeo di Lisbona del 2000 a individuare le stesse come una delle priorità da affrontare.

Secondo gli epidemiologi (Marmot e Wilkinson 2001; Costa, Spadea, Cardano 2004) esse sono uno dei più gravi scandali della nostra epoca, in particolare per i paesi sviluppati e democratici. Esse inoltre sono una delle forme di iniquità più ingiuste e gravi in quanto la salute è condizione essenziale per poter vivere a pieno la propria vita (Daniels 1985; Anand 2004; Sen 2005). La salute costituisce un prerequisito per consentire che tutte le capacità individuali possano essere sviluppate; essa rappresenta, secondo Sen (2005), una delle condizioni principali della vita umana, una componente significativa delle capacità umane di cui è necessario *riconoscere la preminenza*.

L'aspetto più stupefacente e sorprendente delle disuguaglianze nella salute è la loro regolarità nella scala sociale. A qualsiasi livello della scala ci si ponga, il livello inferiore presenta un profilo epidemiologico più sfavorevole di quello immediatamente superiore (Costa et al. 1998).

Sono molti e differenti i fattori che concorrono a determinare le disparità nello stato di salute degli individui: essi sono raggruppati nei *determinanti della salute* (Breilh 1979; CSDH 2007) i quali vengono distinti in distali, che hanno a che fare con l'organizzazione che una società si è data (economia, lavoro, cultura, grado di coesione, ruolo del welfare) e in determinanti prossimali costituiti da quei fattori che influiscono direttamente sulla salute (fattori psicosociali, comportamentali, ambientali, accesso ad un appropriato sistema di cura).

Le disuguaglianze di salute costituiscono dunque una questione di estrema attualità e di grande rilevanza nella nostra società¹ (Blane 1985; Bartley 2004; Cardano 2008; Genova 2008; Leclerc, Kamiski, Lang 2008; Lucchini, Sarti, Tognetti Bordogna 2009; Macintyre et al. 2002).

Tale rilevanza diviene ancora più importante poiché il processo di globalizzazione, e in particolare la presenza di flussi migratori, evidenzia il formarsi di nuove disuguaglianze, anche nei paesi occidentali.

In tutti i paesi occidentali oltre al permanere di significative iniquità di salute se ne producono di nuove proprio in presenza di soggetti migranti (Fassin 2006).

Sono proprio le disuguaglianze legate alla presenza di questi ultimi che verranno discusse nel nostro paper. In particolare, dopo una sintetica analisi sul piano teorico delle nuove disuguaglianze di salute - cioè quelle che riguardano gli immigrati e la loro presenza - nel nostro contributo ci focalizzeremo su alcune di esse, anche facendo riferimento a dati di tipo epidemiologico, per poi individuare alcune linee d'intervento per il loro superamento.

Immigrati e disuguaglianze di salute

In questo paragrafo, sulla base della letteratura prima internazionale e poi italiana¹, cercheremo di descrivere le principali disuguaglianze che interessano i soggetti migranti². La prevalenza della convinzione che la salute sia condizionata dalle caratteristiche genetiche, dagli stili di vita, dalla capacità di intervento della medicina, lascia in secondo piano il peso che riveste il cambiamento del contesto.

Infatti, fin dagli anni settanta (Costa 2009) gli studi sui migranti hanno mostrato che cambiando l'ambiente si modificava anche il rischio di malattia. In particolare gli studi sui giapponesi (Marmot et al. 1975) hanno attestato che quanti attraversavano il Pacifico per stabilizzarsi nelle Hawaii o in California, nel corso del loro processo d'inclusione nella società americana perdevano la loro tradizionale protezione nei confronti della malattia coronarica ma miglioravano il loro rischio di ictus, così come cambiava il loro rischio per i tumori alla mammella,

1 Ricordiamo che il tema delle disuguaglianze di salute fra gli immigrati è ancora poco studiato in Italia, così come sono ancora poche le ricerche condotte in merito.

2 Le fonti e le ricerche a cui faremo riferimento hanno carattere e sistematicità difforme fra contesto internazionale, europeo, nazionale e regionale a conferma ulteriore della scarsità degli studi in merito.

allo stomaco e all'intestino (Kolonel et al. 1980). Le circostanze sociali e ambientali pesavano dunque visibilmente sulla loro salute. Una conferma ulteriore, e in linea con il *Black Report* (DHSS1980) e il *Rapporto Lalonde* (1974), di come l'organizzazione stessa della società contribuisca a determinare i rischi e le potenzialità di salute per gli individui che in essa vivono.

Analizzeremo ora come e se sono state studiate le disuguaglianze di salute che interessano gli immigrati³.

Secondo alcuni autori (Dressler 1993; Fassin 2006), le disuguaglianze di salute fra gruppi etnici differenti sono ben documentate; ciò nonostante restano ampiamente non teorizzate, fenomeno tutt'ora presente anche nel nostro Paese. Ciò detto, la letteratura internazionale (Dressler 1993) mostra come le disparità di salute siano una costante della nostra società e come all'interno di esse, vi sia una forte *razializzazione* ed *etnicizzazione* delle disuguaglianze di salute (Hummer et al. 2000). La razializzazione della società è diventata una realtà pubblica (Fassin 2006; Perocco 2012) in quanto vi sono delle frontiere interne fondate sulla differenza somatica fra le persone. Ed è proprio in relazione alla presenza di individui che provengono da altri paesi che le disuguaglianze debbono essere studiate, non più solo in base alle categorie di classe sociale, professione, nazionalità, ma anche in relazione all'origine geografica ed al colore della pelle (Fassin 2006).

Confrontando i diversi "gruppi razziali" americani emerge come i neri presentino alti tassi di mortalità e morbilità per quasi tutte le malattie, alti tassi di disabilità, aspettative di vita breve, un accesso minimo alle cure, bassissimi livelli dell'uso delle moderne tecnologie nei loro trattamenti (Hayward, Heron, 1999).

Da tempo altri studi (Heymsfield et al. 1977; Ford, Cooper 1991) mostrano una maggior incidenza (37%) di malattie coronariche fra le donne afroamericane che vivono negli Stati Uniti rispetto alle donne autoctone (18%). Sempre negli Stati Uniti sono state evidenziate disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie, anche se nel tempo queste tendono a diminuire (Jaynes, Williams 1989). Nel Regno Unito (Cooper 1984) è stato sottolineato come gli svantaggi economici influiscano sulle disuguaglianze sia di genere che di "razza" (Jones 2001). Gli studi sui determinanti sociali di salute mostrano, inoltre, come le discriminazioni "razziali", perpetuate in diverse sfere di attività, producono disuguaglianze nelle aspettative di vita (Wilkinson 1996).

Altre ricerche (Black 1980; Acheson 1998; Brian et al. 2002; Marmot 2002) evidenziano la presenza di processi sociali che discriminano chiaramente alcune classi di persone fra cui gli immigrati. Processi che influenzano la differente incidenza e gravità delle malattie e l'accessibilità ai servizi sanitari da parte di questi gruppi rispetto alla popolazione generale, ed in misura maggiore di quanto non facciano le loro caratteristiche etniche o culturali.

La loro riproduzione va attribuita, come mostrato dalle ricerche, all'insieme delle risorse di informazioni, di fiducia e di supporto sociale di cui un individuo dispone se collocato in una rete sociale stabile (Cohen et al. 2000). In questa direzione vanno gli studi che evidenziano come l'assenza di una rete di supporto, gli squilibri nel capitale sociale (Diez Roux et al. 2001) costituiscano fattore di rischio per la salute (Wieckrama et al. 1997). Gli immigrati, proprio perché tali, hanno una rete relazionale limitata e su base etnica, in quanto molto del loro capitale sociale ascritto è rimasto nel paese di origine.

Come detto, e pur usando con precauzione il termine "razza", le discriminazioni e le disuguaglianze di salute che interessano gli immigrati sono ascrivibili alla provenienza geoculturale, all'etnia (Bartley 2004).

Già da tempo era stato evidenziato (Nazroo 1997) l'«approccio epidemiologico tradizionale» (*traditional epidemiological approach*), fenomeno per cui, quando si scoprono malattie in gruppi sociali considerati differenti etnicamente o razzialmente, i medici tendono a pensare che la prima causa sia di tipo biologico o culturale. Altri studi (Fassin 2006) mostrano come le disuguaglianze di salute che interessano gli immigrati siano fra le più rilevanti.

Rispetto alle aspettative di vita inoltre la discriminazione razziale produce ineguaglianze (Wilkinson 1996).

3 Non essendo obiettivo del saggio una analisi teorica degli studi sulle disuguaglianze in salute si rimanda alla letteratura in merito: Marmot, Wilkinson 1999; Costa, Spadea, Cardano 2004; Genova 2008; Sarti 2006; Tognetti Bordogna 2008. Ricordiamo a solo titolo esemplificativo alcune famiglie di disuguaglianze di salute che riguardano anche i soggetti migranti: innanzitutto quelle biologiche-genetiche che sono iscritte nel DNA degli individui; quelle riconducibili alle condizioni socio economiche e agli stili di vita; quelle perinatali e neonatali imputabili alle cattive condizioni di vita della madre del concepito (Kuh et al. 2003); quelle provocate da inquinamenti chimici e dal contesto ambientale in generale; quelle d'accesso/nell'accesso/nell'utilizzo/nella qualità di servizi e prestazioni particolarmente rilevanti per le persone svantaggiate che ricorrono ai servizi in modo intempestivo; quelle derivanti dalle *capability*; e infine, particolarmente rilevanti per gli immigrati, quelle legate alla "razza", o meglio, al processo di razializzazione.

Infatti i gruppi di popolazioni che hanno fatto l'esperienza migratoria hanno mediamente un'aspettativa di vita inferiore alla popolazione autoctona, una mortalità infantile maggiore e presentano più frequentemente, una cattiva salute (Nazroo et al. 2005).

Gli studi relativi alle disuguaglianze di salute mettono anche in evidenza l'importanza della variabile residenza o effetto contesto: ancora una volta ci riferiamo a persone che in quanto appartenenti ad una minoranza etnica tendono ad essere collocate in occupazioni meno vantaggiose e a più basso reddito, ed in aree svantaggiate sul piano ambientale. Bartley (2004) sottolinea come le ricerche mostrino chiaramente che le disuguaglianze di salute siano riconducibili alla posizione socio economica, e che siano altrettanto importanti le variabili ambientali in cui le persone vivono. Ricordiamo che di norma le aree con alta concentrazione di gruppi etnici sono anche quelle con livelli di servizi e di condizioni ambientali più bassi.

In letteratura (Dressler 1993) in riferimento agli americani bianchi e agli americani neri sono stati individuati quattro modelli nelle disuguaglianze di salute che riguardano i migranti:

- il modello raziale-genetico (*racial-genetic model*) che differenzia i gruppi sulla base delle diversità fenotipiche e i cui studi hanno mostrato secondo Dressler che sia utile usare la categoria gruppo etnico e come il termine "razza" non abbia alcuna rilevanza;

- il modello dei comportamenti di salute e degli stili di vita (*health behaviour or lifestyle model*). Gli studi riconducibili a questo modello sono sempre secondo Dressler importanti ma ignorano largamente il peso del contesto sociale ;

- il modello dello status socio-economico (*socioeconomic status model*). Anche questo modello presenta dei limiti in quanto può produrre un effetto di confondimento fra modello del gruppo etnico e quello dello status socio economico;

- il modello socio strutturale (*social structural model*) viene proposto come possibile modello che meglio è in grado di cogliere le disuguaglianze di salute fra individui immigrati e individui autoctoni⁴.

In Italia alcuni autori (Gallino 1993; Bianco 2001; Tognetti Bordogna 2008; Nuti, Maciocco, Barsanti 2012; Perocco 2012) hanno da tempo cominciato ad analizzare le disuguaglianze di salute relative agli immigrati, proprio all'interno del processo di razializzazione della nostra società.

Tema quest'ultimo sempre più rilevante anche se i dati empirici e le ricerche in tal senso sono ancora limitate.

Nonostante gli ancora scarsi studi relativi alle disuguaglianze di salute della popolazione immigrata, aumentano le evidenze in tal senso (Istat 2008; Nuti et al. 2012). L'etnicizzazione delle disuguaglianze è una realtà nuova per il nostro paese, ma la presenza di disuguaglianze di salute, vecchie e nuove, come ci ricorda Marmot (2004) è un fenomeno transnazionale stabile.

Gallino (1993), ad esempio, mostra come la classe sociale sia centrale nella determinazione delle disuguaglianze, ma anche come questa variabile non costituisca l'unica dimensione portante, entrando in gioco il genere, l'etnia e l'età.

Secondo altri (Marceca et al., 2006; Tognetti Bordogna 2008; Perocco 2012), la discriminazione razziale aggrava ed oltrepassa le disuguaglianze causate dalla condizione socio economica.

Gli studi condotti in Italia (Ires Piemonte 1992; Quaranta, Ricca 2012; Geraci 2005) riguardanti gli atteggiamenti nei confronti degli immigrati mostrano come l'attribuzione etnica, di tipo gerarchizzato, sia collegata ad una gerarchizzazione valoriale: conseguentemente, gli immigrati sono collocati sui diversi gradini della stratificazione sociale, in relazione alla provenienza geo-culturale.

Anche autori italiani hanno messo in evidenza quanto pesi, sulle disuguaglianze a carico degli immigrati, il capitale sociale (Bianco 2001).

Sono proprio gli studi che per primi hanno mostrato che anche in Italia è in atto un processo di razializzazione che pesa particolarmente sulle disuguaglianze di salute (Tognetti Bordogna 2008; Perocco 2008), a delineare alcune tendenze:

Fra gli immigrati vi sono aree di salute peggiori rispetto alla realtà degli autoctoni e in generale rispetto alla media nazionale (Geraci 2005; Marceca et al. 2006) pur in presenza di un profilo generale di salute discreto fra la

⁴ Poiché obiettivo del nostro saggio è analizzare le disuguaglianze di salute nella popolazione immigrata in Italia non approfondiamo ulteriormente sul piano teorico i quattro modelli rinviando a Dressler 1993.

popolazione immigrata.

All'effetto *migrante sano*, cioè partivano coloro che godevano di buona salute per poter fronteggiare la fatica della migrazione, si è sostituito l'effetto *migrante esausto* a causa delle condizioni di vita e di lavoro nel contesto migratorio le quali hanno contribuito ad erodere velocemente il patrimonio di salute (Ministero della salute 2005) dei migranti.

Anche per i migranti i principali determinanti⁵ di salute e di malattia hanno carattere sociale, a partire dalle condizioni di lavoro precarie, seguite dal disagio abitativo, dall'esclusione sociale, dalla precarietà.

Tendenze ricondotte, da un lato, alle condizioni lavorative degli immigrati che sono peggiori, nella maggior parte dei casi, rispetto alle condizioni degli autoctoni e che producono un "mal da lavoro"; dall'altro lato, al tipo di relazioni che la società italiana e lo stato hanno stabilito con questa nuova popolazione (Perocco 2012).

I dati

Lo studio delle disuguaglianze di salute che riguardano gli immigrati oltre ad evidenziare il livello del processo di razializzazione nel nostro Paese consente di comprendere il loro livello di inclusione nella società ospitante (Tognetti Bordogna 2012), ma anche il loro livello di vulnerabilità rispetto agli autoctoni (Reyneri, 2007). Studiare la salute dei migranti assume dunque un'importanza non solo per essi ma anche per comprendere come e se i soggetti migranti siano individui inclusi a pieno titolo nella società.

Nonostante ciò lo studio delle disuguaglianze di salute non è così semplice in quanto non esistono fonti sistematiche a livello nazionale e tanto meno a livello regionale.

Quadro informativo che si ripropone a livello europeo (Rechel et al. 2013) poiché le informazioni sulla salute dei migranti in Europa sono poco sistematiche, ed è difficile monitorare e migliorare la loro salute. In generale le informazioni relative alla salute, nella maggior parte dei paesi europei, non sono disegnate per identificare la popolazione con lo status di migrante. E anche gli studi sulle disuguaglianze di salute ignorano largamente il fattore immigrazione (Rechel et al. 2013:3).

Particolarmente carente però risulta essere il quadro informativo e statistico a livello nazionale.

La fonte maggiormente attendibile è quella Istat (2008) relativa a individui regolarmente presenti in Italia e a coloro che godono di qualche diritto di accesso riconosciuto ai servizi sanitari pubblici (SPT ecc.) e che quindi rientrano a pieno titolo nelle rilevazioni ufficiali e sistematiche⁶.

Allo stato attuale non abbiamo informazioni sui mancati accessi, così come non vi sono fonti a livello nazionale che rilevano il tipo di utilizzo dei servizi sanitari da parte dei soggetti irregolari. Alcuni, pochi, dati sono rilevati a livello locale, dagli stessi servizi di terzo settore che erogano prestazioni a favore degli irregolari, ma essi sono scarsamente rappresentativi della realtà nazionale. Dati comunque che evidenziano un andamento discontinuo dell'accesso dell'utenza irregolare (AUSL di Reggio Emilia, Caritas di Roma, ecc.). Possiamo dunque affermare che le discriminazioni e la razializzazione che riguarda la popolazione immigrata trovano una conferma anche sul piano delle informazioni per la salute.

Quanto fino ad ora esemplificato ci consente di sottolineare la carenza informativa dell'Italia inerente la popolazione immigrata: ciò rende ancora più complesso affrontare il tema delle disuguaglianze di salute relative ai soggetti migranti.

Osservare la salute della popolazione straniera sulla base delle fonti sistematiche significa considerare solo coloro che vengono "rilevati" dalle medesime fonti, quindi i soli soggetti regolari, escludendo così tutti gli altri. Pur in presenza di un quadro statistico parziale si evincono le molte forme di disuguaglianze in salute a carico degli

⁵ I determinanti di salute sono quei fattori la cui presenza modifica, positivamente o negativamente, lo stato di salute di un individuo e in generale di una popolazione. Secondo Dahlgren e Whitehead (1991) sono distinguibili in determinanti prossimali (età, sesso, patrimonio genetico, ecc.) non modificabili, e determinanti distali (condizioni e stili di vita, istruzione, ambiente di lavoro, ecc.) modificabili.

⁶ La quasi totalità delle ricerche condotte in Italia si rifanno a questa fonte quindi non le prenderemo in considerazione singolarmente. Solo poche ricerche locali hanno rilevato direttamente dati circoscritti (AA.VV. 2011a; AA. VV. 20011b; Nuti et al. 2012).

immigrati. Andremo a discuterne nel prossimo paragrafo.

L'accesso

I dati di cui disponiamo (Agenas 2011) evidenziano come le patologie che interessano gli immigrati siano, nella maggioranza dei casi, legate alle condizioni abitative, lavorative, agli stili di vita, alle difficoltà relazionali e di socializzazione, al tipo di rapporto che s'instaura con le istituzioni. Particolarmente rilevante è la relazione fra esclusione abitativa e sociale, con conseguenze nocive sulla salute. Gli immigrati inoltre hanno frequentemente un'alimentazione squilibrata o carente.

Sembrano poi particolarmente rilevanti per i soggetti migranti le disuguaglianze di salute riconducibili all'accesso alle risorse per la salute.

Come la letteratura internazionale (Mackenbach e Kunst 1997; van Doorslaer, Koolman, Jones 2004) e nazionale (Tognetti Bordogna 2004; 2008; 2011; 2012; Nuti et al. 2012) hanno evidenziato, sono proprio le difficoltà nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari a costituire elementi importanti delle disuguaglianze sociali di salute per i migranti⁷. Esse poi tendono a sommarsi, per i soggetti svantaggiati, a tassi di mortalità e morbilità più alti di quelli riscontrati nei gruppi sociali con un elevato status socio-economico.

Lo stesso Sen (2002), sottolinea che le disuguaglianze non sono imputabili solo alla distribuzione dei mezzi, ma anche alla differenziazione nelle capacità di accesso. Queste ultime sono attribuibili sia alla scarsità dei mezzi, sia alla difficoltà di convertire i mezzi disponibili in capacità (ASR 2007). Vi sono poi disuguaglianze derivanti dai diffusi sistemi di welfare sanitari, dalle loro specifiche modalità di cura, particolarmente evidenti se siamo in presenza di utenti i cui modelli di salute, di malattia e di sistemi per la salute sono diversi (e frequentemente sono molto diversi) da quelli in cui si trovano a vivere la loro esperienza migratoria e quindi la loro stessa esperienza di malattia (Kleiman 1980).

Molte altre variabili incidono sull'accesso: la conoscenza da parte degli immigrati del diritto alla salute e degli strumenti necessari per esercitare tale diritto; la conoscenza da parte degli operatori dell'esistenza del diritto e delle procedure per esigere tale diritto; le risorse all'interno del sistema per la salute per concretizzare tale diritto.

La ricerca, condotta nell'Azienda Usl di Cesena nel corso del 2007, evidenzia che gli immigrati si inseriscono con maggiore difficoltà nei percorsi di assistenza, rispetto agli italiani, con conseguenti rischi di salute. Tale disuguaglianza nell'accesso ai servizi era già stata evidenziata in una precedente rilevazione (2002-2004).

Gli studi hanno ormai svelato anche in Italia (Tognetti Bordogna 2004; Padovan, Alietti 2008) che l'accesso ai servizi da parte degli immigrati è condizionato da diversi fattori⁸ di natura organizzativa, conoscitiva e burocratico. Ciò conferma, a nostro avviso, che non basta la sola offerta dei servizi sanitari per renderli esigibili, ma è necessaria l'attivazione di azioni di tipo promozionale, conoscitivo, affinché tali risorse diventino effettive, concrete, riconosciute, per una popolazione che proviene da contesti differenti e con welfare disomogenei

Sui mancati accessi, alcune stime (AA.VV.2011b) mostrano come l'entrata in vigore del decreto sicurezza abbia determinato un calo generalizzato nell'accesso alle risorse di salute della popolazione immigrata, indipendentemente dal loro status giuridico.

Fenomeno ulteriormente confermato da una ricerca condotta a Reggio Emilia (AA.VV. 2011a) sull'accesso ai servizi sanitari che – in linea con quanto già mostrato dalla letteratura internazionale - evidenzia una forte domanda della popolazione immigrata al Pronto Soccorso. Gli immigrati ricorrono a tale servizio in misura maggiore rispetto gli autoctoni a causa di un inadeguato utilizzo di altri servizi. Inoltre i soggetti irregolari si rivolgono al Pronto Soccorso più dei regolari e degli autoctoni, e frequentemente sono accessi inappropriati. Anche i bambini

⁷ Ciò nonostante, sono ancora numericamente limitati gli studi empirici inerenti tali questioni.

⁸ Possiamo così schematizzare i diversi fattori che incidono sull'accesso ai servizi sanitari: variabili socio-demografiche (età, sesso, scolarità, occupazione, cittadinanza), variabili culturali (idea e vissuto della malattia, modello epistemologico di salute e di malattia, percezione del dolore, medicina tradizionale) variabili relazionali (progetto migratorio, famiglia, rete/capitale sociale, articolazione nel contesto territoriale, conoscenza dei servizi), culture organizzative.

e i ragazzi immigrati utilizzano il Pronto Soccorso più frequentemente dei loro coetanei autoctoni.

A livello nazionale (ISTAT 2008) accede al Pronto Soccorso il 5,7 % degli immigrati contro il 3,8 % degli italiani, i maschi immigrati vi ricorrono nella misura del 7%, contro il 4,2% dei maschi italiani.

In letteratura (Nutti et al. 2012) sono state evidenziate alcune variabili che incidono sul maggior accesso a tale struttura: innanzitutto gli immigrati conoscono poco i servizi sanitari e il loro funzionamento; hanno poi problemi di orario in quanto i loro impegni lavorativi mal si conciliano con la scansione oraria dei servizi pubblici e, frequentemente, non vengono rilasciati permessi dal lavoro, incrementando anche l'accesso tardivo. Essi possono poi presentare problemi economici e quindi non accettano di pagare il ticket. La complessità di funzionamento dei servizi territoriali, solo apparentemente più facili da usare, può determinare in popolazioni non abituate ad utilizzare tali risorse, un mancato o solo parziale accesso a tali servizi.

La mancanza di permesso di soggiorno poi può provocare un rinvio della domanda di salute, l'immigrato si muove così in ritardo rispetto alla prestazione e solo quando non può farne a meno, accedendo in urgenza al Pronto Soccorso, il quale eroga prestazioni senza particolari vincoli burocratici. Infine questo servizio fornisce una maggior "certezza della prestazione gratuita", oltre ad evitare le lunghe attese che normalmente si scontano nel sistema sanitario pubblico. Non va poi sottovalutato che la risposta altamente medicalizzata che ricevono in questo contesto dà loro la sensazione di ottenere una risposta al loro problema di malattia.

Inoltre lo stare male in immigrazione a causa del maggior isolamento, dell'assenza di una rete di relazioni densa, determina uno stato emotivo tale per cui diventa urgente una risposta al proprio bisogno, incrementando così l'accesso al Pronto Soccorso. Esso poi rappresenta un punto di riferimento universalmente noto che consente anche di evitare il meccanismo della prenotazione.

Altre ricerche (DHHS, 1999) hanno evidenziato che gli immigrati sono poco tutelati nella loro salute, presentano un più basso accesso ai servizi sanitari hanno una scarsa conoscenza del funzionamento dei servizi, ricevono prestazioni di bassa qualità rispetto agli autoctoni.

Per gli immigrati dunque oltre ai determinanti di ordine economico, sociale, culturale, politico e giuridico, vi sono anche quelli organizzativi. Le disuguaglianze di salute a carico degli immigrati dipendono dalla qualità dell'assistenza, dal tipo di accesso ai servizi, dal tipo di trattamenti, a cui gli individui sono sottoposti (Tognetti Bordogna 2011).

Essi ricorrono ai servizi territoriali in misura minore rispetto ai nativi (Nutti et al. 2012), fenomeno che può essere attribuito alla presenza di diverse barriere: quella linguistica, quelle organizzative, alla scarsa conoscenza dell'esistenza dei servizi territoriali; al mancato o parziale funzionamento di tali servizi.

Sono differenti, fra italiani e immigrati (ISTAT 2008) le motivazioni che spingono a scegliere una struttura per effettuare visite specialistiche. Fra gli stranieri prevale la motivazione della vicinanza, rispetto agli italiani (31,6% gli stranieri, contro il 22,6% degli italiani). Un'esigenza pratica, particolarmente rilevante fra gli uomini immigrati, 36,6 %, rispetto alle donne straniere 28,8%. Come abbiamo visto per questa popolazione è complesso in generale ricorrere ai servizi per la salute, lo diventa ancora di più se le strutture di riferimento sono distanti dalla abitazione o dal lavoro con un dispendio aggiuntivo di tempo che non si concilia con le forti esigenze lavorative e con le difficoltà a muoversi in un territorio non noto. Anche il peso del "motivo economico" risulta rilevante per gli immigrati (19,8), in misura oltre il doppio sia fra gli uomini sia fra le donne, se confrontati con gli italiani (8,1). L'elemento fiduciario sembra determinare la differenza nell'accesso, anche se è più elevato fra gli italiani (54% per gli italiani, contro il 43,1% per gli stranieri).

Il medico di famiglia è un punto di riferimento importante nelle decisioni sulla propria salute. Più elevata la fiducia nei confronti di questo professionista da parte degli stranieri (68,6 % fra gli stranieri, contro il 60% degli italiani) siano essi maschi o femmine. E' invece rilevante fra gli italiani rispetto agli stranieri, la fiducia nei confronti degli specialisti. Per quanto concerne le visite specialistiche i dati Istat disponibili (2008), mostrano come queste siano maggiormente eseguite dagli italiani rispetto agli immigrati, in particolare fra le donne (27% per le donne italiane contro 17% per quelle straniere).

L'indagine sui ricoveri ospedalieri degli stranieri, del Ministero della Salute del 2003 ha mostrato un impatto limitato della popolazione immigrata sui servizi ospedalieri. Rispetto al 1998, i ricoveri in day hospital sono quasi triplicati, segno di un utilizzo più appropriato dei servizi da parte degli immigrati. Le prime quattro cause di

ricovero ospedaliero dei pazienti stranieri sono correlate alla gravidanza e al parto (gravidanza e parto normale 3,7% contro il 3,2% del valore nazionale; complicanze del parto 2,9% contro 1,2% a livello nazionale; altre complicanze della gravidanza 2,9% contro lo 0,7%; perdita ematica in gravidanza 1,9% contro lo 0,6% del dato nazionale) sia fra gli autoctoni sia fra gli immigrati (63,2% fra gli italiani, contro il 60,6% fra gli immigrati).

Più elevato il tasso di ricovero (AA.VV. 2008) fra i cittadini italiani rispetto a quelli immigrati (216‰ fra gli italiani contro il 139‰ degli immigrati), ciò è attribuibile, anche alla minor età della popolazione immigrata.

Per quanto riguarda invece il tasso di ospedalizzazione, per acuti in regime di ricovero ordinario, emerge come i cittadini stranieri abbiano tassi pari a 119‰ (118‰ per i cittadini stranieri esclusi PSA e 129‰ per cittadini UE) contro un tasso complessivo dei cittadini italiani pari a 167‰, quindi un minor ricorso al ricovero da parte degli immigrati, in regime di ricovero ordinario.

Dato interessante quello relativo alla bassa quota dei ricoveri ordinari fra gli immigrati (101‰ contro il 147‰ fra gli italiani), ancora più bassa (mai superiore all'1%) se riguarda gli immigrati clandestini.

La percentuale di ricoveri ordinari che avvengono in urgenza, è più alta per gli immigrati, che per gli autoctoni. Il ricovero in queste condizioni, può essere considerato una proxy del livello di utilizzo dei servizi sanitari territoriali e della capacità di questi servizi di prendersi in carico il paziente. I ricoveri in urgenza significano anche: gravità del problema, scarsa conoscenza e utilizzo dei servizi territoriali da parte degli immigrati, scarsa informazione e mal funzionamento dei servizi territoriali.

Anche altre ricerche (ISTISAN 2006; Scamuzzi et al. 2008) evidenziano che tra le cause di ricovero degli immigrati prevalgono eventi legati a stati fisiologici, in particolare gravidanza e parto per le donne, o a traumatismi accidentali, per i maschi. L'accesso ai servizi sanitari si conferma essere determinato e condizionato dall'urgenza della prestazione sia per le donne (parto) che per gli uomini (traumatismi). Appare chiaro che il bisogno di salute, le modalità di accesso al welfare sanitario sono legate alle condizioni di vita e di lavoro degli immigrati più che alle loro condizioni di salute fisiche (Geraci 2005).

Sulla base dei dati illustrati si può desumere un uso differenziato dei servizi fra i maschi e le femmine immigrate, ma anche fra italiani e stranieri; un accesso limitato ad alcune, poche, strutture per la salute quando riguarda gli immigrati. Sempre sulla base dei dati nazionali e di fonte ufficiale non è possibile considerare alcune variabili che le ancora scarse ricerche locali fanno emergere come determinanti per l'accesso ai servizi per la salute quali la competenza linguistica e il periodo di permanenza in Italia. Le ricerche (Rechel et al. 2013; Catanzaro et al. 2009; ORIM 2005) mostrano come oltre allo status giuridico sull'accesso pesino la competenza linguistica e la permanenza nel territorio italiano. Al crescere di queste variabili aumenta l'accesso ai servizi. Vi sono poi ulteriori fattori che incidono negativamente sull'accesso quali i costi aggiuntivi da sostenere per le prestazioni (ticket, ecc.), gli orari di apertura e di funzionamento dei servizi, nonché la complessità burocratica. Tutte variabili queste che nelle statistiche ufficiali non vengono rilevate.

Le evidenze empiriche fin qui presentate, per quanto limitate e non esaustive, mostrano un utilizzo inadeguato ed inappropriato dei servizi sanitari da parte degli immigrati e il permanere di forte disuguaglianze di accesso fra migranti e autoctoni.

Le disuguaglianze fra gli uomini e le donne

Come illustrato nella breve ma esaustiva rassegna presentata nei paragrafi precedenti, le ricerche e i dati della letteratura mostrano come la presenza di disuguaglianze di salute nella popolazione immigrata sia differenziata tanto per genere quanto rispetto all'accesso alle strutture (ISTISAN 2005, ISTAT 2008). Inoltre (Perocco 2012) l'inserimento lavorativo degli immigrati è avvenuto seguendo traiettorie che incorporano elementi di discriminazione: concentrazione nei segmenti più bassi del mercato del lavoro, nelle occupazioni e nelle mansioni più faticose, precarie, insalubri, nocive e rischiose, con conseguenti alti livelli di infortunio ed in misura più rilevante rispetto ai lavoratori autoctoni con impatti negativi sulla salute.

In particolare sono gli infortuni a pesare decisamente sui lavoratori immigrati, in costante aumento, così come sono rilevanti gli incidenti con esiti mortali a loro carico (6,8% nel 2000 contro il 13,2% del 2004), di

conseguenza si ha un rilevante accesso al Pronto Soccorso e ai ricoveri non programmati.

I dati mostrano l'elevato tasso infortunistico pari al 9.1% tra i lavoratori migranti nel 2011, contro il 4.2% dei lavoratori autoctoni, cioè più del doppio, ed in crescendo (INAIL 2005): 92.746 nel 2002, 108.509 nel 2003, 115.773 nel 2004, mentre nel 2009 sono stati registrati 119.240 casi di infortunio e 120.135 nel 2010. Come abbiamo visto essi rappresentano la maggior causa di ricovero per i maschi immigrati. Nonostante l'incremento numerico siamo di fronte ad un fenomeno spesso sottostimato poiché le condizioni lavorative possono portare gli immigrati a non denunciare sempre l'infortunio, a non fare richiesta di assistenza, ad attribuire ad altre cause l'incidente (incidente domestico o al di fuori dell'ambito lavorativo). La stessa Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati segnalava, già nel 2001, come il fenomeno della mancata denuncia degli infortuni lavorativi fosse una questione da non sottovalutare.

Più che da inadeguatezza professionale, da insicurezza negli ambienti di lavoro, scarsa competenza linguistica, tali eventi sono da ricondurre al livello di sfruttamento, ai ritmi di lavoro, all'irregolarità del lavoro (Perocco 2012).

Ricerche condotte in Emilia Romagna (ASR 2007), mostrano come l'asma e le infezioni acute alle vie respiratorie siano tre volte superiori fra gli immigrati rispetto agli italiani, mentre le ferite e i traumatismi intracranici sono due volte più alte, così come sono rilevanti le lombalgie, la tendinite, il mal di schiena. Se a questi fattori lavorativi aggiungiamo quelli abitativi, la qualità delle abitazioni, spesso povere e malsane, circa il 40% degli immigrati vive in alloggi di fortuna o ospiti dei datori di lavoro (Caritas 2005), mentre la situazione di esclusione abitativa riguarderebbe il 3% immigrati (Tosi 2001), appare ovvio che lo stato di salute e l'aspettativa di vita per questi lavoratori non possono che peggiorare. Infatti oltre che alla crescita dell'asma fra di essi si rileva anche la crescita delle allergie.

Al pari degli uomini e in quantità superiore rispetto agli autoctoni la donna immigrata è esposta a incidenti, a traumatismi, a malattie professionali. Le ricerche (CENSIS 2010) hanno evidenziato l'esistenza di una correlazione fra incidenti e lavoro domestico. Il 44% degli intervistati ha avuto un incidente domestico nell'ultimo anno. Nel 2008 sono stati 3.576 gli infortuni del personale domestico, di cui 2 mortali. Le maggiori cause degli incidenti sono la disattenzione (55,7%), l'imperizia, i comportamenti azzardati (18,2%), la mancata o cattiva manutenzione di oggetti e impianti (10,9%), la rottura di strutture (9,5%), la disattenzione e imperizia altrui (7,6%).

E' la salute riproduttiva a rappresentare un punto di osservazione privilegiato per comprendere la situazione di salute delle donne immigrate, il capitale di salute dei loro bambini, ma anche per la realizzazione di programmi e strategie di politica sanitaria (Spadea, Cois 2004).

Come già discusso le cause di ricovero sono riconducibili alla gravidanza e al parto. Le donne che accedono ai servizi per la gravidanza, parto e cura dei figli, vivono situazioni di isolamento riconducibile al fatto che il loro reticolo familiare e amicale è rimasto, nella sua composizione principale, nel paese di origine. Esse spesso partoriscono in ospedali poco accoglienti in cui gli operatori hanno difficoltà a comprenderle.

Il tutto è aggravato da *condizioni di lavoro pesanti, ambienti abitativi, inadeguati* o a volte condivisi con altre famiglie o altri immigrati, il difficile accesso ai *servizi socio-sanitari*. Le ricerche mostrano gravidanze ravvicinate, nascite pre-termine, basso peso alla nascita, IVG, pratiche contraccettive non conosciute e non capite (ISTISSAN 2005).

L'indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (2000-01) in 5 ospedali romani, evidenzia che l'8,8% delle intervistate ha partorito prima della 37° settimana di gestazione. Questo valore è inferiore a quello rilevato tra le immigrate nel 1995-1996 (12,2%), ma superiore a quello osservato tra le italiane (4,6%).

Sulla base della ricerca condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (2000), emerge che le donne immigrate effettuano un minor ricorso ai controlli e agli esami durante la gravidanza, il 42,5% delle donne immigrate non si era sottoposta ad un controllo nel primo trimestre di gravidanza, contro il 10,7% delle italiane; il 68% delle italiane aveva eseguito almeno quattro prelievi del sangue, contro l'11% delle immigrate. L'indagine evidenzia poi barriere culturali e linguistiche nell'accesso alle visite ginecologiche e alle diagnosi perinatale, nonché un'alimentazione sbilanciata o insufficiente, condizioni abitative insalubri e solitudine.

Analizzando il percorso di maternità emerge come le donne immigrate ricorrano maggiormente, a differenza delle donne italiane, a strutture pubbliche sia per il ginecologo (57,6% contro il 16,5% delle italiane) che per il

consultorio (38,3% contro il 13,7%).

Pur ricorrendo le donne immigrate a controlli entro il primo trimestre, sono in numero minore rispetto alle italiane, coloro che eseguono tempestivamente tali pratiche. Infatti si è sottoposto alla prima visita entro il primo trimestre di gravidanza l'88,5% di tali donne, contro il 94,6% delle italiane. Mentre si sono sottoposte ad ecografia entro il terzo mese il 68,5% delle straniere rispetto all'88,3% delle italiane. Le donne italiane effettuano mediamente 5,0 ecografie contro le 4,4 delle donne straniere. Più bassa fra le donne immigrate la percentuale di coloro che partoriscono con taglio cesareo 24,9% contro il 35,9% delle italiane. Più elevato fra le donne straniere l'allattamento al seno (88% contro l'80,7%).

Le donne immigrate residenti in Italia ricorrono meno agli screening dei tumori femminili, se confrontate con le donne italiane. Differenze di comportamento rilevabili in tutte le fasce d'età, ma più marcate al crescere dell'età. Se consideriamo la fascia di età 25-64 anni, il 51,6% delle donne straniere si è sottoposta ad un paptest contro il 71,8% delle donne italiane. Anche per la mammografia si riscontra un minor ricorso da parte delle donne straniere comprese nella fascia di età 50-64, pari al 42,9%, contro il 73,1% delle donne italiane (ISTAT 2008).

Comportamenti attribuibili sia ad una minor informazione che ad un tempo inferiore da dedicare alla salute.

Conclusioni

I dati riportati evidenziano forme molteplici di disuguaglianze di salute a carico degli immigrati, sia maschi sia femmine, riconducibili sia alle condizioni di vita e di lavoro, sia al funzionamento dei servizi sanitari. In particolare quelle più macroscopiche sono legate all'accesso ai servizi sanitari, al loro funzionamento, indipendentemente dallo status giuridico del migrante. Le nuove disuguaglianze a carico dei soggetti migranti come mostrano i dati discussi, non solo rappresentano una novità per il nostro Paese e una conferma del processo di razializzazione in atto ma costituiscono una realtà che non può essere ignorata sia dai decisori pubblici sia dalle fonti informative.

I dati mostrano che la riduzione delle disuguaglianze di salute per i migranti non può che passare attraverso l'eliminazione delle disuguaglianze sociali.

In particolare poi il sistema per la salute e i suoi attori debbono prestare specifiche attenzioni nei confronti di questa popolazione che fonda per larga parte il proprio progetto migratorio sulla base del capitale di salute.

Servizi più attenti e culturalmente orientati sono alla base dell'equità nella salute, ma anche buone condizioni di vita e di lavoro risultano essenziali. E' altrettanto importante definire percorsi e procedure finalizzati ad adeguare l'offerta dei servizi per la salute anche ai soggetti migranti dedicando particolare attenzione all'equità, alla qualità e alla transculturalità[□].

Come abbiamo mostrato nei paragrafi precedenti, anche la rilevazione di dati sistematici che tengano conto della specificità migratoria costituisce un obiettivo importante per un Paese che fa della lotta alle disuguaglianze di salute un obiettivo di cittadinanza.

La creazione di set di indicatori orientati alla popolazione immigrata e ai loro bisogni di salute - a partire dai ricoveri ospedalieri, alla salute materno infantile, agli infortuni sul lavoro e ai traumatismi, alle malattie infettive e alla mortalità - diviene un imperativo sempre più rilevante. La formazione e la sensibilità degli operatori deve essere affiancata ad un incremento degli studi e delle ricerche relative alle disuguaglianze di salute che riguardano gli immigrati, potenziando le fonti informative nazionali e locali di fonte ufficiale onde evitare che si abbia un quadro epidemiologico dei soli soggetti regolari che accedono alle strutture di ricovero e quindi di tipo parziale.

Particolare attenzione nello studio delle disuguaglianze di salute fra gli immigrati dovrebbe infine essere prestata anche da parte della sociologia della salute: è anzi fortemente auspicabile che questo tema possa in breve tempo costituire un ambito di ricerca particolarmente fecondo sia per la stessa sociologia della salute sia per una nuova sociologia economica.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2011a), *Salute per tutti: da immigrati a cittadini*, Bologna: Lombar Key.
- AA.VV. (2011b), *L'accesso al Pronto Soccorso nella Provincia di Reggio Emilia: un confronto tra la popolazione immigrata e italiana*, in «Epidemiologia e Prevenzione», 5/6:250-266.
- AA.VV. (2008), *La spesa sanitaria per gli immigrati*, in «Monitor», 21.
- Acheson D. (1998), *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*, London: The Stationery Office.
- AGENAS (2011), *La spesa sanitaria per gli immigrati*, Age.na.s. on line, marzo.
- Anand S. (2004), *The Concern for Equity in Health*, in S. Anand, P. Fabienne, A.K. Sen (2004, eds), *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford: Oxford University Press.
- ASR, Regione Emilia Romagna (2007), *Disuguaglianze in cifre*, Dossier: 145.
- Bago d'Uva T.B., Jones A.M. (2009), *Health Care Utilisation in Europe: New Evidence from the ECHP*, in «Journal of Health Economics», 28/2: 265-279.
- Bartley M. (2004), *Health Inequality: An Introduction to Theory, Concepts and Methods*, Cambridge: Polity Press.
- Bianco ML. (2001), *L'Italia delle disuguaglianze*, Roma: Carocci.
- Blane D. (1985), *An Assessment of the Black Report's Explanations of Health Inequalities*, in «Sociology of Health and Illness», 7/3: 423-445.
- Breilh J. (1979), *Epidemiologia: economia, medicina e politica*, Mexico City: Fontamara.
- Bronzini M. (2009, a cura di), *Sistemi sanitari e politiche contro le disuguaglianze di salute*, Milano: FrancoAngeli.
- Cardano M. (2008), *Disuguaglianze sociali di salute. Differenze biografiche incise nei corpi*, in «Polis», 1: 119-146.
- Caritas-Migrantes (2005), *Dossier statistico Immigrazione. XII, XIII, XIV*, Roma: Nuova Anterem.
- Catanzaro R., Colombo A. (2009, a cura di), *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Bologna: Il Mulino.
- CENSIS, (2010) *Dare casa alla sicurezza. Rischi e prevenzione per i lavoratori domestici*, Roma: CENSIS.
- Chiazzo A, Cois E. (2004), *Il supporto sociale*, in «Epidemiologia e Prevenzione», 28: 37-42.
- Cohen S., Gottlieb B. H., Underwood L.G. (2000), *Social Relationship and Health*, in S. Cohen et al. (2000, eds), *Social Support Measurement and Intervention: a Guide for Health and Social Scientists*, New York: Oxford University Press.
- Costa G., (2009), *Le disuguaglianze di salute: una sfida per le discipline che si occupano di valutazione delle politiche sociali*, in A. Brandolini, C. Saraceno, A. Schizzerotto (2009, a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia*, Bologna: Il Mulino: 210-250.
- Costa G., Marinacci C., Caiazzo A. e Spadea T. (2003), *Individual and Contextual Determinants of Inequalities in Health: The Italian Case*, in «International Journal of Health Services», 33/4: 635-667.
- Costa G., Spadea T., Cardano M. (2004), *Disuguaglianze di salute in Italia*, in «Epidemiologia e Prevenzione», numero monografico.
- Costa G., Landriscina T., Marinacci C. et al. (2008), *I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza*, in «Monitor», 22/3: 98-109.
- Costa G., Gelormino E., Cislighi C. (2011), *La prevenzione delle disuguaglianze*, in AA.VV., *Rapporto prevenzione 2011*, Bologna: Il Mulino.
- CSDH (2007), *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, Discussion Paper (Final Draft).
- Ford E.S., Cooper R.S. (1991), *Risk Factors for Hypertension in a National Cohort Study*, in «Hypertension», 18: 598-

606.

Daniels N. (1985), *Just Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press.

DHSS, Black Report (1980), *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*, London: Department of Health and Social Security, <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>.

Diez Roux A.V., Merkin S.S., Arnett D. et al. (2001), *Neighborhood of Residence and Incidence of Coronary Heart Disease*, in «New England Journal of Medicine», 12: 99-106.

Dahlgren G., Whitehead M. (1991), *Policies and Strategies to Promote Equity in Health*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Dressler W.W. (1993), *Health in the African American Community: Accounting for Health Inequalities*, in «Medical Anthropology Quarterly», 7: 325-345.

Fassin D. (2006) *La biopolitica dell'alterità*, in I. Quaranta (2006, a cura di), *Antropologia medica*, Milano: Raffaello Cortina.

Gallino L. (1993, a cura di), *Disuguaglianza ed equità in Europa*, Bari: Laterza.

Genova A. (2008), *Le disuguaglianze nella salute*, Roma: Carocci.

Geraci S. (2005), *La sfida della medicina delle migrazioni*, in «Dossier Statistico Immigrazione» di Caritas/Migrantes: 179-188.

Gulliford M., Morgan M. (2003, eds), *Access to Health Care*, London: Routledge.

Heymsfield S. et al. (1977), *Race, Education and Prevalence of Hypertension*, in «American Journal of Epidemiology», 106: 351-36.

INAIL (2005), *Rapporto Annuale*, Roma.

INAIL (2011), *Dati Inail sull'andamento degli infortuni sul lavoro*, per gli anni 2004; 2005; 2007; 2011, Roma.

Ires Piemonte (1992, a cura di), *Rumore. Atteggiamenti verso gli immigrati stranieri*, Torino: Rosenberg e Sellier.

ISTAT (2008), *Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia*, Roma: Sanità - Statistiche in breve, 11 dicembre.

ISTISSAN (2005), *Rapporto ISTISSAN*, Roma: Istituto Superiore di Sanità.

Jaynes G.D., Williams R.M. (1989, eds), *A Common Destiny: Blacks and American Society*, Washington DC: National Academy Press.

Kleiman A. (1980), *Patient and Healer in the Context of Culture*, Berkeley: California Press.

Kolonel L.N., Hinds M.W., Hankin J. H. (1980), *Cancer Patterns Among Migrants and Native-born Japanese in Hawaii in Relation to Smoking, Drinking and Dietary Habits*, in H.V. Gelboin, B. Mac Mahon, T. Matsushima, T. Sugimura, S. Takayama, H. Takebe (1980, eds), *Genetic and Environmental Factors in Experimental and human cancer*, Tokyo: Scientific Societies Press, 327-340.

Krieger N. (2001), *Theories for Social Epidemiology in the 21 st Century: An Ecosocial Perspective*, in «International Journal of Epidemiology», 30: 272-290.

Kuh D. et al. (2003), *Life Course Epidemiology*, in «Journal of Epidemiology and Community Health», 57:721-729.

Kunst A.E., Mackenbach J.P. (1992), *An International Comparison of Socio-economic Inequalities in Mortality*, Rotterdam: Dept. Public Health and Social Medicine.

Lalonde M. (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa: Minister of National Health and Welfare, April Working Document.

Leclerc A., Kamiski M., Lang T. (2008), *Inégaux face à la santé*, Paris: La Découverte-Inserm.

- Lucchini M., Sarti S., Tognetti Bordogna M. (2009), *I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute*, in A. Brandolini, C. Saraceno, A. Schizzerotto (2009, a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Bologna: Il Mulino: 165-189.
- Lucchini M., Tognetti Bordogna M. (2010), *Le disuguaglianze di salute*, in A. Magnier, G. Vicarelli (2010, a cura di), *Mosaico Italia*, Milano: Franco Angeli.
- Lynch J. (2000), *Income Inequality in Health: Expanding the Debate*, in «Social Science and Medicine», 51: 1001-1005.
- Macintyre S., Ellaway A., Cummins S. (2002), *Place Effects on Health: How Can We Conceptualise, Operationalise and Measure Them?*, in «Social Science and Medicine», 55:125-139.
- Marceca M, Geraci S, Martino A. (2006), *Esperienza migratoria, salute e disuguaglianze*, in AA.VV. (2006), *A caro prezzo. Secondo rapporto sulle disuguaglianze*, Pisa: ETS.
- Marinacci C. et al. (2011), *Differenze geografiche o differenze sociali?*, in «Rapporto Osservasalute 2010», Roma: 473-484.
- Marmot M. (2004), *Status Syndrome*, London: Bloomsbury.
- Marmot M., Syme S.L., Kagan A., Kato H., Cohen J. B., Belsky J. (1975), *Epidemiologic Studies of Coronary Disease and Stroke in Japanese Men Living in Japan, Hawaii and California: prevalence of Coronary and Hypertensive Heart Disease and Associated Risk Factors*, in «American Journal of Epidemiology», 102: 514-525.
- Marmot M., Wilkinson G. (1999), *Social Determinants of Health*, Oxford: Oxford University Press.
- Marmot M., Wilkinson R.G., (2001) *Psychosocial and Material Pathway in the Relation between Income and Health: A Response to Lynch et. al.*, «British Medical Journal», 322: 1233-1236.
- Ministero della Salute (2005), *Relazione sullo stato sanitario del Paese (per gli anni 2003-2004)*, Roma.
- Ministero della Sanità (2000), *Relazione sullo stato di salute del paese 1999*, Roma.
- Nazroo J. (1997), *The Health of Britain's Ethnic Minorities*, London: Policy Studies Institute.
- Nazroo J., Williams D. R. (2005), *The social Determination of Ethnic/Racial Inequalities in Health*, in M. Marmot, R.G. Wilkinson (2005, eds), *Social Determinant of Health, Second Editions*, Oxford: Oxford University Press.
- Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012, a cura di), *Immigrazione e salute. Percorsi d'integrazione sociale*, Bologna: Il Mulino.
- Nuvolati G., Tognetti Bordogna M. (2008), *Ambiente, salute e qualità della vita*, Milano: Franco Angeli.
- Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multiethnicità - Regione Lombardia (2005), *La domanda di salute degli immigrati*, Milano: Fondazione ISMU.
- Padovan D., Alietti A. (2008), *Disuguaglianze nelle minoranze etniche: una ricerca in due presidi ospedalieri della provincia torinese*, in M. Tognetti Bordogna (2008, a cura di).
- Perocco F. (2012), *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso Italia*, Milano: Franco Angeli.
- Quaranta I., Ricca A. (2012), *Malati fuori luogo*, Milano: Raffaello Cortina.
- Rechel B., Mladovsky P. et al. (2013), *Migration and Health in an Increasingly Diverse Europe*, in «Lancet», April: 1235-1245, www.the lancet.com.
- Reyneri E. (2005), *Sociologia del mercato del lavoro*, Bologna: Il Mulino.
- Sarti S. (2006) *La classe sociale, in buona salute*, «Polis», 3:317- 346.
- Scamuzzi S. et al. (2008), *Stato di salute, comunicazione sanitaria e disuguaglianze sociali: una ricerca a Torino*, in M. Ingrosso (2008, a cura di), *La salute comunicata*, Franco Angeli, Milano.
- Sen A. (2005), *Human Rights and Capabilities*, in «Journal of Human Development and Capabilities», 6/2: 151-166.

- Susser M., Susser E. (1996), *Choosing a Future for Epidemiology: II. From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology*, in «American Journal of Public Health», 86.
- Tognetti Bordogna M. (2004, a cura di), *I colori del welfare*, Milano: FrancoAngeli.
- Tognetti Bordogna M. (2008), *Salute e ambiente, il contributo della sociologia della salute*, in G. Nuvolati, M. Tognetti Bordogna (2008, a cura di), *Salute, ambiente e qualità della vita nel contesto urbano*, Milano: Franco Angeli.
- Tognetti Bordogna M. (2012), *Accesso ai servizi sanitari e costruzione della cittadinanza dei migranti*, in «Autonomie locali e Servizi Sociali», 1: 111-124.
- Tognetti Bordogna M. (2008, a cura di), *Immigrazione e disuguaglianza di salute*, Milano: Franco Angeli.
- Tognetti Bordogna M. (2009), *Il lavoro di cura tra produzione e consumo di welfare: il ruolo del network di cura*, in R. Catanzaro e A. Colombo (2009, a cura di), *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Bologna: Il Mulino.
- Tognetti Bordogna M. (2011), *I "nuovi utenti" tra innovazione organizzativa e cambiamenti culturali*, in «Sociologia del Lavoro», 2: 72-85.
- Tosi A. et al. (2001), *Le culture dell'abitare*, Firenze: Edizioni Polistampa.
- Van Doorslaer E., Masseria C. (2004), *Income-Related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries*, Paris: OECD.
- Wilkinson R.G. (1992), *Income Distribution and Life Expectancy*, «British Medical Journal», 304: 165-168.
- Wilkinson R.G. (1996), *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*, London: Routledge.
- Wilkinson R.G. (1997), *Health Inequality: Relative or Absolute Material Standards?*, in «British Medical Journal», 314: 1727-1728.