



Università  
Ca'Foscari  
Venezia

Corso di  
Laurea  
magistrale

in

Studi  
Transmediterranei:  
Migrazione,  
cooperazione e  
sviluppo

Tesi di Laurea

**Verso un  
concetto di salute  
comunitaria**

L'accesso alle cure degli stranieri invisibili di Castel Volturno e Ponticelli

**Relatrice/Relatore**

Ch.ma Prof.ssa Maria Cristina Paciello

**Correlatrice/Correlatore**

Ch.ma Prof.ssa Piera Rossetto

**Laureanda/Laureando**

Nome Emanuela

Cognome Gallucci

Matricola 895340

**Anno Accademico**

2023 / 2024





*Alla mia famiglia,  
le mie stabili radici.*

# Indice

<b>Introduzione e contesto di ricerca .....</b>	<b>6</b>
<b>Capitolo 1 .....</b>	<b>10</b>
<b>Un quadro giuridico-applicativo dell'accesso alle cure per gli stranieri in Italia.....</b>	<b>10</b>
1.1 La premessa di universalità del servizio sanitario nazionale: evoluzione e criticità .....	12
1.2 L'accesso alle cure per gli stranieri in Italia .....	20
1.3 Le diverse sfere di tutela per gli stranieri irregolari .....	23
1.3.2 Conseguenze, strumenti ed evoluzioni della doppia tutela .....	27
1.4 Ambulatori STP.....	32
1.4.2 Istituzione del codice ENI .....	36
Conclusioni.....	43
<b>Capitolo 2 .....</b>	<b>45</b>
<b>La sanità come parametro di inclusione e radicamento nelle realtà territoriali .....</b>	<b>45</b>
2.1 Un caso studio sulla Campania: l'impatto delle autonomie differenziate sulla regione con la più bassa longevità d'Italia.....	48
2.2 Il lavoro di Emergency: l'approccio attivo e la mediazione culturale .....	54
2.3 Castel Volturno: morfologia del territorio .....	59
2.3.2 Castel Volturno, terra di lavoro, città multiculturale.....	65
2.4 L'ambulatorio di Emergency e il principio di sussidiarietà .....	69
2.4.2 Esempi e casi osservati sul campo .....	74
Conclusioni.....	78
<b>Capitolo 3 .....</b>	<b>81</b>
<b>Un progetto di approccio integrato alla salute nel cuore delle periferie.....</b>	<b>81</b>
3.1 Ponticelli: storia ed evoluzioni del quartiere rosso di Napoli .....	84
3.1.2 La Napoli dei campi rom: marginalizzazione abitativa ed esclusione sociale.....	90
3.2 Emergency a Ponticelli: esperimento di casa della salute .....	96
3.3 La tutela dei minori stranieri in Europa e in Italia .....	100
3.4 Un pediatra per ogni bambino: la tutela sanitaria dei minori stranieri in Italia e i pediatri volontari di Emergency.....	105
3.4.2 Casi, racconti e interviste dal campo .....	108
Conclusioni.....	110
Conclusioni.....	111
<b>Verso un concetto di salute comunitaria e integrata.....</b>	<b>111</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>116</b>
Sitografia.....	119

## Introduzione e contesto di ricerca

*"Bisogna descrivere qualcosa di molto locale, di molto circoscritto, qualcosa che si conosce benissimo, per poter essere compresi da tutti. Io mi sono convinto che devo essere parrocchiale, nel senso di profondamente, religiosamente, legato alla mia realtà, per poter essere universale."*

*Fernando Botero*

Questo progetto di ricerca è strettamente connesso a questa citazione del pittore colombiano Fernando Botero. Presupposto fondante di questo lavoro, infatti, è il legame con la realtà locale: l'idea che lo studio approfondito del particolare sia la chiave per comprendere estensivamente il generale. Solo studiando in profondità il territorio più prossimo e circoscritto si può cogliere l'essenza di fenomeni più ampi e universali.

Questa tesi si fonda su questa convinzione: studiare le dinamiche locali dell'accesso alle cure per gli stranieri in Campania, regione con la più bassa longevità d'Italia, può contribuire a delineare un quadro più ampio di ciò che avviene a livello nazionale. Il focus su due realtà marginali, come Castel Volturno e Ponticelli, periferie emblematiche del territorio italiano, permette di esplorare in dettaglio le difficoltà che i migranti incontrano nell'accedere ai servizi sanitari, e di osservare come queste dinamiche locali riflettano sfide più vaste.

Con questa ricerca, dunque, si spera di contribuire a quell'ambito di studi sulla migrazione che pone la città, la piccola scala, come prospettiva privilegiata di osservazione dei contesti migratori, in quanto prima frontiera in cui si sperimentano concretamente le politiche e le dinamiche dell'inclusione. Inoltre, sulla scia degli studi proposti dal sociologo Nick Dines, la prospettiva della città ci appare un ramo che ha ancora molto da offrire agli studi sulla migrazione. Ad esempio, considerando che, a livello sovranazionale, la governance migratoria è spesso organizzata attorno al concetto di cittadinanza, ci si potrebbe chiedere quale ruolo giochi la residenza cittadina in questo contesto, potendola interpretare al contempo come avamposto della regolarizzazione o meccanismo di controllo, che traccia i contorni dell'accessibilità dei servizi. Queste domande evidenziano questioni, ancora da approfondire, che potrebbero aprire a nuovi orizzonti nell'ambito degli studi sulla migrazione, in quanto ci appare evidente come l'appartenenza a una città assuma una forma più pragmatica rispetto a

quella nazionale, esprimendosi attraverso elementi concreti quali la ristrutturazione degli spazi urbani, l'accesso ai servizi e la partecipazione alle economie locali.

L'obiettivo centrale di questa tesi è analizzare le modalità con cui si esercita il diritto alla salute per gli stranieri, focalizzandosi sulle barriere che essi incontrano nel ricorso ai servizi sanitari e assistenziali. Le principali domande da cui prende avvio la ricerca velano questioni particolarmente insidiose: come si configura l'incontro tra politiche sanitarie inclusive e politiche migratorie sempre più restrittive? Quali sono le radici degli ostacoli che si frappongono tra i migranti e l'accesso alle cure? E infine, in che modo la frammentazione territoriale del sistema sanitario nazionale contribuisce a creare disuguaglianze persistenti nell'accesso alle cure?

Attraverso un'analisi approfondita dei casi studio di Castel Volturno e Ponticelli, è emerso che le difficoltà di accesso alle cure sono strettamente legate alla marginalizzazione territoriale e sociale di queste aree. Le dinamiche locali non solo complicano l'accesso ai servizi essenziali, ma amplificano le disuguaglianze già presenti nel sistema sanitario. In altre parole, la concezione di salute, in quanto costruito culturale, non solo emerge come interconnessa alle possibilità del territorio e alla fruibilità di servizi, ma anche alla condizione generale dell'individuo, considerata complessivamente nella sua dimensione sociale, economica e abitativa.

Un elemento cruciale che emerge da questa analisi è il ruolo centrale giocato dalle organizzazioni del terzo settore, che spesso si trovano a dover colmare le lacune lasciate dalle istituzioni. La lente attraverso cui questa ricerca osserva la questione dell'accesso alle cure è il lavoro degli ambulatori di *Emergency*. *Emergency* è un'organizzazione non governativa che opera stabilmente nelle aree prese in esame dal 2015, fornendo cure, orientamento e supporto alle fasce di popolazione più vulnerabile. Guardando alla strutturazione e organizzazione dei servizi offerti, l'analisi del lavoro di *Emergency* ci consentirà di osservare le modalità di risposta attiva alle carenze strutturali, infrastrutturali e istituzionali del territorio. Inoltre, tale analisi ci fornirà un esempio di approccio integrato alla cura, basato sulle esigenze della comunità e del territorio.

Questo progetto di ricerca si articola dunque su un duplice asse: da un lato, si analizzano le barriere istituzionali che impediscono ai migranti di accedere al sistema sanitario; dall'altro, si esplorano le risposte innovative e inclusive offerte dal terzo settore, in particolare attraverso l'approccio compensativo, capillare e integrato di *Emergency*.

Il modello di intervento che si propone in questa ricerca si fonda sul principio della *Comprehensive Primary Health Care*, una sanità di prossimità che mira a fornire cure primarie complete, tenendo conto non solo dei bisogni sanitari, ma anche delle necessità sociali e psicologiche del paziente. Emergency, con i suoi ambulatori mobili e le strutture sul territorio, interviene in modo capillare nelle zone più marginalizzate del paese, garantendo l'accesso gratuito a cure essenziali e di qualità per le persone che vivono in condizioni di irregolarità o povertà estrema. La prossimità e l'accessibilità rappresentano i pilastri di questa metodologia lavorativa, che si contrappone alle difficoltà strutturali e burocratiche tipiche del sistema sanitario pubblico italiano.

Per quanto riguarda la metodologia della ricerca, essa si articola attraverso una serie di strumenti che integrano l'analisi teorica con un'ampia raccolta di dati sul campo. Le interviste strutturate con migranti, operatori del terzo settore e personale sanitario, volontario e dipendente, hanno fornito una solida base di dati qualitativi, che è stata arricchita dalle conversazioni informali e dal contatto diretto con le comunità locali. In particolare, in merito alle interviste e alle conversazioni informali, tutte le persone menzionate in questa tesi sono state informate degli obiettivi divulgativi e delle finalità della studio. Si sceglie di inserire solo il nome, senza il cognome, nel rispetto della privacy e della riservatezza degli interessati. A questi dati sul campo si aggiunge una revisione approfondita della letteratura, che ha permesso di contestualizzare le problematiche emergenti e di comprendere le dinamiche politiche e sociali alla base delle disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Attraverso questa ricerca, si intende dimostrare che il diritto alla salute, pur formalmente garantito a tutti dalla Costituzione Italiana, si scontra con una serie di barriere che colpiscono in modo particolare le fasce più vulnerabili della popolazione, come i migranti. Questa serie diversificata e reiterata di barriere ci ricorda che i diritti fondamentali, anche quelli dati per assodato e ancora tanto discussi, come quello alla salute, non sono esenti da gradualità processi di erosione e non vanno dati per scontato. Anzi, le erosioni gradualità, i tagli e le limitazioni, anche impercettibili, nell'ambito di diritti inalienabili, necessitano sempre di essere riconosciute, documentate e divulgate.

Castel Volturno e Ponticelli, due esempi emblematici, complessi e contraddittori, illustrano come le disuguaglianze territoriali e sociali influenzino direttamente l'accesso ai servizi sanitari. Il ruolo del terzo settore, e in particolare di organizzazioni come Emergency, si rivela



fondamentale nel colmare il divario tra la promessa di universalità e l'effettiva accessibilità delle cure.

Tuttavia, affinché il diritto alla salute possa essere effettivamente garantito a tutti, sono necessarie politiche sanitarie e migratorie più inclusive, capaci di rispondere in maniera integrata alle sfide poste da una società sempre più complessa e diversificata.

In conclusione, riteniamo estremamente rilevante precisare le ragioni, seppur chiare, per cui questa ricerca ci appare particolarmente significativa nell'ambito di due temi discussi, tanto in politica quanto nei dibattiti pubblici: sanità e migrazione.

Alla luce della questione sanitaria, in un'Italia post pandemica in cui le gravissime carenze che hanno afflitto la sanità pubblica durante il Covid sembrano già un lontano ricordo, e in cui la medicina si evolve verso realtà sempre più spersonalizzate e lontane dal paziente, studiare e promuovere approcci intersezionali e multidisciplinari al concetto di cure ci appare un antidoto efficace, non solo per prendere atto del processo di decadimento ma anche per contrastarlo.

Viceversa, alla luce della questione migratoria, comprendere come si struttura l'accesso alle cure per i migranti comporta un confronto scomodo con questioni moralmente controverse: con diversificate circoscrizioni e discrezionalità nelle sfere di tutela dello straniero regolare e irregolare; con un'ampia disomogeneità nell'accesso alle cure sul territorio nazionale; con una drammatica precarietà nell'organizzazione e fruibilità dei servizi e infine, con i meccanismi di sfruttamento e marginalizzazione che relegano i migranti ai margini della società

In quest'ottica, elevare la cura a indicatore di benessere sociale comporta la considerazione complessiva della persona, dalla sua socialità e alla sua inclusione all'interno dei servizi territoriali. La cura diventa quasi un atto politico, un'antica pratica per abbattere muri, capace di reinventarsi per trovare sempre nuovi modi di venirsi incontro, di creare reti di solidarietà. Riprendendo Sayad in *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'immigrato alle sofferenze dell'immigrato*: *“In un contesto in cui le persone non esistono se non come corpi che lavorano, la cura diventa un modo per restituire alla persona la sua dignità, il suo ruolo in società”*.

## Capitolo 1

# Un quadro giuridico-applicativo dell'accesso alle cure per gli stranieri in Italia

### Introduzione

Come si è precisato, la prospettiva privilegiata in questa tesi è quella della località, della territorialità. Il focus è sulla città, considerata come microcosmo sociale in cui si implementano quotidianamente le politiche migratorie e in cui si determina l'organizzazione e strutturazione dei servizi assistenziali e di cura. Tuttavia, trattare il tema dell'accesso alle cure senza considerare il quadro giuridico nazionale di riferimento determinerebbe un lavoro incompleto.

Guardando al livello nazionale, l'Italia si potrebbe considerare come l'emblematico esempio di una politica sanitaria avanguardista e inclusiva in quanto primo paese in Europa ad annoverare il diritto alla salute tra i diritti costituzionali. L'articolo 32 della Costituzione, in cui si stabilisce che la Repubblica tutela la salute in quanto diritto inalienabile di ogni individuo, è tra l'altro l'unico a fare riferimento al concetto di individuo, e non a quello di cittadino. La tutela della salute si afferma come diritto della persona, slegato dalla cittadinanza e garantito senza distinzioni di sorta.

È sulla base di questo principio costituzionale che si struttura la sanità pubblica italiana su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, come si vedrà, ben presto si affermerà l'idea che un decentramento dei poteri verso l'organo di governo intermedio, le regioni (vale a dire privilegiare la piccola scala di cui sopra), possa favorire una migliore erogazione e organizzazione dei servizi di cura, basate sui bisogni del territorio.

Il processo di regionalizzazione della sanità sarà un fattore fondamentale nel formare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) come lo conosciamo oggi: un sistema sì efficiente e strutturato, ma caratterizzato da una disarmante disomogeneità regionale, che si traduce soprattutto in un drammatico divario tra nord e sud. In questo capitolo, a partire da queste basi, comprenderemo, in linea generale, come si organizza la sanità in Campania, e guarderemo ai criteri di valutazione dispiegati per considerare l'efficienza del SSN, a dispetto di una tale eterogeneità regionale.

Contemporaneamente, si analizzeranno gli strumenti giuridici che trattano dell'organizzazione dei servizi di cura per stranieri. Per muoversi in questo campo

complesso, è necessario fare delle categorizzazioni. Come si vedrà, il legislatore nazionale ha predisposto diverse sfere di tutela per gli stranieri in Italia sulla base della regolarità della loro presenza sul territorio nazionale, facendo salvo un nucleo di prestazioni urgenti ed essenziali.

Si vedrà come i concetti di urgenza ed essenzialità non siano costrutti fissi e immutabili, ma al contrario, contenitori destinati a riempirsi, in divenire, di situazioni e contesti differenti. Contesti che in ambito sanitario, come si potrà immaginare, possono significare situazioni di disagio o infortunio diverse da caso a caso.

Sulla base di tale categorizzazione, cioè stranieri regolarmente e irregolarmente soggiornanti, si procederà con un focus sugli stranieri irregolari. Anche all'interno di questo stesso insieme, si possono distinguere due rami distinti: stranieri extracomunitari e comunitari. Dal punto di vista sanitario, per fronteggiare i bisogni di cura di queste due categorie, la legislazione nazionale ha predisposto due strumenti: il codice STP, straniero temporaneamente presente, e il codice ENI, europeo non iscrivibile.

Una prima confusione potrebbe sorgere rispetto al codice ENI, data la difficoltà a figurarsi le ragioni, che verranno chiarite in seguito, per cui un individuo proveniente da un paese comunitario possa trovarsi in situazioni di irregolarità amministrativa. Come si vedrà, entrambi sono codici di emergenza che garantiscono l'accessibilità di alcune prestazioni indifferibili anche agli stranieri irregolari; tuttavia, i codici configurano due situazioni molto diverse, in termini di tutela, rispetto agli stranieri regolarmente soggiornanti, ma anche, paradossalmente, diverse sfere di tutela l'uno dall'altro.

Infine, continuando sulla scia del paradosso, si analizzeranno gli strumenti giuridici e i servizi predisposti all'accesso alle cure per la popolazione straniera infantile. Come si vedrà, pur rientrando tra le categorie giuridicamente più protette, spesso i minori stranieri si trovano in un limbo amministrativo e assistenziale che preclude l'accesso alle cure in condizioni di parità con i minori italiani, ad esempio attraverso il diritto al pediatra di libera scelta.

In sintesi, in questo capitolo, nella speranza di sfatare alcuni miti negativi sulla sanità e la migrazione, ad esempio il legame pregiudiziale tra straniero e malattia, si cerca di definire un'immagine strutturata, seppur ancora vista dall'alto, delle modalità di accesso alle cure per gli stranieri, contribuendo a chiarire le modalità attraverso cui si organizza la cura e i limiti che esse configurano.

## 1.1 La premessa di universalità del servizio sanitario nazionale: evoluzione e criticità

Con l'entrata in vigore della Costituzione nel 1948, l'Italia diventa il primo paese in Europa a introdurre il diritto alla salute nelle fondamenta costituzionali nello stato. Come è noto, l'articolo 32 della Costituzione richiama l'Italia ad adottare politiche sanitarie inclusive, affermando che la Repubblica tutela la salute in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. La straordinarietà e l'avanguardia della Costituzione italiana sono perfettamente esemplificate, in questo articolo, dall'uso del termine individuo, piuttosto che cittadino. La tutela della salute, in quanto diritto a non essere lesi nella propria integrità psicofisica, a ricevere trattamenti sanitari e cure, o a declinarle nei limiti consentiti dalla legge, viene garantita a priori dalla situazione reddituale e dallo status di regolarità di soggiorno dell'individuo. Per muoversi nella macroarea tematica che concerne il diritto di accesso alle cure per gli stranieri in Italia, con tutte le differenti implicazioni pratiche che tale norma di diritto si trova a coprire, bisogna fare un passo indietro e ripercorrere le tappe essenziali di strutturazione della sanità italiana, per comprenderla nel suo assetto, radicamento e potenziale attuale.

Trent'anni dopo l'effettiva vigenza della carta costituzionale nel 1978, con una Legge votata dall'85% del Parlamento (L.833/78), nasce il Servizio sanitario nazionale (SSN), cioè il complesso di strutture e servizi destinati al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, sulla base dei principi di universalità dell'assistenza sanitaria e di equità di accesso alle prestazioni.

Con la crescita demografica, migliori condizioni igienico-sanitarie, disponibilità di vaccini e farmaci, l'aspettativa di vita si allunga. Così, a partire dagli anni '90, si fa pressante il bisogno di finanziamenti per la sanità pubblica e la necessità di strutturare il SSN in maniera efficace. A partire dagli anni 90, infatti, in tutti i paesi in cui è stato istituito il servizio sanitario nazionale (oltre all'Italia, Grecia, Spagna, Norvegia e Svezia) è stato avviato un importante processo di decentramento politico, cioè un trasferimento di poteri e responsabilità verso l'ente di governo di livello intermedio: in Italia, le regioni.

La regionalizzazione del sistema sanitario rappresenta al contempo un decentramento dallo Stato alle regioni, ma anche un accentramento rispetto agli enti locali: dopo i decreti legislativi 502/1992 e 517/1993, le unità sanitarie locali (Usl) vengono convertite in aziende sanitarie

locali (Asl), valorizzando il ruolo delle regioni nell'implementazione delle politiche sanitarie e chiamandole a definire il proprio assetto istituzionale. In Italia, il processo di decentramento dell'offerta sanitaria ha coinciso con i processi di aziendalizzazione del SSN, volti a introdurre meccanismi di concorrenza amministrata tra le varie organizzazioni sociosanitarie e assistenziali<sup>1</sup>.

Le tappe più emblematiche del processo di responsabilizzazione delle regioni si possono individuare a partire dagli Accordi Stato-Regioni che, dagli anni 2000 circa, giocheranno un ruolo fondamentale nella costruzione dei vari modelli di governance del sistema sanitario. Nel 2001, la riforma del titolo V della Costituzione definisce i termini dell'autonomia finanziaria delle regioni e della gestione della spesa sanitaria. Nello stesso anno, nascono i Livelli essenziali di assistenza (LEA), ossia quell'insieme di prestazioni e servizi che lo Stato è tenuto a fornire su tutto il territorio nazionale, gratuitamente o con compartecipazione alla spesa. Vale a dire, attraverso il ticket, un contributo del cittadino relativo solo a specifiche prestazioni sanitarie, e pur sempre subordinato a determinate esenzioni per reddito, patologie croniche o rare, invalidità e altri casi particolari (quali gravidanza, diagnosi precoce di alcuni tumori e accertamento dell'HIV).

Oltre alla strutturazione e organizzazione del modello sanitario, la regionalizzazione ha costituito un'occasione di costruzione del consenso per gli amministratori regionali, soprattutto alla luce del fatto che, da un lato, essa rappresenta l'impegno più rilevante dal punto di vista finanziario, a cui sono destinate circa l'80% delle risorse stanziare nei bilanci regionali; dall'altro, le politiche sanitarie, toccando la sfera dell'integrità psicofisica e, per certi versi, dell'autodeterminazione, consentono di affermare una serie di principi fondamentali, utili a esplicitare una precisa impostazione ideologica e uno specifico indirizzo di governo.

Questo lungo processo di costruzione e definizione dei servizi sanitari regionali affonda le radici nel presupposto che le regioni, rispetto al governo centrale, siano maggiormente in grado di coordinare l'offerta sanitaria territoriale con la relativa domanda di prestazioni. Dunque, il livello regionale di governo dovrebbe incontrare e rispondere con maggiore efficacia e immediatezza alla diversificata gamma di bisogni sanitari della popolazione. Tuttavia, questa considerazione, seppur non erronea, ha comportato la nascita di modelli di governance sanitaria ben diversi all'interno della penisola, sulla base di una maggiore competizione tra le

---

<sup>1</sup> S. Neri, *Italia. La costruzione dei servizi sanitari regionali e la governance del sistema sanitario*, Rivista delle Politiche Sociali, Futura editrice, 2008

organizzazioni sociosanitarie, o di meccanismi di programmazione negoziata o centralizzata dell'offerta<sup>2</sup>. Ne risulta un quadro variegato, in cui ogni regione è andata distinguendosi per determinate peculiarità nel costruire e implementare le politiche sanitarie, con notevoli differenze sulla ricezione e applicazione delle normative nazionali e sull'efficacia dei rispettivi SSR.

Le disparità regionali minano la possibilità di effettuare una valutazione media complessiva della sanità pubblica a livello nazionale, soprattutto in ragione di un marcato, e purtroppo antico, divario tra nord e sud. Un gap le cui radici vanno ricercate in decenni di politiche disomogenee e marginalizzanti per il sud, in termini sia di infrastrutture che di finanziamenti: il perseverante sbilanciamento nella distribuzione territoriale di strutture e risorse comporta ancora oggi gravose percentuali di migrazione sanitaria verso il nord. Basti pensare che nel 2019, dunque già prima della pandemia da Covid-19, il punteggio dei Livelli essenziali di assistenza, ossia il bilancio tra spesa sanitaria e livello delle cure che misura la capacità del sistema sanitario di utilizzare le risorse (spesa sanitaria) per ottenere risultati adeguati in termini di servizi erogati, era di 222 per Veneto e Toscana, contro rispettivamente 168 e 122 per Campania e Calabria. Un'elevata e persistente mobilità passiva, ossia il numero di pazienti che decide di farsi curare fuori dalla regione di residenza, è indice di uno standard assistenziale insufficiente, soprattutto per alcuni particolari bisogni di cura o per alcune fasce della popolazione, come quella pediatrica. L'ambito pediatrico, appunto, è un settore in cui la disomogeneità del livello di assistenza tra i vari servizi sanitari regionali si fa ancora più evidente: secondo il Laboratorio per la Salute Materno Infantile, e l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, *“gli estremi inter-regionali per la mobilità passiva per ricevere cure in ambito pediatrico e adolescenziale sono molto ampi: dal 3,4% del Lazio al 43,4% del Molise, il 30,8% della Basilicata, il 26,8% dell'Umbria e il 23,6% della Calabria. Un terzo dei bambini e adolescenti si mette in viaggio dal Sud per ricevere cure per disturbi mentali (il 10% dei casi) o neurologici, della nutrizione o del metabolismo”*<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Con programmazione negoziata o centralizzata dell'offerta si intendono due modalità di organizzazione sanitaria regionale afferenti a un modello di cooperazione, diffuso soprattutto nelle regioni settentrionali. La programmazione negoziata si esplicita attraverso l'uso di accordi contrattuali tra Aziende ospedaliere e privati accreditati, sulla base di strumenti negoziali; la programmazione centralizzata, invece, affida la pianificazione dell'offerta sanitaria all'ente centrale regionale, limitando gli accordi contrattuali e ponendo in capo alle regioni la facoltà di organizzare i finanziamenti mediante la determinazione di budget.

<sup>3</sup> R. Campi, M. Bonati, *Dal Molise, dalla Calabria e dalla Basilicata bambini in fuga verso il Nord per curarsi* Disuguaglianze: migrazione sanitaria dal Sud al Nord per bambini e adolescenti, Laboratorio per la Salute Materno Infantile in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, 2022

Eppure, al di là delle disparità regionali, molteplici sono i report e le classifiche che cercano di misurare la qualità del sistema sanitario sulla base di categorie ben diversificate di indicatori (tra cui lo stato di salute, l'aspettativa di vita (sebbene non attribuibile esclusivamente all'efficacia della sanità), i fattori di rischio, l'accesso alle cure, la spesa sanitaria, il personale medico e sanitario occupato e la qualità dell'assistenza). Dunque, mentre secondo il World Health Report 2000 dell'OMS, l'Italia avrebbe la seconda sanità migliore al mondo, la sanità pubblica italiana occupa la ventesima posizione nell'Euro Health Consumer Index del 2018. Nell'ambito di queste valutazioni, basate su dati raccolti a distanza di diciotto anni, non si vuole tanto porre l'accento sul declassamento del sistema sanitario nazionale nel 2018 rispetto al 2000; piuttosto, si vuole evidenziare la volatilità delle valutazioni sull'efficacia del SSN, che possono risultare in esiti differenti sulla base dei diversi indicatori sopra considerati. Il più recente rapporto della Commissione Europea, pubblicato nel 2023, attesta che l'aspettativa di vita in Italia si conferma tra le più alte d'Europa e che il nostro Servizio sanitario risulta in linea con la media UE e ha mostrato importanti segnali di ripresa rispetto al periodo pandemico.

Tuttavia, se è vero che il nostro sistema sanitario risulta tra i più accessibili e validi d'Europa, uscendo dalle statistiche istituzionali per guardare alla realtà concreta, soprattutto la realtà di certi contesti regionali, l'idilliaco dipinto della sanità nazionale perde il velo di Maya e si scopre in tutte le sue crepe e contraddizioni. Ad esempio, la pandemia ha nettamente esacerbato l'immenso divario tra le regioni del centro-nord e quelle del sud, considerato che, sebbene la Lombardia disponga di circa 900 posti letto in terapia intensiva contro i 300 della Puglia, anche sistemi sanitari considerati eccellenti, come quelli di Lombardia e Veneto, hanno vissuto momenti di grave crisi. Questo perché un evento di portata mondiale come il Covid ha messo in luce le profonde criticità strutturali della sanità pubblica, innestando un lungo dibattito sull'eventuale revisione che questa necessiterebbe.

Inoltre, a dispetto di queste considerazioni e delle carenze finora emerse, permangono seri problemi nell'approccio alle politiche sanitarie, visto che i pochi interventi governativi ignorano tali difficoltà profonde della sanità pubblica e mancano di una visione complessiva per il suo rafforzamento. Primo tra tutti, il problema del definanziamento: nel decennio precedente alla pandemia, dal 2010 al 2019, il SSN ha visto calare costantemente il valore del finanziamento statale in rapporto al PIL<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Rapporto Osservatorio GIMBE  
[https://www.gimbe.org/osservatorio/Report\\_Osservatorio\\_GIMBE\\_2019.07\\_Definanziamento\\_SSN.pdf](https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.07_Definanziamento_SSN.pdf)

Una tendenza che si riconferma nella Legge di Bilancio per il 2024: se è vero che il SSN può contare su più risorse per gli anni dal 2024 al 2026 (rispettivamente 3, 4 e 4,2 miliardi di euro), questi dati vanno certamente letti nel contesto dei costi per l'ordinario funzionamento dell'impianto sanitario. È vero che il Fondo sanitario per l'anno corrente raggiunge la cifra mai raggiunta prima di 134 miliardi, ma al netto dell'inflazione e degli interventi disposti nel disegno di legge, le aziende sanitarie disporranno di un finanziamento inferiore di circa un miliardo rispetto al 2023, con il rischio di innestare un circolo vizioso di regressioni sia nell'ambito della svalutazione della professione medica e infermieristica, che in quello delle liste d'attesa per diagnosi e cura, prolungate a tempistiche inverosimili.

È evidente il disinvestimento nel pubblico, considerate le scelte allocative esplicitamente orientate all'espansione delle prestazioni erogate da privati accreditati. Una scelta che contribuisce a marginalizzare ulteriormente gli indigenti, coloro che non possono ricorrere a dispendiosi servizi privati per curarsi: già nel 2021, il costo era il determinante principale dei bisogni di salute insoddisfatti. Inoltre, ulteriori conseguenze di questa politica sanitaria si ritorcono contro la spesa pubblica e la reputazione stessa del SSN, ad esempio attraverso l'aumento del tasso di ospedalizzazione o, peggio, del tasso mortalità per cause prevenibili: secondo i dati ISTAT 2021, nelle città metropolitane i decessi evitabili si attestano a circa 20 ogni 10mila abitanti, con un picco di 27,1 per la città di Napoli<sup>5</sup>. Il rischio sempre più tangibile di cedere alle privatizzazioni comporta una progressiva perdita del carattere di universalità ed equità su cui si fonda il Servizio sanitario nazionale.

Si è tracciato brevemente il profilo di una sanità pubblica efficiente e inclusiva in teoria, ma profondamente frammentata, priva di fondi e precaria nella pratica. Si sono evidenziate una serie di problematiche strutturali e di discontinuità territoriali che, laddove si continuano a rimandare gli interventi necessari in termini di finanziamento, potenziamento e supporto, potrebbero seriamente compromettere l'accesso alle cure, specie in alcune aree del paese.

Questo disagio è ancor più drammatico per la popolazione straniera, che si trova troppo spesso a dover affrontare una doppia discriminazione per reddito e per mancanza di conoscenza, dovendosi muovere all'interno di una burocrazia sanitaria estremamente complessa. Nell'interazione tra individui/comunità straniere e organizzazioni sanitarie/personale medico entrano in gioco molteplici fattori potenzialmente compromettenti, barriere diversificate e

---

<sup>5</sup> Istat, *Condizioni di salute e offerta sanitaria nelle città metropolitane*, Statistiche focus, 2024  
[https://www.istat.it/it/files//2024/05/Focus\\_Salute-e-offerta-sanitaria-nelle-citt%C3%A0.pdf](https://www.istat.it/it/files//2024/05/Focus_Salute-e-offerta-sanitaria-nelle-citt%C3%A0.pdf)



reiterate. Una prima fonte di criticità nell'ambito dell'accesso alle cure è rappresentata dalla discontinuità tra approvazione ed emanazione delle leggi e la loro applicazione pratica; dunque, difficoltà sul piano delle amministrazioni e delle comunità locali che per prime rendono operative le misure di inclusione nel tessuto urbano e sociale. Ciò soprattutto in determinate periferie o aree rurali in cui si verifica la sfortunata sinergia tra una massiccia presenza straniera e una forte carenza territoriale in termini di infrastrutture e servizi. Se è difficile scardinare l'insieme di barriere economiche, giuridiche, burocratiche e amministrative che i migranti possono affrontare nel loro approccio alla sanità, ancor più delicato è il discorso riguardo all'insieme di barriere culturali. Oltre alle difficoltà linguistiche, per cui manca ancora una rete di supporto e di mediazione, fanno parte di quest'insieme una serie di pregiudizi e stereotipi che compromettono il rapporto di fiducia tra medico e paziente, e sempre più si addicono a una medicina spersonalizzata e specialistica, che pecca di empatia e capacità di ascolto. Le barriere interpretative si esplicitano nella difficoltà di articolare e spiegare il disagio: il simbolismo, le figure retoriche, le immagini e le rappresentazioni della malattia e della cura, sono concetti profondamente culturali. Nel loro articolo *Per un nuovo immaginario di salute comunitaria. Il corpo come responsabilità collettiva e diffusa*, Silvia Fredi e Miria Gambardella scrivono “nonostante le spinte egemoniche del pensiero scientifico occidentale abbiano appiattito il panorama, ci ritroviamo su un pianeta in cui comunità differenti hanno diverse concezioni della cura, del benessere e del malessere e approcci diversi che si fondano su presupposti che appaiono talvolta inconciliabili<sup>6</sup>”.

Trattare il tema delle migrazioni nel Mediterraneo nell'ottica della salute dei migranti e dell'efficienza della sanità pubblica è particolarmente sfidante, soprattutto perché a dispetto dell'eterogeneità e diversità di contesti, la narrativa dominante in materia di migrazione reitera da anni una retorica della crisi, basata sul paradigma della chiusura, dell'esternalizzazione delle frontiere e del contenimento dei flussi migratori. Eppure, al di fuori delle logiche politico-istituzionali, una vasta pluralità di forme espressive concorre a dipingere il quadro complesso della cultura migratoria, considerandone le diverse implicazioni: il radicamento delle rotte migratorie, l'impatto sulle società, sulle città, sulle economie e sulle politiche. Sempre più frequentemente e profondamente, la questione delle migrazioni transnazionali solleva le più antitetiche opinioni, si piega alle strumentalizzazioni politiche ed evoca un vasto insieme di campi semantici che si annullano a vicenda: l'incontro, le frontiere, l'accoglienza, i

---

<sup>6</sup> M.Gambardella, S. Fredi, *Per un nuovo immaginario di salute comunitaria. Il corpo come responsabilità collettiva e diffusa*, Gazzetta Annuale di Informazioni AlterNative, 2024, p.6

respingimenti. Se da un lato, molteplici ricerche hanno studiato l'impatto delle migrazioni sulle società e sulle città, dall'altro preme considerare che la salute delle persone migranti non può essere trattata senza tener conto di questo impatto, cioè come disconnessa dallo status e dalle condizioni di vita dell'individuo, dalle sue relazioni o marginalizzazioni, dalla sua condizione sociale, abitativa, economica, lavorativa. In generale, la salute non può essere letta esclusivamente nell'ottica del benessere psico-fisico, ma va interpretata complessivamente come un insieme di tutti questi fattori. Prima macro-criticità, dunque, del rapporto tra migrazione e salute, va ricercata nel contrasto tra politiche sanitarie inclusive e politiche migratorie decisamente repressive. Politiche che spesso sono il fondamento delle difficoltà socioeconomiche delle comunità migranti, e che quindi contribuiscono a compromettere il loro status di salute. Ne è un esempio emblematico il recente Decreto Cutro, convertito in Legge 50/2023. Il decreto segue il tragico naufragio al largo delle coste calabresi, costato la vita a centinaia di persone. Secondo l'OIM, 3.129 persone sono morte percorrendo la rotta del Mediterraneo centrale nel 2023, mentre ammontano a circa 800 tra morti e dispersi nel 2024. Il decreto Cutro limita la possibilità di rinnovo dei permessi di soggiorno per protezione speciale ad una sola volta e con durata annuale, riducendo di conseguenza la possibilità di iscrizione al SSN; elimina i servizi di assistenza psicologica dai Centri di Accoglienza straordinaria (CAS), e riduce il divieto di espulsione ai soli casi di patologie gravi e non adeguatamente curabili nel paese d'origine o di transito sicuro. Si spiega, dunque, come politiche migratorie repressive generino effetti negativi concreti sulla salute delle persone migranti.

Malgrado la falsa convinzione, anch'essa parte della propaganda xenofoba, riguardo al legame pregiudiziale tra migrante e malattia, il bilancio generale dell'immigrazione in Italia è positivo in termini di presenza, di saldo economico e anche di stato di salute. Mentre secondo gli italiani la presenza di stranieri residenti si aggirerebbe intorno al 30%, secondo i rapporti Istat il numero di stranieri residenti in Italia al primo gennaio 2024 sarebbe di 5,3 milioni, pari a circa il 9% della popolazione totale<sup>7</sup>. A dispetto della retorica che vede lo straniero, il cosiddetto migrante economico, come un costituente parassitario ai danni del welfare dello stato, dell'economia interna e dell'occupazione, il saldo netto tra uscite ed entrate economiche legate all'immigrazione è positivo: secondo il Dossier Statistico Immigrazione 2023 del Centro di studi e ricerche IDOS, il saldo netto tra entrate e uscite economiche legate all'immigrazione, cioè il bilancio tra contributo economico degli immigrati (attraverso consumi, contributi

---

<sup>7</sup> Ciak MigrAction: indagine sulla percezione del fenomeno migratorio in Italia  
<https://www.ipsos.com/it-it/ciak-migracion-indagine-sulla-percezione-del-fenomeno-migratorio-italia>

previdenziali ecc.) e costi sostenuti dallo stato per la fornitura di servizi di welfare nazionale, non solo è positivo, ma è anche in costante crescita dal periodo pre-pandemico: nel 2021 si stima a circa 6,5 miliardi di euro, contro 1 miliardo circa del 2020 e 4 miliardi del 2019<sup>8</sup>.

Per concludere, è necessario sfatare un'ulteriore percezione pregiudiziale che concerne nello specifico l'area della salute e che vede nei migranti, specie in quelli provenienti dai paesi più svantaggiati, portatori di malattie e virus. Non c'è alcuna evidenza di un'associazione tra migrazione e importazione di malattie infettive. Al contrario, i migranti e rifugiati che tentano la traversata verso l'Europa partono in condizioni di buona salute: il cosiddetto effetto "migrante sano". Anzi, queste condizioni si deteriorano a causa del viaggio stremante, si pensi alla sindrome da shock post-traumatico, oppure all'arrivo nel paese ospitante, in quanto esposti a importanti mutamenti dello stile di vita, a scarse condizioni igienico-sanitarie e a precarietà economica lavorativa e abitativa<sup>9</sup>. La lettura e l'interpretazione del fenomeno migratorio vanno condotte alla luce dell'evoluzione dei sistemi di welfare generale e dei sistemi di welfare sanitario. E, in maniera complementare, l'efficienza della sanità pubblica va misurata in relazione alla sua capacità di rispondere alle esigenze di cura delle fasce di popolazione più vulnerabili. Tra difficoltà strutturali, disomogeneità, concorrenza privata e de-finanziamento, i servizi sanitari cercano a fatica di adattarsi a società in continuo mutamento, in cui si fondono o sovrappongono diverse istanze culturali, diversi concetti di cura e manifestazioni di disagio.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> *Dossier Statistico Immigrazione 2023*, Centro di Studi e Ricerche IDOS in collaborazione con Centro di Studi Confronti, Istituto di Studi Politici "S. Pio V"

<sup>9</sup> L. Chiurco, A. Rosano, *Dal migrante sano al migrante esausto: morbosità ed invecchiamento della popolazione di origine straniera*, INAPP, 2023

<sup>10</sup> B. Saraceno, *La salute dei migranti*, Salute internazionale, 2022, <https://www.saluteinternazionale.info/2022/01/salute-dei-migranti/>

## 1.2 L'accesso alle cure per gli stranieri in Italia

Quali sono le prassi metodologiche e applicative attraverso cui i migranti possono esercitare il loro diritto alla salute? Dal momento che la salute rientra tra i diritti fondamentali della persona e la sua tutela è stabilita dal diritto internazionale, europeo e nazionale, la questione della spettanza del diritto alla salute per gli stranieri dovrebbe mettere d'accordo sia chi ritiene che i diritti costituzionali inviolabili spettino all'uomo, che coloro che invece circoscrivono la portata dei diritti costituzionali ai cittadini. Il Testo unico sull'immigrazione (d.lgs. 286/1998, di seguito t.u.) si muove verso la direzione più inclusiva, cioè garantendo la piena equiparazione tra cittadino e straniero nell'ambito dei diritti fondamentali previsti dalla normativa interna e internazionale, e garantendo i diritti civili, alla pari del cittadino italiano, a chi soggiorni regolarmente. Tuttavia, è necessario considerare che nessuna delle differenti situazioni pratiche che l'articolo 32 può coprire è soddisfatta dalla sola previsione costituzionale. Dunque, in che modo il legislatore nazionale e gli amministratori regionali si sono mossi per garantire l'effettivo esercizio di questo diritto? E come si declina l'accesso a questo diritto per gli stranieri irregolari? Una prima riflessione sulla regolarità è opportuna, dal momento che nell'ordinamento italiano si prevedono differenti gradazioni di tutela in base alla regolarità della presenza straniera sul territorio dello stato. La legalità è uno dei principali argomenti utilizzati a sostegno della retorica anti-immigrazione, eppure la legge Turco-Napolitano (1998) prima, e la Bossi-Fini (2002) poi, hanno concepito un sistema che impedisce ai migranti di giungere regolarmente in Italia. Dunque, per riprendere le parole dell'avvocato Pietro Massarotto *“la retorica dell'accoglienza nella legalità è nulla più di un'affermazione di stile, vuota di significato. La legalità, infatti, deve essere possibile oppure non è”*<sup>11</sup>.

Dunque, le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria variano in base allo status giuridico dello straniero. Gli stranieri regolarmente presenti hanno l'obbligo di copertura sanitaria, intesa qui anche come interesse collettivo, tramite iscrizione al SSN o, in alcuni casi, ricorrendo ad assicurazione privata. Vigè l'obbligo di iscrizione per:

- Gli stranieri che possiedono un permesso di soggiorno regolare
- Gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del permesso di soggiorno per asilo, lavoro subordinato o autonomo, protezione sussidiaria o speciale, motivi familiari, cure mediche o gravidanza ai sensi dell'articolo 19, comma 2, lettera d-bis.

---

<sup>11</sup> Pietro Massarotto, 2017, *Possiamo Cambiare* in *Per Cambiare L'ordine delle cose*, a cura di A. Segre [et, dal sito [www.lordinedellecose.it](http://www.lordinedellecose.it)

- I minori stranieri non accompagnati (MSNA)
- I minori stranieri accompagnati da genitori senza permesso di soggiorno.

L'iscrizione avviene tramite l'ASL di riferimento, in base al luogo di residenza o di domicilio effettivo. La sua durata coincide col permesso di soggiorno, mantiene la sua validità nelle fasi di rinnovo dello stesso e, laddove l'esito del rinnovo sia negativo, nel caso in cui lo straniero abbia presentato ricorso giudiziario al Tribunale territoriale competente contro la decisione di rigetto del pds, la copertura sanitaria continua a restare vigente.

L'avvenuta iscrizione è certificata dalla Tessera Sanitaria che, in attesa del rilascio del permesso di soggiorno, può essere sostituita da un codice fiscale provvisorio rilasciato dall'ASL, ossia un certificato con numero identificativo della tessera sanitaria, che sarà consegnata una volta ultimato l'iter di regolarizzazione. L'iscrizione obbligatoria al SSN è gratuita, garantisce parità di accesso alle cure con i cittadini italiani e copre anche i familiari a carico dello straniero. In caso di mancata iscrizione, gli stranieri regolarmente presenti possono accedere alle cure previo pagamento, fatti salvi accordi bilaterali o multilaterali. Gli stranieri iscritti hanno diritto ad esenzioni per patologie o per reddito, rilasciate dall'ASL sulla base di certificazione medica di una struttura pubblica attestante la patologia o autocertificazione di reddito, rispettivamente.

L'iscrizione volontaria al SSN, invece, è garantita per:

- Gli stranieri che possiedono un permesso di soggiorno per residenza: il visto per residenza elettiva consente l'ingresso e il soggiorno in Italia agli stranieri che dimostrino di possedere risorse sufficienti per mantenersi autonomamente senza esercitare attività lavorativa e senza gravare sul welfare dello stato;
- Gli stranieri che si stabiliscono in Italia per un periodo superiore a tre mesi;
- Alcune categorie particolari quali: studenti, personale religioso e diplomatico, dipendenti di organizzazioni internazionali, genitori con età maggiore di 65 anni che hanno fatto ingresso in Italia per ricongiungimento familiare dopo il 5 novembre 2008.

L'iscrizione volontaria ha durata annuale a prescindere dall'eventuale scadenza del permesso di soggiorno in corso d'opera. Tuttavia, tale modalità di accesso non è gratuita ma prevede un contributo annuale. Anzi, secondo quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2024, che interviene sul Testo Unico, tale contributo passerebbe da 387 a 2mila euro annui. Nel caso di motivi di studio, il contributo forfettario minimo passa da 149 euro a 700,00 euro, mentre, per quanto concerne le persone collocate alla pari, il contributo minimo passa da 219,49. euro a 1.200,00 euro. Questa rideterminazione del contributo per l'iscrizione

volontaria si giustificerebbe alla luce dell'aumento per la spesa pubblica pro capite. Tale si applica anche ai cittadini comunitari che non dispongono di una polizza assicurativa privata o che non abbiano una copertura sanitaria dallo stato di provenienza<sup>12</sup>. Eppure, è facilmente prevedibile che un aumento così significativo potrebbe avere effetti negativi per le fasce più svantaggiate, basti pensare ai genitori o familiari con più di 65 anni, entrati in Italia per ricongiungimento familiare e già vulnerabili per età, che si vedono imputare un contributo quintuplicato per l'accesso alle cure.

Le persone che soggiornano regolarmente hanno a disposizione diversi meccanismi di protezione a tutela della loro condizione socioeconomica e di salute. Coloro che si trovano nell'impossibilità di trovare una nuova occupazione a causa delle loro condizioni di salute, una volta superato il periodo massimo di disoccupazione previsto dall'art. 22 co.11 T.U., possono ottenere il rinnovo del permesso di soggiorno per attesa occupazione, indipendentemente dalla disponibilità di altre risorse economiche o dalla fruizione di prestazioni previdenziali o assistenziali. In questo caso, infatti, si tratta di una causa di forza maggiore che interrompe il termine annuale per il reperimento di una nuova occupazione, legittimando così il rinnovo del permesso di soggiorno.

Nel caso venga riconosciuta una rendita per invalidità temporanea o permanente o una pensione per invalidità civile, gli stranieri regolarmente residenti possono, inoltre, richiedere il rilascio di un permesso di soggiorno per residenza elettiva. Infatti, la Convenzione OIL n.97 dell'8 giugno 1949 sancisce all'art.8, comma 1, che "*Un lavoratore emigrante ammesso a titolo permanente e i membri della sua famiglia autorizzati ad accompagnarlo o a raggiungerlo non possono essere rinviati nel loro territorio di origine o nel territorio da cui sono emigrati, quando a causa di malattia o infortunio il lavoratore si trovi nell'impossibilità di esercitare il proprio mestiere, a condizione che la malattia o l'infortunio sia sopravvenuto dopo il suo arrivo, a meno che la persona interessata lo desideri o che lo stabiliscano degli accordi internazionali vincolanti per lo Stato membro interessato*"<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Regionale. Aggiornamento contributo ai sensi della Legge 213 del 30/12/2023, art. 1 commi 240, 241, Ministero della Salute- Emergenza Ucraina - proroga all'iscrizione al SSN ed esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa

<sup>13</sup> OIL, *Convenzione sui lavoratori migranti (riveduta) 1949*, traduzione italiana: G. Kojanec (dir.), *Convenzioni e raccomandazioni della Organizzazione internazionale del Lavoro 1919-1968* [a cura della SIOI], Padova, 1969

### 1.3 Le diverse sfere di tutela per gli stranieri irregolari

Già attraverso il Testo unico sull'immigrazione, contenente disposizioni e norme sulla condizione dello straniero, si va delineando un approccio inclusivo in materia sanitaria, trattata nel Capo I, Titolo V, attraverso gli articoli sanitari 34, 35 e 36<sup>14</sup>. All'interno dello stesso, si introduce la distinzione tra straniero entrato nel territorio sovrano, dunque presente alla frontiera, e straniero rimasto nello stato, quindi regolarmente soggiornante. Si afferma una sorta di gradazione nelle sfere di tutela, a seconda della posizione del non cittadino. Nel caso di presenza straniera irregolare, dunque di persone che abbiano perseguito canali di ingresso illegali, che non siano in possesso di permesso di soggiorno o altri documenti identificativi o che, in seguito all'ingresso, non abbiano intrapreso le procedure legali per accedere a norma di legge, si verifica una contrazione della sfera di prestazioni e situazioni che la previsione costituzionale dell'articolo 32 va a coprire.

Per gli stranieri non in regola con le norme di ingresso e soggiorno vengono comunque garantite le cure urgenti ed essenziali, oltre ai programmi di medicina preventiva a tutela della salute individuale e collettiva. In sostanza, si definisce un nucleo essenziale e irriducibile dei diritti fondamentali, tale da sottrarlo ad eventuali compressioni giustificate dal famoso equilibrio di bilancio, *“cioè -scrive il professor Monego Davide- l'argomento finanziario, stabilmente evocato dalla Corte a fondamento di scelte normative limitative anche in materia di diritti. [...] benché la Corte non abbia mai spiegato in che cosa consista il “nucleo essenziale” o “irriducibile”, limitandosi a menzionarlo quale argine a un uso irragionevole della discrezionalità legislativa e a giudicarlo rispettato o lesa nelle singole scelte normative volta a volta sindacate. Sotto l'influsso dei casi concreti, esso ha preso forma proprio sui due versanti poi ripresi dall'art. 35: quello dell'urgenza della prestazione e quello della sua indispensabilità<sup>15</sup>”*.

Nello specifico, l'art. 35, commi 3, 4, 5, e 6, del testo unico e l'art. 43, commi 2, 3, 4, 5 e 8, del regolamento di attuazione disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale. In particolare, si assicurano cure ambulatoriali, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattie e infortunio; interventi di medicina

---

<sup>14</sup> Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286, *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*, Titolo V  
<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1998-07-25;286>

<sup>15</sup> D. Monego, *Il diritto alla salute dello straniero nell'ordinamento italiano*, in Serena Baldin, Moreno Zago (a cura di), *“Europe of Migrations: Policies, Legal Issues and Experiences”*, Trieste, EUT Edizioni Università di Trieste, 2017, pp. 217-236, cit. p. 221

preventiva con prestazioni ad essi correlate, oltre che tutela della gravidanza e maternità, tutela del minore, vaccinazioni, profilassi per malattie infettive, e cura, prevenzione e riabilitazione per tossicodipendenza.

La circolare del Ministero della Salute del 24 marzo 2000 n.5 chiarisce i concetti di urgenza, ossia tutte quelle cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute dell'individuo, e di essenzialità, vale a dire quelle cure relative a patologie non pericolose nell'immediato, ma che possono nel tempo arrecare danno alla persona o rischi per la vita. Inoltre, per quanto l'art. 35 non affermi a priori il principio di gratuità delle prestazioni erogate dal SSN ai non iscritti, si afferma comunque, al comma 4, la possibilità di erogare cure urgenti ed essenziali senza oneri a carico degli stranieri privi di risorse. Cioè, anche gli stranieri irregolari, impossibilitati a coprire le spese mediche, possono accedere alle cure urgenti ed essenziali gratuitamente, compilando la dichiarazione di indigenza fornita dal Ministero della Salute. Sempre secondo quanto stabilito dalla circolare, gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie fruite dagli stranieri indigenti sono a carico delle USL del territorio in cui sono stati assistiti. L'unità sanitaria locale territorialmente competente, dunque, dovrà richiedere l'eventuale rimborso al Ministero dell'Interno per le prestazioni ospedaliere urgenti o essenziali, e alla propria regione, per le prestazioni indicate nel comma 3 dell'art.35 del Testo unico .

Inoltre, la sentenza 252 del 2001 contribuisce a chiarire la non negoziabilità di tale sfera di cure urgenti ed essenziali, in quanto viene riconosciuto che *“il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è costituzionalmente condizionato dalle esigenze di bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti, salva, comunque, la garanzia di un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto. Questo nucleo irriducibile di tutela della salute quale diritto fondamentale della persona deve perciò essere riconosciuto anche agli stranieri, qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso e il soggiorno nello Stato, pur potendo il legislatore prevedere diverse modalità di esercizio dello stesso”*<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Prestazioni sociali e cittadinanza, La giurisprudenza costituzionale, Quaderno predisposto in occasione dell'incontro trilaterale tra Corte costituzionale italiana, Tribunale costituzionale spagnolo e Corte costituzionale portoghese, a cura di Maria Fierro, p.17  
[https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni\\_seminari/STU\\_298\\_Prestazioni\\_sociali\\_cittadinanza\\_trilaterale.pdf](https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/STU_298_Prestazioni_sociali_cittadinanza_trilaterale.pdf)



Sin da questa prima categorizzazione, non si può trascurare una prima lampante fonte di disomogeneità dal punto di vista della casistica che concerne l'accesso e il diritto di cura per gli stranieri irregolari. Innanzitutto, la Corte costituzionale giudica conforme a costituzione la distinzione tra chi ha accesso a una sfera di tutela piena tramite l'iscrizione al SSN, e chi, invece, ha accesso al solo nucleo irriducibile di questa sfera, sulla base della regolarità. Ciò si giustifica ritenendo tale differenza attinente alle sole modalità di esercizio del diritto alla salute, mentre in realtà si tratta a tutti gli effetti di un vincolo nell'accesso a determinate prestazioni, sebbene fuori dal già menzionato nucleo essenziale. Ciò comporta un'ulteriore riflessione: l'onere di giudicare quale tipo di bisogno o di necessità di cura sia essenziale e/o urgente per un individuo ricade sulle autorità sanitarie. Sempre citando il professor Monego, *“Urgenza”, “essenzialità”, anche “continuativa”, dell’assistenza cui ha diritto la persona in quanto tale, sono formule destinate a riempirsi di significati in via interpretativa, potendo allora estendersi o viceversa contrarsi, pur nei limiti consentiti dal testo. Soprattutto il riferimento a ciò che sia essenziale è «effettivamente non traducibile in significati univoci, oggettivi»<sup>17</sup>*.

Ne consegue l'effetto discutibile di un diritto fondamentale estremamente frammentato e labile, anche alla luce dell'impossibilità, in taluni casi sanitari, di prevedere determinate evoluzioni e necessità cliniche. Nonostante prevalga un'interpretazione larga dell'art. 35, tale che si garantisce un'ampia gamma di prestazioni anche continuative, una grande responsabilità investe il personale sanitario, chiamato a decidere della necessità dell'intervento sanitario o della continuazione delle cure, a fronte di patologie per cui si possano facilmente diagnosticare complicazioni. Emerge un carattere non oggettivo del quadro legale che definisce l'accesso alle cure per gli stranieri, e di conseguenza, del diritto alla salute in generale. Non oggettivo perché, per quanto ben noti gli esiti di determinate condizioni cliniche o patologie, è facile comprendere che l'intero iter di prevenzione, diagnosi e, soprattutto, cura, ha connotati fortemente soggettivi. Casi diversi, basati sulle stesse premesse e necessità sanitarie, possono declinarsi in esiti clinici totalmente diversi, dando luogo a un diritto incoerente.

In altre parole, se l'indifferibilità della prestazione sanitaria è quasi sempre oggettivamente valutabile per il personale sanitario, altrettanto non vale per l'essenzialità del percorso di cura. La soggettività intrinseca nelle decisioni cliniche e l'interpretazione delle normative

---

<sup>17</sup> Monego, *ivi*.

esistenti portano a un'applicazione del diritto alla salute che può risultare incoerente e disomogenea. Ad esempio, secondo quanto riporta Monego “*segue che è essenziale un trattamento di dialisi (T.A.R. Veneto, sent. n. 1168/2011), mentre non lo sono i controlli per prevenire una recidiva dopo l'asportazione di un sarcoma, oppure una terapia anticoagulante accompagnata da controlli della coagulazione o un trattamento di mantenimento su soggetto affetto da diabete, correlato al «monitoraggio dei parametri bioumorali ...pur indispensabile per il paziente» (v., rispettivamente, T.A.R. Molise, sent. n. 276/2011; Corte di cassazione, sent. n. 1531/2008; T.A.R. Trentino Alto Adige, sent. n. 139/2012)*<sup>18</sup>”.

---

<sup>18</sup> Monego, *ivi*

### 1.3.2 Conseguenze, strumenti ed evoluzioni della doppia tutela

La giurisprudenza amministrativa si è occupata di queste difformità soprattutto in relazione a ricorsi contro il rigetto di permessi di soggiorno per cure mediche o contestazioni riguardanti decreto di espulsione. Già dalle fonti sopra menzionate, infatti, ossia la Circolare del Ministero della Salute e la Sentenza 252, sono contemplati dei meccanismi di tutela per lo straniero irregolare, tra cui strumenti predisposti al fine di garantire il maggiore interesse della salute attraverso la sospensione della potestà espulsiva dello Stato.

Questa garanzia di tutela è passata attraverso l'istituzione di uno specifico permesso di soggiorno per cure mediche, la cui evoluzione è stata segnata da diverse tappe. Più precisamente, nella giurisprudenza amministrativa si è affermata la possibilità di ottenere un titolo di soggiorno per cure mediche in determinati casi regolamentati, sebbene non esplicitamente previsto dal testo unico. L'art. 36 t.u., difatti, regola l'ingresso dello straniero non iscritto al SSN per usufruire di cure mediche, anche fuori dal nucleo delle cure urgenti ed essenziali. Cioè, si occupa di quelle situazioni in cui uno straniero decida, dal suo paese, di ricevere cure mediche in Italia, una possibilità subordinata a una serie di criteri specifici: l'attestazione della struttura sanitaria prescelta con indicazioni riguardo alla data e durata presunta del trattamento sanitario richiesto; l'attestazione dell'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale, sulla base del costo delle prestazioni richieste, fissato dal regolamento di attuazione del testo unico al 30% del costo complessivo; documentazione attestante la disponibilità di risorse necessarie a coprire l'intero trattamento sanitario e le spese di vitto e alloggio in Italia. La sfera di tutela contemplata al di fuori dell'art.36, dunque, non concerne nello specifico l'emissione di un permesso di soggiorno per cure mediche, rientrando piuttosto nell'ambito di applicazione della protezione umanitaria, in quanto si esplicita più in termini di raccordo tra tutela della salute ed espulsione dell'immigrato irregolare.

Infatti, tra i diritti che potevano trovare tutela nell'ex istituto della protezione umanitaria, che prevedeva la concessione di un permesso di soggiorno per motivi umanitari, il diritto alla salute rivestiva un ruolo fondamentale. In essa si riconosceva la necessità di fornire protezione nei casi specifici in cui non fossero soddisfatti i requisiti stringenti per l'attribuzione dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria, e tuttavia tale protezione si necessitava per seri motivi di carattere umanitario. Con il d.l. di ottobre 2018 n.113, il cosiddetto decreto Salvini in materia di sicurezza e immigrazione, quella vasta gamma di possibilità che la protezione umanitaria contemplava si va progressivamente restringendo.

Si passa dal carattere generale al particolare, andando a definire una serie di casi speciali per il rilascio di permessi di soggiorno temporanei, di carattere umanitario, tra cui il permesso per cure mediche deducibile dall'art.19 del testo unico.

L'art. 19 rappresenta un fondamento giuridico essenziale, in quanto in esso trova attuazione il principio di non refoulement, il divieto di respingimento dello straniero verso luoghi in cui potrebbero subire torture o trattamenti inumani e degradanti. Qui si concepiscono le condizioni di inespellibilità dello straniero dallo Stato italiano. Nello specifico, non è consentita l'espulsione, salvo nei casi previsti dall'art.13, di:

- a. Stranieri minori di diciotto anni, salvo ricongiungimento con i genitori
- b. Stranieri in possesso di carta di soggiorno
- c. Stranieri conviventi con parenti di secondo grado o coniuge di nazionalità italiana
- d. Donne in stato di gravidanza, fino ai sei mesi successivi la nascita del figlio (diritto poi esteso anche al marito convivente).

Prima delle modifiche menzionate, l'articolo prevedeva il divieto di espulsione nei confronti *“degli stranieri che versano in condizioni di salute di particolare gravità, accertate mediante idonea documentazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, tali da determinare un rilevante pregiudizio alla salute degli stessi, in caso di rientro nel Paese di origine o di provenienza. In tali ipotesi, il Questore rilascia un permesso di soggiorno per cure mediche, per il tempo attestato dalla certificazione sanitaria, comunque non superiore ad un anno, rinnovabile finché persistono le condizioni di salute di particolare gravità debitamente certificate, valido solo nel territorio nazionale<sup>19</sup>”*.

La prima modifica, ad opera del d.l. 130/2020, sostituisce le “condizioni di salute di particolare gravità” con “gravi condizioni psico-fisiche o derivanti da gravi patologie”. Questa prima riformulazione sembra suggerire, tramite un approccio più ampio, un orientamento non particolarmente stringente, che contempli sia le condizioni psicofisiche che le eventuali patologie che arrecano danno all'interessato. Sono contemplati tutti quei casi per cui risulterebbe facilmente prevedibile che, in caso di allontanamento dal territorio italiano, sarebbero esposti a grave danno a causa della loro condizione medica. Per quanto riguarda la gravità della condizione psicofisica, essa si ritiene sussistente laddove siano

---

<sup>19</sup> Op.cit., T.U.,  
<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1998-07-25;286~art19-com2>

intaccate le funzioni essenziali per l'esercizio dei propri diritti fondamentali. Per quanto concerne, invece, la questione del rilevante pregiudizio nell'ambito della condizione medica dell'individuo in caso di allontanamento, esso va ricercato in un insieme di fattori. In generale, oltre alla condizione di urgenza del trattamento, tale limite si può individuare in qualsiasi limitazione o lesione dell'esercizio del diritto alla salute, che potrebbe occorrere nel paese d'origine o di transito: l'assenza di infrastrutture, servizi, medicinali, o particolari trattamenti per specifiche patologie; l'esclusione in termini sociali, geografici o economici del richiedente dai servizi di cura nel suo paese e, infine, laddove presenti e accessibili, l'inaccessibilità economica di tali servizi, che potrebbero non essere forniti gratuitamente se non estremamente costosi.

Un primo aspetto particolarmente rilevante nel quadro che si costruisce trattando dell'art.19, va ricercato nell'attribuzione della responsabilità riguardo all'accertamento della gravità e dell'eventuale lesione che il provvedimento di espulsione arrecherebbe all'interessato. Tale responsabilità ricade sul personale sanitario di strutture pubbliche o convenzionate. Al di là della scarsa oggettività/coerenza definitoria in merito a ciò che è essenziale, è evidente il peso di quest'onere a carica del personale medico, chiamato a verificare e approfondire la situazione, la disponibilità e l'efficienza del servizio sanitario nel paese d'origine del paziente. L'attestazione di queste circostanze, da un lato, non rientra nelle responsabilità professionali degli operatori sanitari in generale, dall'altro, non risponde alle loro conoscenze e competenze. E a giusto titolo, in quanto sarebbe impossibile aspettarsi che un medico possa approfondire diversi paesi e contesti socioeconomici. Ma anche in ragione del fatto che, laddove il trattamento richiesto dal paziente straniero rientri nell'ambito di interventi di cura per patologie particolari o rare, la stessa letteratura scientifica disponibile potrebbe essere scarsa, salvo rarissimi casi di note indisponibilità di trattamenti specifici. In quest'ottica si spiegano le valutazioni sull'efficacia o sull'effettiva disponibilità di trattamenti sanitari all'estero, effettuate da diverse organizzazioni internazionali (come l'OMS) ed enti governativi nazionali e regionali, per verificare se nel paese estero di riferimento ci siano trattamenti sanitari efficaci e accessibili. Inoltre, va ricordato che il già menzionato Decreto Cutro, cioè il d.l. 2023 n.10, ha introdotto nuove modifiche potenzialmente lesive al testo. Si prevede un restringimento del divieto di espulsione al solo caso di patologie di particolare gravità non adeguatamente curabili nel paese d'origine; inoltre, si stabilisce che i permessi di protezione speciale già rilasciati e in corso di validità possano essere rinnovati una sola volta e con durata annuale.

Lo scopo di queste garanzie di tutela, dunque, è quello di assicurare la permanenza sul territorio nazionale per ragioni di cura sino al completamento del trattamento, ossia di garantire l'effettività dell'accesso alle cure. Eppure, anche questa appare discutibile come sfera di tutela, in quanto lo straniero, pur non potendo essere espulso, comunque non possiede un titolo di soggiorno che gli assicuri totale protezione e accessibilità ai servizi di cura. E anche in caso di provvedimento d'espulsione, lo straniero può certamente presentare ricorso avanti al giudice e, successivamente, presso la Corte di cassazione, ma è evidente che il processo giudiziario sarebbe di prevalente interesse per l'individuo, anche rispetto alla sua immediata necessità di cure, e potrebbe esporlo a pericolo. Senza contare che in caso di espulsione con accompagnamento immediato alla frontiera, un provvedimento che consente allo straniero di difendersi contro un decreto di espulsione già emanato nei suoi confronti e quando ormai si trovi già fuori dal paese, ben poco sembra tutelare la condizione di salute dell'individuo. In generale, a dispetto dell'ampia portata dell'art.19, importanti limitazioni pratiche e interpretative possono risultare dalle disposizioni sopra citate: è chiaro che le letture più restrittive in merito alle gravi condizioni psicofisiche, insieme all'impossibilità di valutare sempre e oggettivamente la disponibilità e l'efficienza di altri servizi sanitari in paesi terzi, potrebbero rivelarsi contrastanti con la previsione costituzionale dell'art.32.

Un'ulteriore tutela è prevista per lo straniero irregolare che intenda ricevere cure in Italia. Sempre l'art. 35 del testo unico dispone che *“l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con i cittadini italiani”*- obbligo disciplinato dall'art.35 del Codice penale<sup>20</sup>. Con l'entrata in vigore della Legge del 15 luglio 2009 n.94, che ha introdotto il reato di soggiorno e ingresso irregolare sul territorio nazionale, i medici e il personale sanitario si sono trovati in una sorta di bias giuridico, stretti tra l'obbligo di riservatezza e l'obbligo di denuncia del neonato reato, penalmente perseguibile. La Circolare del 27 Novembre 2009 n.12 ribadisce che continua a trovare applicazione il divieto di segnalazione alle autorità per stranieri irregolarmente presenti, anche in ragione del fatto che tale reato di immigrazione irregolare è classificato come una contravvenzione, e non come un delitto, prevedendo il pagamento di un'ammenda da 5.000 a 10.000 euro. Si afferma quindi, ancora una volta, la

---

<sup>20</sup> op.cit.

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1998-07-25;286~art19-com2>

superiorità assoluta della tutela della salute, anche rispetto ad altri obblighi costituzionali ed esigenze di bilancio, quali possono implicare il controllo dell'immigrazione clandestina.

## 1.4 Ambulatori STP

Come si sono mosse le autorità nazionali e regionali per garantire attuazione alle norme di tutela sopra menzionate? Come si assicurano, nel concreto, prestazioni sanitarie essenziali a chi non risulta in possesso di permesso di soggiorno e altri documenti? La concretizzazione di tali misure è stata avviata a partire dal Regolamento di attuazione del Testo unico, ed è passata attraverso l'istituzione dei codici STP (1998), Straniero temporaneamente presente, ed ENI (2013), Europeo non iscrivibile. Questi strumenti hanno lo scopo di consentire l'accesso a quel nocciolo duro di cure indifferibili di cui sopra, a tutti coloro che si trovino in situazioni di irregolarità.

Il codice STP viene rilasciato dalle ASL di competenza a stranieri non comunitari e irregolari, compresi coloro che, pur essendo entrati regolarmente in Italia, abbiano poi perso il diritto alla permanenza. Si tratta di uno strumento che consente di ovviare al contrasto tra identificazione fiscale e amministrativa dell'interessato e rispetto della riservatezza stabilito dall'art.35. Questo in ragione del fatto che tale codice è riconosciuto su tutto il territorio nazionale a identificazione dell'assistito che, pur dovendo dichiarare le proprie generalità ai fini del rilascio, è esonerato dall'obbligo di mostrare ulteriori documenti. L'STP è composto da sedici caratteri, di cui tre per la sigla STP, sei per il codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica da cui è stato rilasciato, e infine, un numero progressivo di sette caratteri attribuito al momento del rilascio. Attraverso questo meccanismo si consente anche la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate ai fini del rimborso: l'STP è quindi, a tutti gli effetti, un codice identificativo, una sorta di meccanismo sostitutivo del codice fiscale attraverso cui i medici possono emettere ricette per chi è sprovvisto di documenti.

Nella maggioranza dei casi, coloro che accedono alle cure tramite codice STP versano in condizioni di indigenza, dal momento che si trovano in uno stato di irregolarità amministrativa che li relega a situazioni abitative e socioeconomiche precarie, ad esempio facendo affidamento al solo reddito ricavato da lavori nel campo dell'economia informale (come solitamente accade per lavoratori domestici, nell'ambito dell'edilizia o dell'agricoltura). Contestualmente al rilascio di tale codice, lo straniero può sottoscrivere la relativa Dichiarazione di Indigenza fornita dal Ministero della Salute.



Sia il codice STP che la dichiarazione d'indigenza hanno validità di sei mesi<sup>21</sup> e possono essere rinnovati di sei mesi per volta, fino a che sussistono le condizioni che ne hanno consentito il rilascio. I pazienti STP, quindi, dovranno rinnovare un insieme di pratiche burocratiche presso l'ASL di competenza ogni sei mesi e potranno usufruire dei servizi di cura urgenti ed essenziali presso ambulatori specifici e, soprattutto, tramite medici abilitati, non avendo diritto all'assegnazione di medici di base, pediatri di famiglia o guardia medica. Ciò sottintende che il codice STP, per quanto utile, presenta serie criticità dal punto di vista della continuità assistenziale. Ad esempio, si limita la possibilità di cura degli stranieri irregolari vincolandoli a rivolgersi esclusivamente a medici abilitati specifici che, inoltre, potrebbero variare di rinnovo in rinnovo. E anche l'obbligo di recarsi in luoghi prestabiliti e frequentemente sottoposti a orari costrittivi, quali possono essere gli orari ambulatoriali all'interno delle stesse ASL, limita e compromette la qualità e continuità delle cure.

Volendo tornare al dubbio, nell'ambito della salute migrante, tra diverse modalità di esercizio e diverse sfere di tutela, è chiaro in questo caso che lo status di soggiorno dell'individuo incide in maniera determinante verso la seconda opzione, cioè quella del divario nella protezione. Laddove lo straniero regolare ha la possibilità non solo di avere un medico di base, e dunque di vedersi effettivamente riconosciuto un diritto fondamentale e la parità di assistenza, ma anche di sceglierlo e di cambiarlo, lo straniero irregolare che debba ricevere assistenza sanitaria è vincolato ad alcune imposizioni esterne specifiche. Potrebbe sembrare un dato irrilevante, ma se si considera anche la condizione di povertà assoluta in cui vivono gli stranieri irregolari, e dunque la maggiore probabilità di sviluppare eventuali problemi o disagi psicofisici e le maggiori difficoltà logistiche ed economiche nell'accesso ai servizi di cure, si tratta di una riflessione fondamentale: la non continuità complica, se non impedisce, la relazione complessa tra medico e paziente, proprio per coloro che più avrebbero bisogno di essere assistiti, ma soprattutto seguiti, nella loro precarietà e attraverso i loro disagi.

Ulteriori criticità concernono la sfera economica. Si è visto che la dichiarazione di indigenza esonera lo straniero irregolare dal pagamento delle spese per cure urgenti ed essenziali. Le prestazioni sanitarie sono fornite dal SSN senza costi a carico del cittadino straniero con codice STP, ad eccezione delle quote di partecipazione alla spesa (ticket) analogamente ai

---

<sup>21</sup> La durata semestrale del codice STP è uniforme su tutto il territorio nazionale a eccezione del Veneto, in cui il codice ha validità annuale.

cittadini italiani. Lo straniero STP è esonerato dalla partecipazione alla spesa (ticket), similmente al cittadino italiano, per quanto riguarda:

- Le prestazioni sanitarie di primo livello, accessibili direttamente senza prenotazione e impegnativa (ad esempio, quelle di medicina generale, SERT, DSM, Consultori Familiari).
- Le prestazioni urgenti erogate presso il Pronto Soccorso secondo i criteri di esenzione già definiti per i cittadini italiani.
- Le prestazioni a tutela della gravidanza e della maternità, comprese quelle pre-concezionali, di controllo e monitoraggio della gravidanza, di diagnosi prenatale e le prestazioni specialistiche correlate all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), esenti a parità dei cittadini iscritti al SSN.
- Le prestazioni di prevenzione fornite attraverso le strutture territoriali del Dipartimento di Prevenzione (piano nazionale e regionale dei vaccini, screening, prevenzione HIV).
- Le prestazioni esenti secondo i criteri e i limiti stabiliti dalla normativa vigente per i cittadini italiani, in presenza di patologie croniche, rare e stati invalidanti (con conseguente rilascio dell'Attestato di esenzione).
- L'età o condizione anagrafica (minori di 6 anni o maggiori di 65 anni), in relazione al reddito del nucleo familiare. I cittadini stranieri con codice STP, avendo sottoscritto la Dichiarazione di Indigenza, sono assimilati a coloro che dichiarano un reddito inferiore ai limiti stabiliti dalla legge.

Per i pazienti STP privi di risorse economiche sufficienti per il pagamento del ticket, laddove non si goda dell'esenzione ad altro titolo (gravidanza, patologia, invalidità ecc.), è prevista la possibilità di applicare il codice di esenzione X01. Si tratta di un codice apposto dal medico sull'impegnativa in seguito a dichiarazione di indigenza, valido solo per la singola prestazione prescritta. L'esenzione X01 si applica solo ai pazienti STP e non ai pazienti ENI, sebbene troverebbe fondamento anche per loro nelle previsioni di cui all'art.35. Vi sono alcune eccezioni virtuose: in Puglia, Sicilia e Veneto, l'esenzione X01 si applica anche ai pazienti ENI. In particolare, la Sicilia ha esteso la sfera di applicazione anche ai richiedenti asilo, mentre il Veneto ha codificato con propri codici regionali ulteriori esenzioni per motivi anagrafici e socioeconomici. Tuttavia, a conferma dell'eterogeneità nell'applicazione della normativa sanitaria, sono numerosi anche esempi meno virtuosi. Più

precisamente, in Molise, Sardegna, nella provincia di Bolzano e in Valle d'Aosta, non è stata data nessuna indicazione in merito all'esenzione X01 per gli stranieri irregolari, sebbene in quest'ultima, nello Sportello Informativo per la Salute degli Immigrati (S.I.S.I) della USL Valle d'Aosta, si fa riferimento all'esenzione dal pagamento del ticket a seguito della dichiarazione di indigenza.

## 1.4.2 Istituzione del codice ENI

Il codice ENI nasce da premesse simili ma si è sviluppato in modo molto diverso rispetto al STP. Seguirne le evoluzioni rivela esiti ancor più paradossali in merito al divario di accesso alle cure, in quanto il codice ENI, Europeo Non Iscritto, nasce proprio al fine di tutelare gli stranieri che, pur essendo comunitari, si trovino sprovvisti di copertura sanitaria. Si tratta, infatti, di una misura concepita dopo il 2007, quando Bulgaria e Romania diventano paesi membri dell'Unione. In quanto cittadini europei, bulgari e rumeni hanno diritto all'assistenza sanitaria in presenza di alcuni requisiti, ovvero permesso per lavoro o, in generale, in possesso di tessera TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia). La TEAM consente al cittadino assistito da uno stato membro di accedere direttamente ai servizi sanitari del paese in cui soggiorna alle stesse condizioni dei cittadini di quello stato, e di ricevere tutte le prestazioni necessarie dal punto di vista medico, tenuto conto della natura della prestazione e della durata del soggiorno. La tessera TEAM consente copertura sanitaria anche per periodi superiori a tre mesi, nei casi in cui un cittadino dell'Unione, pur soggiornante temporaneamente in Italia, non intenda stabilizzarsi e spostare la propria residenza.

Per gli stranieri comunitari, è prevista l'iscrizione obbligatoria al SSN per:

- Lavoratori autonomi o subordinati
- Disoccupati iscritti a Centri per l'Impiego
- Coloro che possiedono una Carta di soggiorno permanente.
- Familiari a carico di cittadini italiani
- Vittime di tratta ammesse a programmi di protezione sociale
- Lavoratori temporaneamente inabili a causa di malattia o infortunio
- Detenuti in semilibertà o sottoposti a misure alternative alla pena
- Madri di minori italiani
- Minori in affidamento

Il problema è sorto quando, nel 2007, si prese atto che non tutti i rumeni e i bulgari presenti sul territorio nazionale erano in possesso della TEAM a causa delle gravi carenze del sistema sanitario nei loro paesi d'origine. Dunque, questi cittadini neocomunitari, se disoccupati, familiari a carico o, ancora, lavoratori nell'ambito dell'economia informale, si trovavano sprovvisti di copertura sanitaria.

Il codice ENI vuole far fronte a tutte quelle situazioni in cui non si è in possesso di Tessera TEAM, magari perché non idonei secondo lo Stato di appartenenza, non si ha diritto all'iscrizione obbligatoria o non si può richiedere l'iscrizione volontaria in quanto privi di attestazione di regolarità di soggiorno. L'ENI garantisce lo stesso insieme di prestazioni e programmi di tutela urgenti ed essenziali che assicura il codice STP, e come quest'ultimo, si attiva presso presidi territoriali dedicati STP/ENI o tramite l'ASL competente. A differenza dei pazienti STP però, a cui viene richiesto solo di dichiarare le proprie generalità e compilare la dichiarazione di indigenza, i pazienti ENI devono presentare una più corposa documentazione, composta di:

- Documento di identità ai sensi della normativa UE
- Dichiarazione sostitutiva di domicilio nel territorio regionale da più di tre mesi
- Dichiarazione di non iscrizione presso l'anagrafe dei residenti
- Dichiarazione di indigenza
- Dichiarazione di non poter essere iscritto al SSR, di non essere in possesso di una differente assicurazione sanitaria privata e di essere sprovvisto di attestazione di diritto rilasciata dal paese di provenienza<sup>22</sup>.

I pazienti ENI possono avere esenzioni per patologia ma pagano il ticket per intero, ove previsto, a parità di condizioni col cittadino italiano. I trattamenti erogati ad ENI-tutti a provvisorio carico del SSR (al netto dell'eventuale quota ticket versata)- saranno oggetto di contabilizzazione separata per consentire eventuali azioni di recupero ex post verso i paesi di provenienza. A tal fine andranno registrati tutti i dati utili e propedeutici a tale eventuale azione di recupero. Si spiega, dunque, che il codice ENI non è anonimo, considerato, tra l'altro, che il suo rilascio è subordinato alla presentazione di un documento valido nell'UE. Anzi, è un codice identificativo fondamentale ai fini della registrazione delle prestazioni erogate e, soprattutto, del rimborso per i Servizi Sanitari Regionali. Infatti, ulteriore differenza rispetto agli STP, il codice ENI è valido solo nella regione in cui viene emesso, e non sul territorio nazionale.

Anche in questo caso, emerge una forte disparità regionale nell'implementazione delle politiche sanitarie. La Lombardia, ad esempio, pur rinomatamente riconosciuta come una

---

<sup>22</sup> Rapporto S.I.M.M. e NAGA, *Attuale legislazione sanitaria italiana per gli immigrati irregolari e attuale fruibilità di tale legislazione a livello regionale*, 2019

delle regioni più virtuose dal punto di vista del SSN, non ha ancora previsto l'erogazione del codice ENI per i cittadini comunitari non iscrivibili<sup>23</sup>.

In Puglia, invece, vi sono importanti variazioni rispetto al periodo di validità nazionale: la possibilità di rilascio dell'ENI e la sua durata sono relative al solo periodo strettamente necessario ad assicurare le prestazioni urgenti o comunque essenziali e indifferibili, ancorché continuative, e i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva<sup>24</sup>.

Ulteriori variazioni rispetto al set nazionale riguardano la regione Umbria. Nella Deliberazione della Giunta Regionale n.294 del 09/03/2009, "Precisazioni concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia in applicazione della nota del Ministero della Salute del 19/02/2008", l'ENI non è contemplato. Si legge: "*i cittadini comunitari presenti sul territorio nazionale, privi di copertura sanitaria in quanto non risultano assistiti dagli Stati di provenienza e non hanno i requisiti per l'iscrizione al SSN, che dichiarano la propria indigenza, hanno diritto alle prestazioni indifferibili e urgenti, tra cui si intendono incluse anche: 1. le prestazioni sanitarie relative alla tutela della salute dei minori [...]; 2. le prestazioni sanitarie relative alla tutela della maternità, all'Interruzione volontaria di gravidanza, a parità di condizione con le donne assistite iscritte al SSN [...]; 3. le prestazioni sanitarie che devono essere attivate nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale, nonché gli interventi di profilassi internazionale. [...] le prestazioni [...] saranno erogate senza oneri a carico del richiedente qualora privo di risorse economiche sufficienti, fatte salve le eventuali quote di partecipazione alla spesa (ticket), a parità di condizione con il cittadino italiano*"<sup>25</sup>.

Si conferma esempio virtuoso il Veneto, unica regione in cui la modifica rispetto al quadro nazionale gioca in favore dei richiedenti, in quanto estende il periodo di validità del codice ENI a un anno, garantendo maggiore coerenza e continuità all'assistenza medica.

---

<sup>23</sup> Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà INMP, *Accesso al SSN dei cittadini UE in Lombardia*, 2024  
[http://wiki.inmp.it/wiki/index.php/Accesso\\_al\\_SSN\\_dei\\_cittadini\\_UE\\_in\\_Lombardia](http://wiki.inmp.it/wiki/index.php/Accesso_al_SSN_dei_cittadini_UE_in_Lombardia)

<sup>24</sup> INMP, *Accesso al SSN dei cittadini UE in Puglia*, 2024  
[http://wiki.inmp.it/wiki/index.php/Accesso\\_al\\_SSN\\_dei\\_cittadini\\_UE\\_in\\_Puglia](http://wiki.inmp.it/wiki/index.php/Accesso_al_SSN_dei_cittadini_UE_in_Puglia)

<sup>25</sup> Deliberazione della Giunta Regionale n.294 del 09/03/2009, *Precisazioni concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia in applicazione della nota del Ministero della Salute del 19/02/2008*  
[https://www.simmweb.it/attachments/article/738/Umbria\\_22\\_dgr294\\_2009\\_comun.pdf](https://www.simmweb.it/attachments/article/738/Umbria_22_dgr294_2009_comun.pdf)

La situazione, dunque, è concretamente più paradossale: in quanto parte della Comunità Europea, i cittadini comunitari godono dell'immenso insieme di benefici derivanti dal sistema di libera circolazione, la loro presenza in uno stato membro è regolare. Il problema è l'accesso ai servizi di welfare di quel paese, l'accesso alla sanità italiana. La logica che sottende a questa discriminazione si basa proprio sul vantaggio della libertà di movimento, per cui si ritiene istintivamente ed erroneamente, che lo straniero comunitario abbia la possibilità e la facoltà di curarsi nel suo paese, senza gravare sul welfare dello stato ospite. Il requisito per l'iscrizione sanitaria è avere residenza e contratto di lavoro, vale a dire pagare le tasse, essere a tutti gli effetti parte del sistema amministrativo dello stato. Eppure, banalmente, è evidente che vi sono stranieri comunitari che versano in condizioni di irregolarità. Basti pensare, ancora, all'ambito dei lavoratori domestici: secondo l'Osservatorio Nazionale Domina sul Lavoro Domestico, in Italia *“tra le badanti, la componente dell'Est Europa è fortemente maggioritaria, rappresentando il 73,6% del totale<sup>26</sup>”*. E non è difficile presumere che ci sia un'importante percentuale di lavoro nero tra questi numeri, considerato che il lavoro domestico continua a essere uno dei settori con il più alto tasso di irregolarità: il 51,8%, contro una media nazionale dell'11,3% per gli altri settori economici<sup>27</sup>. L'ENI è, dunque, un codice di emergenza che presenta una serie di problematiche in quanto non ha diritto a esenzione per reddito e non fa parte del sistema fiscale italiano.

Ma un'ulteriore criticità riguarda proprio la più vulnerabile popolazione infantile. Come è noto, la tutela della salute dei minori stranieri trova il suo fondamento nella convenzione più ratificata al mondo: la Convenzione di New York del 1989 sui diritti del fanciullo, in cui si impone agli stati di garantire i diritti essenziali, tra cui quello alla salute, a tutti i bambini senza distinzioni di sorta, in condizione di assoluta parità con i cittadini di quello stato. L'assistenza sanitaria per tutti i minori stranieri, anche irregolari, è assicurata dall'iscrizione obbligatoria al SSN, prevista già dall'Accordo Stato-Regioni del 2012, ma ufficialmente riconosciuta a partire dal D.P.C.M del 2017, che ha istituito i Livelli essenziali di assistenza

---

<sup>26</sup> *La presenza dei lavoratori domestici in Italia*, Domina, <https://www.osservatoriolavorodomestico.it/la-presenza-dei-lavoratori-domestici-stranieri-in-italia>

<sup>27</sup> *Lavoratori domestici, in Italia sono quasi 900 mila. Tanti irregolari*, La difesa, <https://www.difesapopolo.it/Media/OpenMagazine/Il-giornale-della-settimana/ARTICOLI-IN-ARRIVO/Lavoratori-domestici-in-Italia-sono-quasi-900-mila.-Tanti-irregolari>

(LEA), e dalla Legge successiva, del 2017, che modifica l'art.34 T.U. ed estende l'iscrizione obbligatoria anche ai minori non accompagnati<sup>28</sup>.

Sempre sulla scia del paradosso, i minori figli di cittadini comunitari irregolari restano esclusi in quanto per loro non è prevista l'iscrizione al Servizio Sanitario. Questa importante discriminazione fra minori extracomunitari e comunitari si verifica in quanto l'articolo 63 del DPCM del 2017 riguarda solo i cittadini extra Ue. La mancata iscrizione al SSN comporta, tra le altre cose, il venir meno del diritto al pediatra di libera scelta con la conseguente possibilità di essere curati solo nei consultori o negli ambulatori STP/ENI<sup>29</sup>.

Tuttavia, più in generale, nonostante le tutele riconosciute a tutti i minori stranieri sul territorio nazionale, anche per i minori STP ci sono stati numerosi problemi. Secondo Valentini, *“L'ostacolo burocratico che sinora ha impedito la piena applicazione della legge è stata la mancanza di indicazioni operative nazionali per quanto riguarda l'applicazione dei codici fiscali e dei codici di esenzioni. Si è lasciata alle singole Regioni l'opportunità di attrezzarsi con il risultato di una grande eterogeneità territoriale e un'ingiusta disuguaglianza”*, afferma Piero Valentini, Segretario del Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante della Società Italiana di Pediatria (GLNBM). *“Nel 2022 però finalmente due circolari del Ministero della Salute hanno regolamentato questi aspetti. Ora tutte le Regioni e le Province autonome hanno tutti gli strumenti per rendere questo diritto omogeneo e diffuso. Da qui l'invito a non perder altro tempo”*<sup>30</sup>.

Nello specifico, la Risoluzione n.25/E del 7/06/2022 contribuisce a risolvere i problemi che impediscono la concreta fruizione del diritto alla salute, vale a dire il mancato possesso del Codice Fiscale, rilasciato dall'Agenzia delle Entrate solo a coloro che possiedono un regolare permesso di soggiorno. Tramite la successiva circolare del Ministero della Salute dell'8 agosto 2022, si cerca di fornire indicazioni operative pratiche in merito alle modalità di attribuzione del CF anche per i minori irregolarmente soggiornanti. Questi strumenti inaugurano la possibilità di mettere in comunicazione diretta le ASL e l'Agenzia delle

---

<sup>28</sup> Legge 7 aprile 2017, n.47, nota come Legge Zampa, art. 14  
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/04/21/17G00062/sg>

<sup>29</sup> *Il diritto alla salute dei minori stranieri*, Integrazione Migranti,  
<https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Altre-info/e/4/o/8/id/11/Il-diritto-alla-salute-dei-minori-stranieri>

<sup>30</sup> *Bambini stranieri, disuguali tra disuguali. Dalla nascita all'adolescenza, gli indicatori di salute mostrano uno svantaggio rispetto ai loro coetanei italiani: un focus al Congresso della SIP*, Società Italiana di Pediatria  
<https://sip.it/2023/10/27/bambini-stranieri-disuguali-tra-disuguali-dalla-nascita-alladolescenza-gli-indicatori-di-salute-mostrano-uno-svantaggio-rispetto-ai-loro-coetanei-italiani-un-focus-al-congresso-della-sip/>



Entrate: è l'ASL che attiva direttamente la richiesta, semplificando sia l'iter procedurale che l'allineamento dei dati tra SSN e Anagrafe Tributaria.

Nonostante ciò, pochi sono i dati riguardo all'effettiva implementazione di tali misure che vorrebbero mettere in contatto diretto due istituti pubblici. E soprattutto, si conferma una forte disomogeneità regionale in termini di prassi applicative. Basti pensare che, nella regione Piemonte, già in passato, alcune buone prassi hanno contribuito a risolvere la questione dell'attribuzione del CF. La circolare della Regione Piemonte 28/5/2015, infatti, già prevedeva che, nel caso in cui il genitore titolare di STP si rivolga all'ASL per richiedere l'iscrizione al SSN del figlio minore e questi sia privo di codice fiscale, sia la stessa ASL a richiedere il codice fiscale del minore all'Agenzia delle Entrate<sup>31</sup>.

Inoltre, anche superando questi ostacoli burocratici, vi sono ulteriori criticità per le famiglie straniere con minori, dovute essenzialmente all'assenza di un codice unico di esenzione, valido a livello nazionale. Dunque, salvo rari esempi positivi (come la regione Lazio che nel 2020 ha esteso il codice di esenzione E05 , solitamente limitato ai minori di 6 anni, a tutti i minori di 18 anni), il rischio è quello di costringere molte famiglie impossibilitate a farsi carico della spesa sanitaria, di ricorrere al codice STP. Infatti, mentre in caso di iscrizione al SSN è necessario attestare i requisiti di reddito per avere accesso ad esenzioni, per gli STP, come si è visto, basta un'autodichiarazione a garantire una più vasta copertura.

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni S.I.M.M. dà conto delle varie sfere di applicazione delle normative sulla salute dei minori a livello regionale, contribuendo a costruire una mappatura delle immense variazioni nella sfera di tutela da regione a regione. Il rapporto S.I.M.M. 2022 informa che la possibilità di iscrizione al SSN, nell'ottica dell'interesse superiore del minore, è stata estesa anche ai minori con codice ENI solo in Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Sicilia e Lombardia<sup>32</sup>. La Regione Lombardia ha dimostrato che questa mancanza del CF può essere superata: iscrive i minori al SSR utilizzando un codice STP al posto del CF per gli extracomunitari e, non avendo l'ENI, un codice numerico progressivo per i comunitari<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> Regione Piemonte, *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e Province Autonome italiane- Recepimento iscrizione obbligatoria al SSR dei minori stranieri presenti sul territorio a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno*, 2015 [https://www.piemonteimmigrazione.it/images/circolare\\_applicativa\\_Regione\\_Piemonte.pdf](https://www.piemonteimmigrazione.it/images/circolare_applicativa_Regione_Piemonte.pdf)

<sup>32</sup> Questo elenco è relativo al rapporto SIMM 2022. Ad oggi non è noto quante regioni abbiano esteso questa sfera di tutela ai bambini ENI in quanto nelle circolari regionali non è specificato.

<sup>33</sup> NAGA, S.I.M.M., op.cit.

In generale, tutte le regioni hanno previsto politiche inclusive per far fronte alle direttive nazionali sull'accesso alle cure per i minori, ma l'iscrizione al SSR per i minori comunitari ha una base giuridica assai più debole, derivando solo indirettamente dal concetto di non discriminazione fra gruppi di minori, espresso nell'art. 2 della Convenzione sui diritti del fanciullo di New York, e mai divenuta esecutiva. Ad oggi, dunque, manca l'equiparazione totale tra minori ENI ed STP, sia a livello pratico che teorico, in quanto si fa diretta menzione solo per i minori extra-comunitari, risultando in un paradossale svantaggio in termini di tutela per i bambini figli di stranieri irregolari comunitari. Una mancanza tanto più grave quando relazionata alla popolazione pediatrica, che ha esigenze che superano i confini delle cure urgenti ed essenziali, necessitando di figure di supporto che si occupino della salute del minore e dell'accompagnamento della famiglia in maniera complessiva, dai bilanci di salute al complesso sistema di vaccinazioni.

## Conclusioni

Come si è potuto osservare, definire il quadro giuridico nazionale che regola l'accesso alle cure per stranieri implica confrontarsi con realtà regionali estremamente eterogenee. Si è dipinta l'immagine di un sistema sanitario sicuramente inclusivo, strutturato ed efficiente, ma comunque drammaticamente frammentario. Negli ampi spazi di discrezionalità lasciati dalle regolamentazioni nazionali si fanno spazio interpretazioni e concezioni disperate, tali non solo da compromettere l'omogeneità della sanità nazionale ma anche da complicare le condizioni di accesso alle cure per le popolazioni più vulnerabili, con contesti più o meno gravi da regione a regione.

Riteniamo rilevante porre l'accento su una delle prime questioni moralmente sindacabili che ci siamo trovati ad affrontare nel tentativo di muoversi in questa trama intricata, cioè la diversa sfera di tutela che coinvolge migranti regolari e irregolari. Ci sono delle domande che restano inevitabilmente aperte: limitare la sfera di prestazioni sanitarie accessibili, sulla base dei criteri soggettivi e mutevoli di urgenza ed essenzialità, può leggersi come una modalità di esercizio differente del diritto alla cura? Oppure, questa diversa sfera di tutela necessita di essere interpretata come una costrizione delle prestazioni e dell'assistenza medica erogabile, stabilita sulla base dello status giuridico dell'individuo? Vale a dire, un limite alle cure accessibili per gli stranieri irregolari che, alla luce del superiore interesse della salute, si cerca di volta in volta di aggirare?

In secondo luogo, si è potuto osservare come a una configurazione inclusiva dei diritti umani e a una maggiore protezione giuridica dei soggetti considerati più vulnerabili, non sempre corrispondano metodologie applicative vantaggiose per l'esercizio di tali diritti, tantomeno in ambito sanitario. Un esempio è quello della popolazione infantile: anche i minori, pur essendo la categoria maggiormente tutelata a livello globale, rischiano di non vedersi riconosciuti diritti fondamentali per la loro crescita e il loro sviluppo, anche, banalmente, per la sola causa di difficoltà burocratiche o amministrative. In altre parole, alcuni sistemi di protezione istituiti a tutela dei diritti umani rischiano di tramutarsi in misure vacue senza il supporto di un apparato pratico e applicativo per realizzarle, che omogenei i diversi contesti regionali all'interno del territorio nazionale.

In un quadro nazionale in cui la sanità si vede progressivamente sempre più de-finanziata e de-potenziata, le già grandi sfere di marginalizzazione che investono le popolazioni

vulnerabili, come stranieri e indigenti, ci appaiono destinate a un drammatico peggioramento.

Con questa analisi si vuole invertire quella tendenza a ignorare le problematiche strutturali che già il periodo pandemico aveva fatto emergere in seno alla sanità pubblica, chiamandola non solo a un aggiornamento delle sue metodologie e dei suoi apparati, ma a un cambiamento radicato, che le consenta di abbracciare una società sempre più multiculturale, in cui la cura assume una dimensione multidisciplinare.

## Capitolo 2

### La sanità come parametro di inclusione e radicamento nelle realtà territoriali

#### Introduzione

In questo capitolo si avvierà una progressiva riduzione della scala di ricerca in favore del principio del territorialismo, della località. Si passerà dal quadro nazionale a quello regionale, e poi ancora, a quello locale. Questi passaggi di livello sono dettati da diverse motivazioni. Innanzitutto, la scelta della regione Campania come oggetto di analisi a livello intermedio deriva dalla possibilità di esplorare il contesto di ricerca in maniera approfondita e dettagliata, coinvolgendo una gamma diversificata di attori. Essere profondamente legati a una realtà territoriale consente di penetrare nei dettagli più minuziosi di un quadro che, visto dall'alto nella sua universalità, perderebbe quell'attenzione al particolare, si vestirebbe di generalizzazioni. La visione d'insieme su grande scala cede inevitabilmente una componente di precisione in favore della completezza, dell'universalità. Con questo progetto di ricerca si vuole invece scendere del dettaglio, guardare più da vicino: si sceglie una dimensione più contenuta per esplorarla minuziosamente. La metafora più calzante è quella dell'arte pittorica del puntinismo: osservare un quadro da lontano consente di coglierne l'insieme, il fine. Ma è solo avvicinandosi che si vedono i puntini e ne si studia la realizzazione e la complessità.

Guardando da lontano il quadro della sanità italiana per gli stranieri sul piano nazionale si ha l'impressione di ritrovarsi di fronte a un lavoro piuttosto omogeneo. Non che non se ne colgano le discrepanze, le anomalie e la disomogeneità, ma si legge l'opera come contenuta in una cornice di diritto inalienabile che tutela i migranti e la loro salute fisica. Invece, è solo guardando da vicino le realtà concrete ed estremamente territoriali che si può comprendere che i diritti non sono immutabili, e anche quelli che si danno per assodati, come il diritto alla salute, possono incorrere in una lenta e quotidiana erosione. Un'erosione che procede per tappe graduali e impercettibili di privazioni che necessitano di essere viste, studiate, diffuse e combattute.

In questo capitolo si esplorerà l'interazione tra politiche migratorie e sanitarie in un contesto territoriale che già da tempo vive un inesorabile processo di degradamento nell'indifferenza

istituzionale. In questo lavoro di ricerca, si intrecciano diverse istanze dello studio delle migrazioni: il legame tra territorio e società, la trasformazione delle città di transito/approdo, il legame tra governance migratoria e governance sanitaria. Le località scelte a oggetto di studio sono i paesi di Castel Volturno e Ponticelli, rispettivamente province di Caserta e Napoli, le due città più densamente popolate della regione. Castel Volturno e Ponticelli sono due periferie molto diverse, eppure accomunate da una forte presenza straniera e da un tessuto sociale e urbano immensamente complesso. Sono periferie che resistono all'abbandono, luoghi vissuti da una popolazione estremamente resiliente che quotidianamente costruisce la propria esistenza facendosi spazio nella precarietà abitativa e lavorativa, e rimboccandosi le maniche per vedersi riconosciuti diritti che altrimenti resterebbero disattesi.

In questo difficile contesto si può osservare più efficacemente il lavoro e la strutturazione capillare del terzo settore, che cerca di arrivare lì dove le istituzioni, ormai, sono carenti se non assenti. La lente attraverso cui si studierà la questione dell'accesso alle cure è il lavoro di *Emergency*, organizzazione attiva sul territorio dal 2013 con un ambulatorio mobile a Castel Volturno, divenuto fisso nel 2015, e da quest'ultimo anno presente anche a Ponticelli, con un ambulatorio che diventerà un esperimento di casa della salute volto a configurare un approccio trasversale alla cura. Il lavoro di *Emergency* si struttura intorno al bisogno di assistenza di chi ha difficoltà a ricorrere a un servizio sanitario che è sì nazionale, ma anche parcellizzato in mille realtà regionali o aziendali.

Questo capitolo, e il successivo, attingono a fonti raccolte in prima persona durante il lavoro sul campo. Tramite la collaborazione con l'organizzazione di *Emergency*, le interviste strutturate e le conversazioni informali con le comunità locali, abbiamo potuto studiare estensivamente e da vicino i territori trattati.

In un primo momento, dunque, si porrà l'attenzione sulla sanità in Campania a partire dall'ultimo, in ordine cronologico, decreto-legge che ne regola la strutturazione. Si tratta della legge di recente approvazione sull'autonomia differenziata, degna di un approfondimento a sé in quanto potenziale cesura apicale rispetto al welfare state unitario come lo conosciamo oggi.

Successivamente si procederà con una panoramica riguardo all'organizzazione di *Emergency* e alle finalità dei progetti ambulatoriali in Campania. Castel Volturno e Ponticelli saranno trattati in due distinte sezioni, necessitando di una presentazione dettagliata e

strutturata, capace di svelare le contraddizioni e le difficoltà che contraddistinguono i due territori. L'approccio territorialista non concerne tanto la volontà di evidenziare delle eccezionalità nei territori scelti, quanto piuttosto di leggere il territorio come dimensione sociale di cui è esito e condizione. Inoltre, trattando la questione della sanità nell'ottica della migrazione, pur rendendo conto degli aspetti peculiari dei territori in questione, si vuole aggirare il rischio di interpretare i fenomeni analizzati come un'eccezionalità fortuita, relegandoli quasi a caso isolato. Al contrario, quelle stesse peculiarità territoriali andranno a costituire una piccola trama, all'interno della grande e intrecciata tela della governance migratoria italiana.

## 2.1 Un caso studio sulla Campania: l'impatto delle autonomie differenziate sulla regione con la più bassa longevità d'Italia

Il 19 giugno 2024 si scrive una pagina di storia che segna la fine di quell'Italia “una e indivisibile” descritta dall'articolo 5 della Costituzione. Si afferma in via definitiva un indirizzo di governo non solo divisorio e disinteressato ai problemi strutturali della penisola nella sua interezza, ma che anzi, sceglie di condannare a morte quel welfare state unitario che era stato un fondamento della democrazia italiana, aprendo la strada alla frammentazione dei diritti costituzionali. In questa data, infatti, dopo l'approvazione in Parlamento, il disegno di legge Calderoli sull'autonomia differenziata viene approvato alla Camera, con 172 voti a favore, 99 contrari e 1 astenuto.

Lungi dall'essere una novità, l'autonomia differenziata è stata per decenni perno del programma politico della Lega Nord, confluita poi nella Lega per Salvini Premier nel 2017. Eppure, nonostante il disegno di legge fosse già previsto nel programma elettorale della coalizione di centrodestra per le elezioni politiche del 2022, la sua approvazione ha comunque suscitato agitazione e un certo sgomento, soprattutto da parte di chi denuncia da anni le conseguenze potenzialmente catastrofiche che tale misura potrebbe avere sulle regioni del sud e sull'unità nazionale. Mai stata reale oggetto di interesse da parte del partito al governo, Fratelli d'Italia, e della premier Giorgia Meloni, l'approvazione del Ddl Calderoli<sup>34</sup> ha assunto i connotati di una misura funzionale a una logica di scambi politici e di consenso, necessaria per il consolidamento della maggioranza al governo. Il segretario nazionale Anaa Assomed, Pierino Di Silverio, si unisce all'appello di esperti, giuristi, sindacalisti e autorità politiche regionali, ribadendo che i poteri concessi dall'autonomia differenziata in ambito sanitario decreteranno la fine della coesione sociale e dell'identità nazionale<sup>35</sup>. Le opposizioni politiche regionali corrono ai ripari: la regione Sardegna, ad esempio, ha annunciato di voler ricorrere alla Corte costituzionale contro la legge. Ulteriore strumento di manifestazione del dissenso sarebbe il referendum abrogativo, la cui richiesta

---

<sup>34</sup> CAMERA DEI DEPUTATI — DISEGNO DI LEGGE APPROVATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA il 23 gennaio 2024 (v. stampato Senato n. 615) PRESENTATO DAL MINISTRO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE (CALDEROLI) *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica il 24 gennaio 2024

<sup>35</sup> Autonomia differenziata. Anaa Assomed: “Rischiamo la disgregazione sociale” [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=121645](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=121645)



deve essere presentata da almeno cinque regioni: con la Sardegna, l'Emilia-Romagna, la Toscana, la Campania e la Puglia<sup>36</sup>.

Ed anche dal punto di vista giuridico, l'autonomia differenziata non deve certo la sua istituzione ai partiti in carica, essendo stata già costituzionalmente prevista, nel 2001, dalla modifica del Titolo V della Costituzione. Il recente Ddl Calderoli, infatti, altro non è che una misura che definisce i "principi generali", vale a dire, le modalità di assegnazione di tale autonomia alle regioni che ne faranno richiesta, stabilendo requisiti, tempistiche e clausole. Dunque, la possibilità di modificare i rapporti con lo Stato e la relativa suddivisione dei poteri non è una recente introduzione della coalizione di destra in carica. L'articolo 117 della Costituzione stabilisce che allo Stato spetta il potere legislativo esclusivo su 16 materie, mentre per altre 20 materie, tale potere diviene concorrente con l'ente di governo regionale. È poi l'articolo 116 a configurare la possibilità per le regioni di richiedere condizioni particolari di autonomia nelle 20 materie concorrenti, oltre che in tre materie di competenza esclusiva dello Stato (l'organizzazione della giustizia di pace, l'istruzione, e la tutela dell'ambiente e dei beni culturali). Tuttavia, questa concessione di autonomia è subordinata alla stipula di un'intesa con lo Stato, nel rispetto dell'art.119. Qui, infatti, lo Stato si impegna a evitare discriminazioni territoriali e a promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, rimuovendo gli squilibri che limitano l'effettivo esercizio dei diritti della persona sul territorio nazionale.

La nuova legge, dunque, definisce le procedure per l'approvazione di eventuali intese Stato-regioni. Le ultime sono chiamate, in primo luogo, a presentare la loro richiesta al governo centrale, il quale ha il compito di avviare la trattativa negoziale entro due mesi, coinvolgendo i ministeri competenti nelle materie oggetto di interesse. Successivamente, il Consiglio dei ministri approva uno schema di intesa preliminare da sottoporre alla "Conferenza unificata", un organismo composto da rappresentanti di regioni, province e comuni, che dovrà esprimersi entro sessanta giorni. Lo schema passa poi al Parlamento, dove le commissioni competenti hanno a disposizione novanta giorni per esaminare l'intesa. Dopo ulteriori approvazioni dal Consiglio dei ministri e dalla regione, l'intesa finale deve essere confermata con un disegno di legge approvato a maggioranza assoluta da Camera e Senato. Su questo punto in particolare, l'articolo 116 della Costituzione è soggetto a interpretazioni più o meno variabili. Ad oggi, è stata introdotta la possibilità di apportare modifiche all'intesa, mentre

---

<sup>36</sup> Ad oggi, le 500.000 firme richieste per l'indizione del referendum sono già state raccolte.

in passato, l'interpretazione più diffusa prevedeva che il disegno di legge approvato in Parlamento si limitasse a recepire l'accordo. Le intese che verranno approvate potranno restare in vigore fino a dieci anni, rinnovabili entro un anno prima della scadenza. Inoltre, la nuova legge non si limita alle sole modalità d'esecuzione dell'intesa, ma prevede meccanismi volti al monitoraggio degli effetti economici che ne deriveranno. Questo monitoraggio avverrà attraverso l'istituzione di una Commissione paritetica Stato-Regione-Autonomie locali, che si occuperà di individuare le risorse umane e finanziarie necessarie all'effettività dell'autonomia concessa, ma anche di verificare, attraverso rapporti annuali, gli oneri finanziari a carico dello Stato per ogni regione e materia di intesa.

Ma quali garanzie sono state previste per assicurare l'unitarietà dei servizi sul territorio nazionale? L'approvazione delle intese per l'autonomia differenziata è subordinata all'identificazione dei LEP, ossia i Livelli Essenziali delle Prestazioni, vale a dire quei servizi che lo Stato deve necessariamente garantire a tutti i cittadini sul territorio nazionale. Anche la questione dei LEP non è una novità recente, bensì un principio costituzionale, anch'esso introdotto dalla riforma del Titolo V del 2001. Il già citato articolo 117, infatti, stabilisce che lo Stato ha legislazione esclusiva nell'ambito della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali. Entro due anni dall'entrata in vigore della nuova legge, il governo dovrà chiarire e determinare i LEP attraverso uno o più decreti legislativi.

Il problema della determinazione di tali livelli essenziali concerne le complessità di definire standard uniformi che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionali. La legge di bilancio del governo Meloni per il 2023 ha istituito la "Cabina di regia per la determinazione dei LEP", presieduta dal presidente del Consiglio e da alcuni ministri. A supporto di questo organismo, il ministro Calderoli ha anche nominato un "Comitato per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (CLEP), composto da 61 esperti e presieduto da Sabino Cassese, ex giudice della Corte costituzionale. Già ad ottobre 2023, il rapporto del CLEP dà conto delle immense difficoltà incontrate dagli esperti nel loro lavoro, dovute anche alla frammentarietà degli interventi legislativi e delle pronunce della giurisprudenza in materia. Si è riscontrato, tra gli altri, il problema di conciliare la necessità di uniformare i LEP sul piano nazionale, con la flessibilità che questi dovrebbero avere per adattarsi alle specifiche esigenze regionali. È fondamentale considerare che le differenze economiche, sociali e infrastrutturali tra le varie regioni complicano enormemente la possibilità di definire livelli essenziali uniformemente sostenibili. Dal momento che,

quando l'autonomia diverrà effettiva, le risorse non saranno più gestite in maniera centralizzata ed equamente distribuite sulla base della spesa storica e delle esigenze regionali, risulta difficile supporre che i LEP saranno adeguatamente finanziati sull'intero territorio. In più, alcune regioni potrebbero necessitare di fondi maggiori rispetto ad altre per mettersi al passo e garantire gli stessi livelli di prestazione. Dunque, per quanto i LEP siano presentati come una misura necessaria per l'attivazione dell'autonomia differenziata in quanto requisito fondamentale per evitare di acuire i divari regionali, la loro definizione non implica necessariamente che tutte le prestazioni ritenute essenziali siano adeguatamente finanziate ed effettivamente erogate su tutto il territorio nazionale. È chiaro, quindi, che livelli definiti essenziali non corrispondono a livelli omogenei di prestazione, ma al più a livelli minimi<sup>37</sup>.

È evidente che queste considerazioni, al momento ancora teoriche, potrebbero tradursi in effetti disastrosi in ambito sanitario, soprattutto alla luce del fatto che già da anni si dà conto dell'immenso divario tra nord e sud in questo settore critico. Ipotizzare una tale riforma, in un momento storico in cui la sanità pubblica si trova ad attraversare profonde criticità strutturali e caratterizzata da già altissime percentuali di migrazione sanitaria verso il nord, potrebbe condannare i cittadini del sud alla definitiva rinuncia alle cure. La Fondazione GIMBE, ad esempio, monitora da anni i LEA, dunque equivalenti dei LEP in ambito sanitario, e i tassi di mobilità sanitaria interregionale. Secondo il rapporto GIMBE<sup>38</sup>, nel decennio 2010-2021, il saldo di mobilità passiva per la regione Campania è stato il più alto. Ciò significa che, più che in altre regioni, i cittadini della regione Campania tendono a spostarsi per usufruire di servizi di cura in altre regioni. La mobilità passiva, in sostanza, esprime il cosiddetto "indice di fuga", identificando i debiti sanitari di ciascuna regione. E anche nell'ultimo rapporto GIMBE relativo all'anno 2021, la Campania rientra tra le prime tre regioni con maggiore indice di fuga (preceduta rispettivamente da Lombardia e Lazio). In questo caso, i dati documentano differenze relativamente trascurabili tra nord e sud. Tuttavia, sono proprio le regioni del nord ad avere i più elevati tassi di mobilità attiva e indici di attrazione. Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, infatti, sono le regioni con maggiore mobilità attiva in ambito sanitario, ossia con maggiori pazienti non residenti nelle regioni. Questo ci porta a considerare che le differenze trascurabili in ambito di mobilità passiva non

---

<sup>37</sup> Dossier XIX Legislatura, *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, Senato della Repubblica, Camera dei deputati, 27 aprile 2024

<sup>38</sup> GIMBE: Evidence for Health, Report Osservatorio GIMBE: L'autonomia differenziata in sanità, 2024

rimandino necessariamente a livelli di cura più o meno omogenei tra nord e sud, in quanto i cittadini del nord tendono a ricorrere alla cosiddetta “mobilità di prossimità”, che comporta la facoltà di spostarsi in altre regioni del nord che offrono servizi sanitari di qualità. Sempre il rapporto GIMBE, infatti, attesta che le regioni con punteggi più bassi nei LEA all’anno 2021 sono le isole e le regioni del sud. E la Campania, caso studio di questa ricerca nonché regione con la più bassa longevità d’Italia, rappresenta un esempio emblematico dell’involuzione che colpirà le regioni del sud, i cui servizi sanitari regionali si vedranno progressivamente de-finanziati.

Un’analisi dei dati relativi al Fondo Sanitario Nazionale 2023 può contribuire a chiarire l’importanza della digressione in merito all’autonomia differenziata. L’osservazione dei dati<sup>39</sup> rileva che la regione Campania riceve meno fondi rispetto ad altre regioni per due ragioni specifiche. Da un lato, in ragione della quota capitaria, ossia la somma calcolata per l’assistenza sanitaria per ogni cittadino residente, che è la più bassa in assoluto (con la sola eccezione della provincia autonoma di Bolzano): 2.050 euro, contro i 2.104 rispetto alla media nazionale. Dall’altro, il decurtamento di una corposa parte di risorse, pari a circa 230 milioni di euro, viene giustificato in ragione proprio dell’importante tasso di migrazione sanitaria. Dei 128 miliardi stanziati dallo Stato, la Campania avrebbe dovuto ricevere 11,46 miliardi, ma per queste ragioni ha ottenuto circa 530 milioni in meno.

Tuttavia, per comprendere i potenziali effetti dell’autonomia differenziata in ambito sanitario, è ancor più utile guardare alle fonti di finanziamento degli 11,46 miliardi destinati alla nostra regione. Circa il 16% di questi fondi deriva da entrate proprie della regione (IRAP e addizionale IRPEF); 163 milioni di euro verrebbero da entrate convenzionali delle aziende sanitarie campane. La restante parte di circa 9,7 miliardi viene dal fondo perequativo al quale la regione Campania partecipa con una compartecipazione annuale al gettito IVA per circa 4 miliardi. Ciò significa che i restanti 5 miliardi di euro, pari a quasi il 40% del totale, proviene da fonti nazionali, con il contributo soprattutto delle regioni del nord. Dunque, per effetto dell’autonomia, le regioni che oggi contribuiscono maggiormente al fondo perequativo per favorire il finanziamento della sanità nelle regioni non autosufficienti, contribuirebbero in misura nettamente minore. Trattenendo una parte corposa di risorse all’interno delle regioni che otterranno l’autonomia, si innesterà un circolo vizioso di trasferimenti di risorse, pazienti

---

<sup>39</sup> Autonomia finanziaria in sanità è una bomba: la Campania rischia il proprio fondo di perequazione [https://anciampania.it/autonomia-finanziaria-in-sanita-e-una-bomba-la-campania-rischia-il-proprio-fondo-di-perequazione/#:~:text=Per%20l'anno%202023%20la,\)%,per%20circa%20il%2016%25](https://anciampania.it/autonomia-finanziaria-in-sanita-e-una-bomba-la-campania-rischia-il-proprio-fondo-di-perequazione/#:~:text=Per%20l'anno%202023%20la,)%,per%20circa%20il%2016%25).

e anche professionisti e personale sanitario dal sud verso il nord, compromettendo radicalmente la capacità delle regioni del sud di offrire copertura sanitaria adeguata a tutti i cittadini.

In sintesi, il livello di assistenza dipenderà dalla capacità fiscale e non dalle esigenze sanitarie del territorio. È facile comprendere come questa misura andrebbe a compromettere equilibri di bilancio già precari, incrementando il gettito erariale delle regioni del nord e marginalizzando quelle del sud. Il rischio di cedere alla privatizzazione della sanità si fa sempre più concreto, aprendo la strada sia alla frammentazione dei diritti umani, che all'esclusione delle fasce di popolazione indigente e in situazioni di disagio, con picchi particolarmente tragici al sud: riprendendo il titolo di un articolo pubblicato dalla Fondazione Veronesi, "la sanità divide l'Italia: maglia nera alla Campania"<sup>40</sup>. Già nel 2018, la regione Campania si aggiudica l'ultima posizione in classifica per condizioni di salute e aspettativa di vita, con il podio di Napoli e Caserta che si fermano a quasi 4 anni dalla capolista, Firenze. La classifica si conferma tale sulla base dei dati Istat 2023: il Trentino-Alto Adige è in cima alla classifica, con un'aspettativa di vita che arriva a 82,2 anni per gli uomini e 86,5 tra le donne, mentre la Campania continua a presentare la più bassa aspettativa di vita, con 79,4 per gli uomini e 83,6 per le donne. Inoltre, non solo le due realtà territoriali rappresentano contesti di benessere totalmente diversi, ma tale divario è andato sempre più aumentando negli anni, passando da 2,2 anni nel 2003, a 2,9 nel 2023.

Un variegato insieme di fattori concorre a comporre questa fotografia scomoda di un'Italia ancora divisa, incapace di risolvere quella famosa questione meridionale di cui scriveva Antonio Gramsci. In quest'ottica, i tagli ai finanziamenti della sanità al sud non fanno che esacerbare ulteriormente un sistema di servizi già limitato e di inferiore qualità. E l'assenza di investimenti che seguirà all'implementazione dell'autonomia comporterà un peggioramento delle condizioni di salute della popolazione, creando un circolo vizioso difficile da interrompere.

---

<sup>40</sup> La sanità divide l'Italia: maglia nera alla Campania  
<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/cardiolegia/la-sanita-divide-litalia-maglia-nera-alla-campania>

## 2.2 Il lavoro di Emergency: l'approccio attivo e la mediazione culturale

Nel 1994, forte di anni di esperienza internazionale con la Croce Rossa, il chirurgo Gino Strada, e la prima moglie Teresa Sarti, fondano Emergency. Indipendente e neutrale, Emergency nasce con l'obiettivo di portare cure medico-chirurgiche gratuite e di qualità elevata alle vittime di guerra, mine antiuomo e povertà. Dalla sua fondazione e dal primo progetto in Ruanda durante il genocidio, l'organizzazione è intervenuta in venti paesi, costruendo ospedali, centri chirurgici e di riabilitazione, ma anche centri pediatrici, per la maternità e punti di pronto soccorso. Ad oggi, Emergency ha garantito cure a circa 13 milioni di persone.

Ci si potrebbe interrogare con una certa curiosità riguardo alle ragioni per cui un'organizzazione come Emergency, nata con campagne a forte vocazione internazionale, come quella per la messa al bando delle mine antiuomo, o ancora quella per ribadire il ripudio della guerra alla luce degli emergenti conflitti in Iraq e Afghanistan, abbia sentito l'esigenza di stabilirsi anche nel bel Paese nel 2006, inaugurando il programma Italia. Anche sul sito dell'organizzazione, nella sezione che ripercorre la storia di Emergency, si legge “nemmeno noi, nel 1994, avremmo mai pensato di dover lavorare, un giorno, anche nel Paese dove siamo nati<sup>41</sup>”. Eppure, è proprio in ragione di quella lenta erosione di cui sopra, di quelle velate sottrazioni nella sfera dei diritti fondamentali, che si è materializzata la necessità di avviare un programma italiano per la piena implementazione dell'articolo 32 della Costituzione.

Emergency lavora da anni in sinergia con le istituzioni italiane (ASL, Prefetture, Comuni e Regioni), nel tentativo di creare una rete di solidarietà capillare sul territorio per ridurre le barriere che ostacolano il pieno godimento del diritto alla salute. Motivo per cui, in questi 18 anni di attività, Emergency ha avviato ambulatori fissi e mobili, a seconda della migliore modalità per raggiungere la popolazione più vulnerabile sul territorio, ma anche programmi di assistenza domiciliare e sportelli di orientamento sociosanitario volti all'educazione, mediazione e assistenza psicologica. Proprio in ragione di questa metodologia coordinata in cui l'approccio alla cura cammina di pari passo con l'orientamento, l'educazione e la mediazione, la strutturazione di Emergency si configura come diametralmente opposta ai servizi di cura pubblici o privati: non è un servizio che attende passivamente la manifestazione delle esigenze di cura del paziente, ma è un servizio che raggiunge

---

<sup>41</sup> <https://www.emergency.it/chi-siamo/storia/>

attivamente il paziente nei suoi bisogni, lo informa e lo educa per prevenire quegli stessi bisogni, cambia e si adatta a seconda di quelle stesse esigenze.

Fornire servizi di mediazione culturale non è solo funzionale alla mera comunicazione, volta a facilitare l'inserimento della persona straniera in un complesso sistema sanitario, fatto perlopiù di burocrazia, ma anzi è fondamentale per aggirare una delle barriere più resistenti e reiterate nell'incontro tra personale sanitario e stranieri, ossia quella culturale. Il mediatore, per definizione, altro non è che un facilitatore, un anello di congiunzione. Tuttavia, i due termini da congiungere possono facilmente apparire inconciliabili in certi contesti, anche sanitari. Basti pensare a pratiche mediche profondamente legate alla componente ideologica e culturale. Un esempio è la circoncisione rituale, simbolo di identità culturale ampiamente diffuso tra musulmani ed ebrei. A differenza delle mutilazioni genitali femminili, penalmente perseguibili, la circoncisione è consentita nell'ordinamento giuridico italiano in ragione della libertà di manifestazione del credo religioso. Eppure, nei fatti, la pratica risulta spesso difficilmente accessibile, anche in ragione di posizioni contrastanti in ambito ideologico, in quanto il discorso sulla circoncisione coinvolge inevitabilmente considerazioni in materia di libertà di autodeterminazione dei minori e diritto all'integrità fisica. La crescente richiesta da parte di famiglie straniere residenti in Italia, dunque, non solo resta spesso disattesa ma si trova a doversi avvalere di figure non professionali e interventi domestici, con gravi pericoli per la salute del minore. La circoncisione è solo un esempio nel vasto quadro delle pratiche che presuppongono un'importante conoscenza delle legge e delle modalità di erogazione di alcuni servizi. Sembra paradossale, ma se non si hanno gli strumenti per far valere i propri diritti, troppo spesso questi diritti restano solo garanzie di forma, cioè solo sulla carta<sup>42</sup>.

Si pensi, ancora, al diritto all'aborto, frutto di decenni di lotte e rivendicazioni femministe, ancora oggi oggetto di dibattiti che potrebbero potenzialmente minare la fruizione di tale diritto. L'aborto è disciplinato dalla legge n.194 del 1978, che garantisce l'interruzione di gravidanza entro i primi 90 giorni, e successivamente solo in caso di grave pericolo per la vita della donna o di anomalie e malformazioni per il nascituro. La legge, però, in quanto frutto di un lungo iter giudiziario volto a depenalizzare l'aborto, non configura una tutela

---

<sup>42</sup> Secondo L'Istituto Superiore di Sanità "il 35% delle circoncisioni praticate in Italia è ancora effettuato clandestinamente [...] Uno dei motivi che spinge le famiglie ad affidare i propri figli a personale non adeguato è l'assenza della *circoncisione non terapeutica* all'interno dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Poiché l'intervento eseguito privatamente, non a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN), ha un costo che non tutte le famiglie possono affrontare, esse si trovano a scegliere tra tornare nel paese di origine o affidarsi a persone non qualificate" <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/c/circoncisione>

piena alle donne che decidono di abortire, dato che, prevedendo il limite dell'obiezione di coscienza, si è tradotta in una prestazione estremamente discontinua sul territorio nazionale. Sebbene l'obiezione rientri tra i diritti del personale medico, ogni struttura sanitaria dovrebbe garantire l'attuazione degli interventi di interruzione volontaria di gravidanza anche attraverso strumenti quali la mobilità del personale sanitario.

Queste premesse, quarantasei anni dopo la legge n.194, sono rimaste parole al vento. L'ultima relazione del ministero della Salute al parlamento sull'applicazione della 194 risale al 2022 e contiene i dati del 2021. Già i dati ministeriali rivelano che in Abruzzo e in Sicilia gli obiettori sono quasi 9 su 10; in Campania, Puglia e Basilicata quasi 8 su 10. Sempre nel 2021, sul totale delle donne che hanno interrotto la gravidanza, al nord il 9,7% è dovuta andare fuori provincia, mentre al Sud il 21,7%<sup>43</sup>.

Infine, ciliegina sulla torta, il recente emendamento di Fratelli d'Italia sui consultori, inserito nel decreto sulle misure finanziate dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), prevede di coinvolgere nei presidi sociosanitari organizzazioni pro-vita e a tutela della maternità: un potenziale colpo di grazia che potrebbe ulteriormente limitare l'accesso a una prestazione già fortemente ostacolata.

Questo excursus sulle due complesse tipologie di prestazione prese ad esempio, la circoncisione e l'aborto, ci consente di comprendere a pieno quanto il legame tra cultura e sanità sia determinante nella strutturazione dei servizi; quanto la sanità, toccando la sfera dell'integrità fisica dell'individuo e la sua autodeterminazione, rivesta un ruolo primario nell'attuazione dei diritti umani e delle libertà costituzionali. Ma soprattutto, ci consente di comprendere quanto quel bagaglio culturale, fatto di competenze ma anche di preconcetti e impostazioni ideologiche, sia rilevante nell'incontro tra l'individualità del paziente e del personale medico, e anche determinante nell'influenzare la fruibilità di alcune prestazioni. È chiaro che, se già per popolazione italiana alcune prestazioni sono difficilmente accessibili, per la popolazione straniera queste difficoltà aumentano esponenzialmente, proprio in virtù di queste barriere culturali, e spesso di una più diffusa condizione di disagio sociale. Basti pensare che da maggio 2014 a dicembre 2019 sono state 459 le pazienti seguite durante la

---

<sup>43</sup> [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3367\\_0\\_alleg.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3367_0_alleg.pdf)



gestazione e 391 le pazienti che si sono rivolte allo staff dell'ambulatorio di Emergency con l'intenzione di interrompere la gravidanza.<sup>44</sup>

Queste considerazioni sono, soprattutto, funzionali a comprendere l'importanza di un sistema di orientamento e mediazione che accompagna il paziente nel suo percorso di cura. Il mediatore non è un interprete, bensì una figura che fornisce strumenti per tradurre disagi, metafore, paure, modalità differenti di cura, capace di gestire i conflitti culturali e rispondere efficacemente all'incontro con i bisogni dei pazienti stranieri, fornendo una mappatura dei servizi sanitari disponibili, specialmente dove questi servizi sono carenti se non assenti.

Alla luce di queste riflessioni, l'approccio integrato che configura il terzo settore, e in particolare la metodologia di prossimità col territorio, costituiscono punti di forza che troppo spesso mancano nelle strutture pubbliche. Tuttavia, come vedremo in seguito, Emergency non si propone di creare un circuito parallelo rispetto alla sanità statale. Ulteriore ragione per cui l'aspetto della mediazione è fondamentale, va ricercata proprio nella volontà di non sostituirsi ai servizi già presenti e attivi, ma anzi di fare da link tra il servizio e l'individuo, nell'ottica di un'autonomizzazione del soggetto. Il punto di forza dell'organizzazione è proprio il non assistenzialismo: la mediazione è volta a rendere indipendenti anche quelle comunità che faticano a integrarsi a pieno col territorio, e al contempo a cooperare col territorio e con le istituzioni già presenti perché siano capillari ed equi nella fornitura dei servizi e delle prestazioni sanitarie.

Su queste basi nascono i progetti in Campania a partire dal 2013. In particolare, l'idea comincia a prendere forma nel 2011, quando l'intensificarsi degli sbarchi dal Nord Africa a seguito delle rivolte popolari fa emergere la drammatica necessità di cooperare con le istituzioni per rispondere a nuovi emergenti bisogni di una neoarrivata popolazione vulnerabile. Così, mentre le altre organizzazioni, a giusta ragione, intensificavano gli sforzi nei punti di sbarco, soprattutto in Sicilia, Emergency ha deciso di non sovrapporsi al loro lavoro in un'area già coperta, e di portare il suo contributo in quelle aree neglette e, all'epoca, lontane dai media, dove le comunità straniere cominciavano a stabilizzarsi. Nasce, dunque, l'idea di un progetto dedicato ai braccianti, ancora oggi protagonisti di tragici episodi di

---

<sup>44</sup> Pati F.E., *Unsafe abortion: L'esperienza di Emergency a Castel Volturno con le donne nigeriane*, Master universitario in Medicina Tropicale e Salute Globale, Università degli Studi di Firenze Università degli Studi di Brescia Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar (Verona), 2020

cronaca nera<sup>45</sup>, sfruttati dal caporalato e anello ultimo di una catena che è fondamentale per il sostentamento dell'economia italiana. Un progetto a loro dedicato consente di entrare nel cuore di un sistema economico largamente agricolo come quello italiano, aprendo le porte al lavoro nelle campagne italiane, dalla Piana di Gioia Tauro, alla Basilicata, da Foggia a Castel Volturno. Da questo momento in poi, il lavoro di Emergency cerca di innalzare il valore della cura ad atto sociale, in un contesto estremamente delicato in cui si aprono scenari di sfruttamento alla stregua di una schiavitù moderna che tratta i migranti come reietti della società. L'atto di fornire cure, aiuto, orientamento, implica la possibilità di restituire dignità a individui dimenticati e invisibili.

---

<sup>45</sup> Si pensi alla morte del bracciante indiano Satnam Singh a Latina il 17 giugno 2024, deceduto a causa della negligenza del suo datore di lavoro, Antonello Lovato, che l'ha abbandonato agonizzante in seguito alla perdita di un braccio mentre lavorava irregolarmente presso la sua azienda agricola per circa 4 euro l'ora.

### 2.3 Castel Volturno: morfologia del territorio

Situato lungo il litorale domizio-flegreo nell'alto Casertano, Castel Volturno sconta ancora oggi le conseguenze della sua posizione strategica tra Campania e Lazio. Sebbene possa sembrare inverosimile guardare alla città attuale come testimonianza di un passato fiorente, Castel Volturno è un luogo che conserva le tracce stratificate delle sue radici antiche e dei suoi molteplici sostrati culturali. Il nome rimanda al vecchio castello sulle sponde del fiume Volturno, che attraversa la superficie comunale dividendolo dalla frazione di Destra Volturno. Collocato sul margine litoraneo di quella che è ancora oggi "Terra di lavoro", l'antica "Campania Felix" di cui scriveva Plinio il Vecchio, Castel Volturno ha visto lo scorrere alternato della sua storia, il susseguirsi di popolazioni e comunità rurali, il boom edilizio e l'abbandono, il degrado e le decantate "rinascite" che puntualmente seguivano all'indignazione sporadica per episodi di cronaca ormai ben noti all'opinione pubblica<sup>46</sup>. E se è vero che la popolazione resiliente di Castel Volturno ha saputo ritagliarsi negli anni spazi di riscatto sociale e strategie di sopravvivenza nella precarietà, è altrettanto vero che questa rinascita periodicamente ripromessa, non si è mai concretizzata negli esiti sperati.

Percorrendo l'arteria principale della città, la strada statale 7 quater, meglio nota come via Domiziana, si possono scorgere le tracce emblematiche di quel passato che ha modificato gli assetti territoriali, innestando un circolo vizioso di degradamento che perdura ancora oggi nell'indifferenza generale. La via Domiziana stessa è simbolo per eccellenza di queste involuzioni. Nata per volontà dell'imperatore romano Domiziano nel 95 d.C., la strada rappresenta ancora oggi una testimonianza della grande opera urbanistica e architettonica che ha caratterizzato l'Impero Romano. L'obbiettivo era collegare efficacemente il porto di Puteoli, odierna Pozzuoli, cuore pulsante dell'Impero e snodo fondamentale per i traffici commerciali con l'Oriente, direttamente alla capitale. Ad oggi, la Domiziana parte dalla via Appia nel Lazio, all'altezza del fiume Garigliano, e giunge fino a Pozzuoli.

L'intero spazio comunale del castellano, dunque, è attraversato da questa immensa opera viaria che, toccando tutti i comuni in cui si organizza il litorale Domizio (oltre a CV, Mondragone, Sessa Aurunca e Cellole), è ancora un punto di transito fondamentale, che connette la costa campana direttamente al basso Lazio.

---

<sup>46</sup>Vale la pena ricordare, tra i tanti episodi, la Strage di Castel Volturno del 2008, un attentato camorristico ad opera del boss del clan dei Casalesi, Giuseppe Setola, in cui persero la vita sei immigrati africani innocenti ed estranei alle logiche della criminalità organizzata locale e della mafia nigeriana.

La Domiziana configura un'impostazione spaziale estremamente razionale, quasi geometrica: il paesaggio scorre organizzandosi su lunghe linee parallele. La pineta si estende per circa 10 km: in termini spaziali, copre quasi la metà dei 25 km di spiaggia di Castel Volturno; più metaforicamente, nasconde alle sue spalle un ulteriore livello del microcosmo socioeconomico castellano: quello del litorale, uno spazio quasi sconnesso dalla restante superficie comunale. Qui si snoda l'area dei lidi balneari, alcuni più o meno degradati, alcuni per un pubblico alto spendente, ma tutti comunque molto attivi nel fare da polo di aggregazione sociale che consente una fase di benessere per il paese, seppur circoscritta al periodo estivo.

Dall'altro lato della strada Domiziana si apre la campagna, vera essenza paesaggistica di una comunità rurale che ha sempre vissuto perlopiù di lavoro agricolo e di allevamento ovino, bovino e soprattutto bufalino, destinato alla produzione della famosa mozzarella di bufala.

Il panorama finora descritto sembra quasi dipingere un luogo ameno, una geografia organizzata e armonizzata di incastri naturali: una campagna fertile, una fitta vegetazione, importanti infrastrutture viarie e turistiche, un lungomare immenso e che ben poco avrebbe da invidiare al resto della penisola.

Eppure, Castel Volturno non è famoso per essere un paese in cui si va in vacanza, né un'offerta naturalistica di vita semplice e contadina. È ben più noto per le scene del film Gomorra di Matteo Garrone, per i roghi tossici di rifiuti della cosiddetta "Terra dei fuochi", per le stragi e i traffici della criminalità organizzata; soprattutto, per il degrado urbano, che sempre più si attribuisce alla radicata presenza di comunità straniere sul territorio: percezione alimentata sia da bias informativi che tendono a strumentalizzare il tema migratorio, sia da politiche sempre più orientate a una dimensione di sicurezza e controllo in materia di governance delle migrazioni.

Oggi la Domiziana, all'altezza di Castel Volturno, sembra essere un cimitero di relitti di villette vacanza abusive e di strutture lasciate all'abbandono nell'indifferenza generale, salvo la presenza di qualche storica attività commerciale che sopravvive anche adattandosi al multiculturalismo. Così negli anni, sono sorti molti "african shops", sartorie, alimentari e attività imprenditoriali gestite direttamente da stranieri. Lo spazio urbano non solo si è riorganizzato, ma si è anche avvalso di una nuova toponomastica perlopiù sconosciuta agli italiani, utilizzata dagli africani per orientarsi: Buffalo Road, Bar Mexico area, Saturday Market ecc.

E anche questa stessa morfologia spaziale che la strada va definendo, per quanto ogni luogo preservi delle unicità plasmate sul proprio passato evolutivo, non è del tutto eccezionale rispetto alle configurazioni spaziali che hanno interessato altre coste della penisola. Anzi, come in altre zone costiere interessate da massicci processi di litoralizzazione, a Castel Volturno l'espansione urbana ha ridisegnato le sorti del paese. Fabiana D'Ascenzo in *Antimondi delle migrazioni. L'Africa a Castel Volturno*, paragona gli esiti di questi sviluppi ai non troppo dissimili processi di urbanizzazione che hanno riguardato la costa laziale e calabra. In Calabria, ad esempio, il processo di litoralizzazione ha avviato un'occupazione del suolo che supera il 26% del territorio regionale. Così, secondo D'Ascenzo, percorrendo la Domiziana “*si sperimenta la stessa sensazione provata sul “corridoio urbanizzato” che costeggia il litorale calabro<sup>47</sup>*”: quella di trovarsi in un tessuto urbano ibrido e disordinato, in cui si attende di entrare in una città che non arriva mai. In questo senso, si spiegano le diverse terminologie che sono state associate a questo rapido sviluppo urbano: si parla di Castel Volturno come città dispersa, campagna organizzata, o ancora, esito di processi di rururbanizzazione, periurbanizzazione e suburbanizzazione<sup>48</sup>. In ogni caso, si descrive una città-domiziana longitudinale, la cui estensione risponde a ognuna della terminologie sopra elencate, a seconda dei diversi momenti ed eventi significativi della storia che l'ha prodotta negli ultimi ottant'anni circa. Ma più di tutte, la definizione di “città-nastro” sembra aderire a pieno alla conformazione del territorio proprio in ragione di quello sviluppo longitudinale. La città-nastro Domiziana si contrappone alla crescita radiale o concentrica tipica delle città, e si sviluppa lungo la strada, linea di comunicazione e transito di persone, merci, denaro, servizi.

A Castel Volturno queste metamorfosi hanno avuto inizio durante il ventennio fascista, con la bonifica di alcuni territori che hanno preparato il paese agli sviluppi successivi. Con il completamento della nuova via Domiziana e del ponte sul fiume Volturno nel 1954, si inaugura la fase del boom edilizio innestato dall'industria del turismo. Così, il paese ha finalmente conosciuto una fase di benessere, diventando la località balneare di riferimento per la borghesia napoletana e casertana.

---

<sup>47</sup> D'Ascenzo F, *Antimondi delle Migrazioni: L'Africa a Castel Volturno*, Lupetti Editori, 2014, p 23

<sup>48</sup> Rururbanizzazione: processo di fusione tra aree rurali e urbane, con elementi rurali che assumono caratteristiche urbane.

Periurbanizzazione: espansione delle città verso le aree circostanti, creando zone di transizione tra urbano e rurale.

Suburbanizzazione: crescita delle aree residenziali nelle periferie urbane, lontano dal centro città.

Tuttavia, in questi luoghi, i tratti marcanti del boom edilizio sono stati l'abusivismo e la corruzione, uno dei leitmotiv nelle narrative sul paese. A partire dagli anni Settanta, si è molto discusso dell'escavazione di sabbia che ha alimentato i processi di cementificazione selvaggia. In un secondo momento, le cave aperte per l'estrazione sono state prima adibite a discariche, e poi riempite d'acqua attraverso lo spaccamento delle falde acquifere sottostanti. Questo processo ha comportato la nascita di numerosi laghi artificiali, utilizzati per lo sversamento di rifiuti liquidi altamente inquinanti. La notizia non sorprende, se si considera che l'intera superficie del castellano costituisce uno dei cuori pulsanti della "Terra dei fuochi": un'area situata tra Napoli e Caserta, caratterizzata da frequenti roghi tossici e dall'interramento di rifiuti chimici e industriali, prodotti da aziende dell'Italia centro-settentrionale e smaltiti illegalmente con il contributo della camorra. Purtroppo, l'inquinamento non concerne solo le acque di falda e la campagna, ma anche quelle superficiali e costiere. Le acque di balneazione sono interessate da un inquinamento di tipo organico, derivante dagli scarichi fognari che si riversano in mare attraverso fiumi, canali di drenaggio e falde superficiali. Il territorio di Castel Volturno, infatti, non è attraversato solo dal fiume Volturno al nord, ma anche dai celebri Regi Lagni al sud: un sistema di canali artificiali, risalente all'epoca vicereale spagnola del XVII secolo, che riversa in mare le acque reflue di tutto il comprensorio a nord di Napoli<sup>49</sup>.

L'apice dell'abusivismo si raggiunge con la costruzione del villaggio Coppola a Pinetamare, frazione del comune di Castel Volturno, sul quale esiste una corposa letteratura di riferimento e numerosi riferimenti nella cultura di massa<sup>50</sup>. Il villaggio prende il nome dai fratelli Coppola, titolari dell'omonima ditta di costruzione. A Pinetamare si configura una tipologia edilizia a sé stante all'interno dello spazio comunale del castellano. Questa strutturazione si avvale di complessi di grandi edifici, un tempo abitati da un eterogeneo ceto medio e dagli impiegati della Nato. Il progetto dei Coppola voleva risultare nella realizzazione di un paradiso in cui natura e città avrebbero dovuto convivere armoniosamente; il villaggio Coppola avrebbe voluto avere le sembianze di una cittadella dotata di servizi integrati. E invece, come per contrappasso, la speculazione è risultata in un'urbanizzazione totalmente

---

<sup>49</sup> Rapporto di Valutazione: *Coalizioni Locali, Fenomeni Rilevanti e Politiche Pubbliche nel Territorio di Castel Volturno*, realizzato nell'ambito dell'iniziativa "Valutazione locale", promossa dal Sistema Nazionale di Valutazione della politica di coesione (SNV), coordinata dal Nucleo di valutazione e analisi per la programmazione (NUVAP) del Dipartimento per le Politiche di Coesione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2023

<sup>50</sup> Oltre all'opera di M.Luise, *Dal fiume al marre*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2001, si consigliano i documentari *Ritratti Abusivi*, diretto da Romano Montesarchio nel 2013, e la raccolta *fotografica Abitare per sopravvivere* a cura del fotoreporter Eliano Imperato

slegata da servizi pressoché assenti: così, ancora oggi, le case non hanno un sistema di riscaldamento né allacci alla conduttura del gas metano, e il Villaggio Coppola, come del resto altre frazioni del comune, sono finite a rappresentare il miraggio di un riscatto mai avvenuto.

Dunque, il degrado ambientale e l'abusivismo edilizio sono andati di pari passo finché, all'esordire degli anni Ottanta, si sono manifestate tutte le loro drammatiche conseguenze. Questo processo di decadimento trova le sue radici in una sorta di "causa collaterale": i fenomeni di bradisismo che hanno interessato l'area flegrea del napoletano immediatamente adiacente al litorale, con epicentro a Pozzuoli. Le pratiche speculative avevano prodotto una grande disponibilità di seconde case, all'epoca ancora relativamente ben tenute in termini di struttura, per quanto carenti in servizi primari. Dunque, in seguito anche al terremoto dell'Irpinia e all'intensificarsi del bradisismo, si pensò bene di trovare una soluzione al problema degli sfollati proprio in quelle case perlopiù inabitate. Mentre il cuore pulsante di Pozzuoli, il Rione Terra, veniva evacuato per sempre dalla sua popolazione, le abitazioni abusive del castellano furono requisite dallo stato per essere destinate a quell'umanità dolente costretta a fuggire. L'esproprio degli edifici comporterà l'abbandono da parte dei proprietari privati, gli unici incaricati della manutenzione di quelle stesse strutture. I prezzi delle case crolleranno a picco, e l'ampia disponibilità di case vuote e occupabili porterà migliaia di persone a trasferirsi in massa verso questo luogo ameno, loro malgrado: sfollati, indigenti provenienti dall'area napoletana e casertana, e comunità africane, attratte soprattutto dall'ampia possibilità di impieghi stagionali. Il rapporto di Emergency intitolato *Dove l'erba trema: vite invisibili nelle campagne d'Italia* racconta come

*“lo spostamento fu vissuto con violenza e rabbia dagli sfollati, che riversarono su questa nuova patria imposta tutta la loro frustrazione. Inevitabilmente aumentarono il disagio, il degrado, il “brutto”. Da parte sua, la comunità locale accolse le folle dei nuovi arrivati con fastidio e diffidenza. Fu allora che in questi territori iniziò a tuonare la retorica dell’“invasione, anche se all’epoca l’astio era rivolto verso gli stessi italiani<sup>51</sup>”.*

---

<sup>51</sup> Emergency, a cura di Maria Izzo, *Dove l'erba trema: Vite invisibili nelle campagne d'Italia*, Sul margine di primavera, racconti da Castel Volturno con le illustrazioni di Gianluca Costantini

Nel decennio che va dal 1981 al 1991, la popolazione di Castel Volturno passerà da 7.326 unità registrate a 15.140<sup>52</sup>. Da questo momento in poi, comincia lo sfaldamento e la svalutazione immobiliare che perdura fino ad oggi.

Le case dismesse e abbandonate sono dunque diventate la dimora delle fasce più svantaggiate di popolazione: non solo gli sfollati, ma anche i migranti impiegati irregolarmente nelle campagne circostanti e nell'edilizia. La geografia dell'illegalità, celata nelle maglie del tessuto urbano, è da anni al centro delle narrative che riguardano il paese, dipinto da decenni come un'icona scomoda nata dal trionfo della criminalità e dalla prevalenza straniera. E sebbene anche sotto questo punto di vista risulti difficile farne un trionfo unico in Italia, dal momento che la criminalità organizzata ha condizionato gli sviluppi territoriali in molte zone del sud Italia, vi sono delle peculiarità del caso che fanno di Castel Volturno una rete estremamente complessa.

---

<sup>52</sup> Rapporto di valutazione 2023, *op. cit.*



### 2.3.2 Castel Volturno, terra di lavoro, città multiculturale

Castel Volturno è uno snodo cruciale per fenomeni di carattere globale. Se c'è un luogo in Italia in cui gli scenari demonizzanti legati all'universo migratorio, ossia quelle derivate dell'immaginario collettivo alimentate dalle strumentalizzazioni politiche e giornalistiche, sembrano realizzarsi in tutta la loro drammaticità, quel luogo trova la sua massima espressione in questa non-città. Castel Volturno è un non-luogo, una città mai finita, in cui alle limitate circoscrizioni spaziali e geografiche, corrispondono incroci e nodi transcalari e transnazionali. Qui si incontrano le dinamiche complesse della governance ambientale e quelle tappe migratorie internazionali che scandiscono gli scambi di persone, capitale e merci, chiamando in causa un ampio quadro di politiche eterogenee e di scottante attualità. È alla luce di queste riflessioni che Fabiana D'Ascenzo istituisce la correlazione tra Lampedusa e Castel Volturno, facendone porte d'ingresso a due diversi piani del progetto migratorio verso la fortezza Europa: la prima, punto di accesso primario; la seconda, luogo strategico di stabilizzazione che, nell'impelagare i migranti nelle maglie dell'illegalità, dona loro la possibilità di restare. Ciò è reso possibile da una caratteristica in particolare: quella di essere un luogo-flusso. Il flusso dei migranti subsahariani si inserisce in questo scenario come un piano che interseca vari livelli, generando e alimentando nuovi flussi. Così la presenza africana si è organizzata trasversalmente, facendosi parte integrante sia nell'ambito della legalità che nel mondo sommerso dell'illegalità: dal settore primario al turismo, dalla tratta di donne e lo sfruttamento della prostituzione al traffico di stupefacenti, gestito per conto della criminalità locale<sup>53</sup>.

A Castel Volturno i migranti sono coscienti di essere attori, seppur in un piccolo nodo territoriale, all'interno di più grandi dinamiche internazionali. E soprattutto, sono coscienti di esserne non solo parte quanto piuttosto componente attiva. Proprio per la loro capillare integrazione nei meccanismi locali di cui sono esito e concausa, i migranti di Castel Volturno sono la miglior esemplificazione del paradosso campano: essere al contempo regione di transito, per l'elevata stagionalità della domanda di lavoratori, e regione di stanziamento, per l'ampia diffusione del lavoro nero. In sostanza, questo assetto socioeconomico e culturale ha consentito un inserimento precario sin dagli esordi delle migrazioni di massa verso Castel Volturno. Eppure, quali che siano le condizioni, ha comunque garantito una forma di permanenza.

---

<sup>53</sup> S. Nazzaro, *Castel Volturno, Reportage sulla mafia africana*, Einaudi, Torino, 2013

Rimane ancora da indagare come Castel Volturno sia diventato un avamposto per chi sognava una regolarizzazione indispensabile per spostarsi altrove. Mario Luise<sup>54</sup>, ex sindaco di Castelvoturno, dà conto di massicce importazioni di extracomunitari già a partire dagli anni Sessanta, in pieno boom edilizio, quando si faceva pressante la necessità di manodopera a basso costo nelle costruzioni. Questo traffico sarebbe stato gestito dalla camorra, che controllava gli sbarchi al largo di Ischitella. Secondo questa versione, la storia delle migrazioni a Castel Volturno viene spostata indietro di circa un ventennio rispetto alla più recente narrativa delle crisi migratorie che si impone a partire dagli anni Novanta, e diviene prepotente negli anni Duemila.

Tuttavia, le presenze straniere a Castel Volturno cominciano a mostrarsi in forma evidente a partire dal 1989. Si tratta di una data simbolica dell'immigrazione in questi luoghi: è l'anno di morte di Jerry Essan Masslo, giovane migrante sudafricano ucciso nel ghetto di Villa Literno, a quel tempo l'insediamento informale più vasto d'Europa, sorto spontaneamente in quest'area del casertano per dare alloggio ai braccianti africani impegnati nelle campagne. Inizialmente, l'Italia aveva negato a Masslo lo status di rifugiato, che gli venne poi riconosciuto dalle Nazioni Unite in quanto perseguitato politico: nel suo paese, infatti, era attivo nell'Africa National Congress e nel Black Consciousness. Una sera del 1989, un gruppo di persone armate a volto coperto fece irruzione nel capannone dove i braccianti andavano a dormire, nel tentativo di estorcere la scarsa retribuzione giornaliera. Alcuni si rifiutarono, e tre colpi di pistola colpirono Jerry, che morì prima dell'intervento dei medici. L'episodio ha comportato una prima presa di coscienza sociale e istituzionale della portata del fenomeno dei braccianti sia a livello locale che nazionale. Il ghetto di Villa Literno perdurerà fino al 1994, quando la baraccopoli sarà incenerita da un incendio doloso, costringendo i suoi abitanti a spostarsi di pochi chilometri, verso Castel Volturno, e aggiungendosi a un flusso che diventerà sempre più stabile.

In questa sede, non si vuole sminuire la portata di determinate congiunzioni di eventi né tantomeno leggere gli sviluppi temporali della storia di Castel Volturno con tono sensazionalistico, come un caso a sé in Italia. Stigmatizzare una realtà già di per sé complessa ci allontana dagli obiettivi divulgativi primari di questa ricerca. Si riconosce una particolare convergenza di istanze internazionali e di diversa natura, eppure ci risulta complesso inserire questi eventi in un diagramma di Ishikawa causa-effetto, essendo questi episodi, presi

---

<sup>54</sup> M.Luise, *Dal fiume al marre*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2001

singolarmente, al contempo specchio e fattore di spinta delle evoluzioni successive. Anche la presenza, singolare dal punto di vista nazionale, di una forte criminalità organizzata straniera che collabora con le realtà criminali autoctone, non è né illogica né innovativa, dato che tra modelli criminali forti e strutturati, presenti sullo stesso territorio, ci sono solitamente scontri o accordi. Peculiarità specifica del caso, invece, è appunto la convergenza di diverse istanze: in questo scenario, anche discernere tra il radicato disprezzo della norma come onere individuale (il ricorso all'irregolarità e all'informale di chi vive in situazioni di forte disagio), e un approccio malavitoso metodologico di tipo organizzato, è estremamente complesso. Questo perché le maglie dell'illegalità, intrecciate alle dinamiche transnazionali, sono ormai parte integrante della vita e dell'economia di Castel Volturno, e la vita delle comunità migranti si è strutturata intorno a questo quadro territoriale, alimentandosi e alimentandolo.

Anche l'organizzazione stessa delle presenze straniere risponde all'ordinario concetto di eterolocalismo: un fenomeno che riguarda la dispersione delle comunità migranti verso grandi periferie, e che pone l'accento sulla capacità di uno specifico gruppo etnico di mantenere coesa la propria identità culturale, malgrado la dispersione geografica dei suoi componenti. L'agricoltura, settore di punta dell'economia castellana, continua a rappresentare un ambito rilevante per la localizzazione dei lavoratori migranti, e la loro dispersione nelle aree periferiche e rurali. Un settore, quello agricolo, che si avvale da decenni della disperazione della manodopera straniera. A Castel Volturno l'incontro tra domanda e offerta nell'ambito dell'economia informale non solo ha ampiamente condizionato la vita e la strutturazione delle comunità straniere ma ha anche ridisegnato il territorio, inscrivendosi nelle sua toponomastica. Così, le cosiddette *kalifoo ground*, ossia le rotatorie stradali, sono la manifestazione fisica di questo incontro: sulle rotonde, all'alba, i caporali incontrano i lavoratori, l'offerta soddisfa qualsiasi domanda. Ci si presenta con grandi zaini, così da poter essere pronti ad ogni evenienza: scarpe resistenti e vestiti sporchi per campagna ed edilizia, indumenti più formali e puliti per la ristorazione. Anche ragazzi giovani e neoarrivati ne sono a conoscenza: il forte senso di appartenenza e di coesione sociale unisce la comunità straniera, garantendo un capillare passaggio di informazioni e un efficace sistema di mutuo soccorso, fondamentale soprattutto per districarsi nella precarietà.

Volendo sintetizzare, dunque, a Castel Volturno c'è una comunità stabile e coesa di migranti che lavorano da decenni nelle aree neglette delle nostre campagne, e più in generale, delle nostre città. L'illegalità dilagante è ormai componente intrinseca del territorio e catalizzatore di vita della sua popolazione. In sostanza, è il processo di degradamento ad aver preceduto

la presenza di migranti e non il contrario, ribaltando la narrazione secondo cui la migrazione sarebbe tra le cause principali del deterioramento urbano. Tale condizione, frutto di decenni di abusivismo, corruzione, speculazione e criminalità, ha innestato la presenza straniera sul territorio; una presenza che, a sua volta, l'ha alimentata e si è strutturata intorno ad essa, costringendosi in un limbo di precarietà che, pur garantendo una forma di stanzialità, relega gli stranieri a una condizione di perenne invisibilità. Invisibili sono gli stranieri irregolari, e non quantificabile è la loro presenza in termini numerici. Secondo i dati Istat più recenti<sup>55</sup>, Castel Volturno conta una popolazione di 29.466 abitanti, di cui 5.329 stranieri regolarmente residenti. Le comunità dominanti in termini numerici sono quelle nigeriane e ghanesi. Tuttavia, come si può facilmente intuire, queste stime non tengono conto degli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso al soggiorno, né di quegli stranieri che lavorano irregolarmente, e che in assenza di un contratto di lavoro, non possono permettersi un contratto d'affitto e una residenza regolare, e pertanto si vedono costretti ad occupare abitazioni abusive in contesti altamente degradati. Queste stime volatili attestano la presenza di migliaia di migranti in questa situazione di disagio: una forbice che va dalle 15.000 alle 20.000 unità, e che diminuisce o aumenta a seconda della stagionalità dei lavori. Vi sono degli indicatori per cercare di quantificare la presenza di migranti irregolari nell'area: la presenza, ad esempio, di più di quaranta chiese pentecostali censite, testimonierebbe il bisogno di rispondere alle esigenze di culto di una corposa comunità straniera; o ancora, i bilanci fatti sulla base del rapporto tra la spazzatura raccolta per strada e la popolazione residente. Tuttavia, è proprio la sanità a fornire l'unica possibile certificazione, seppur parziale e comunque indicativa, della presenza straniera sul territorio, attraverso la quantificazione dei codici STP emessi dalle ASL di riferimento. L'STP, dunque, oltre che garante del diritto alle cure, è anche un meccanismo utile alla ricerca e alla testimonianza, per sottrarre queste identità all'oblio generale.

---

<sup>55</sup> <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18563#>

## 2.4 L'ambulatorio di Emergency e il principio di sussidiarietà

“*Rastaman*”, così alcuni stranieri residenti a Castel Volturno chiamano scherzosamente Sergio Serraino, coordinatore dell'ambulatorio di Emergency sito lungo la grande statale Domiziana dal 2015. Originario di Trapani, Sergio Serraino è un operatore sociale e umanitario che negli anni ha saputo farsi spazio in una città a lui non familiare, conquistandosi la fiducia delle comunità straniere locali. O meglio, ritagliandosi spazi di fiducia all'interno di una legittima diffidenza. L'ambulatorio di Castel Volturno nasce dall'idea di un progetto specificamente dedicato ai braccianti agricoli. Col tempo, però, le esigenze del territorio si riveleranno in tutta la loro drammaticità, portando allo scoperto i reali bisogni di una città in cui quotidianamente si sperimentano disservizi e precarietà. La spiccata empatia e la reale fiducia nelle possibilità del cambiamento hanno dato forma agli anni di lavoro a Castel Volturno: in più momenti, Sergio Serraino si è appellato alla solidità della solidarietà castellana e alla resilienza della sua gente.

*“Castel Volturno non è un ghetto- dichiara durante un'intervista alla giornalista Tina Cioffo- Qui, i migranti sono alla terza generazione, trovi bambini e anche nonni dello stesso nucleo familiare e allora l'approccio risolutivo non può riguardare solo lo sfruttamento lavorativo. Pur partendo da progetti contro il caporalato, bisogna andare oltre. Come ambulatorio Emergency, sul territorio dal 2013 con il nostro ambulatorio, prima mobile e poi stabile, abbiamo incontrato circa 70mila persone e sappiamo bene quali sono i bisogni di questo paese. Circa la metà della popolazione di Castel Volturno è costituita da cittadini stranieri, soprattutto ghanesi e nigeriani, le due grosse comunità presenti nella zona. Spero che il giorno in cui smetteremo di parlare di noi e di loro arrivi presto e che il muro di plastica trasparente che separa la popolazione a metà, possa finalmente crollare. È oramai chiaro, per chi la vive, che è una città multietnica e come tale va trattata<sup>56</sup>”.*

Questa presa di consapevolezza da parte degli operatori umanitari arriva sin da subito. Così, dopo soli due anni dall'inaugurazione dell'unità mobile nel 2013, lo staff di Emergency prende atto della necessità di offrire un supporto stabile e continuativo ai migranti e alle fasce più vulnerabili di una popolazione che fatica a esercitare i propri diritti. Su questa base nasce l'ambulatorio medico-infermieristico nel 2015, con l'obiettivo di colmare un vuoto

---

<sup>56</sup> T.Cioffo, *Serraino di Emergency: “Castel Volturno non è un ghetto, salvaguardare i diritti di tutti è l'unica via”*, <https://www.ireporters.it/con-emergency-attenta-analisi-su-castel-volturno-762/>

assistenziale istituzionale, ma anche e soprattutto di orientare i pazienti verso una maggiore consapevolezza di quegli stessi diritti, informandoli e mediando per favorirne il loro concreto esercizio.

Emergency a Castel Volturno è parte della rete “Castel Volturno Solidale”, un insieme di organizzazioni attive sul territorio per rispondere ai bisogni di chi vive in situazioni di alta marginalità. Ne fa parte una grande varietà di associazioni, con ambiti di tutela eterogenei e diversificati: dall’ambiente ai beni confiscati, dal welfare cittadino all’assistenza socioassistenziale. Anche solo con una veloce consultazione del sito comunale, infatti, ci si rende immediatamente conto dell’immenso contributo della società civile nel territorio castellano. Basti pensare che, dalla sua istituzione, l’ambulatorio di Emergency ha erogato precisamente 72.713 prestazioni, molte delle quali dedicate a donne in gravidanza e pazienti affetti da patologie croniche invalidanti, quali diabete, glaucoma, patologie dell’apparato muscolo-scheletrico e del sistema nervoso. I servizi offerti dall’ambulatorio comprendevano un presidio medico-infermieristico per gli adulti, un ambulatorio pediatrico e uno sportello di orientamento sociosanitario.

A nostro avviso, il percorso dell’ambulatorio fino ad oggi è stato scandito dal principio di sussidiarietà: Emergency ha strutturato i suoi servizi secondo la logica della complementarità con le istituzioni locali. Come già evidenziato, scopo ultimo dell’organizzazione non è quello di sostituirsi alle istituzioni pubbliche, ma anzi quello di colmare i vuoti da esse lasciati, ponendosi come strumento congiunto per fornire una maggiore copertura dei diritti fondamentali. Vale a dire, la mission di Emergency non si focalizza sul mero assistenzialismo, ma ambisce a potenziare l’intervento del Sistema Sanitario Nazionale per autonomizzare gli attori coinvolti nei processi di cura, eliminando alla radice il presupposto stesso della sua presenza sul campo. In un mondo idilliaco, in cui i diritti decantati in teoria sono attesi da strutture e persone pronte per attualizzarli nella pratica, la necessità di compensazione cui il terzo settore va a sopperire verrebbe automaticamente a mancare, nell’ottica dell’organizzazione: una presenza sì affidabile e stabile, ma fissa finché a tutti non sarà garantito il diritto alle cure e alla dignità.

In quest’ottica si spiegano la collaborazione con le autorità locali, l’incessante lavoro di advocacy che Emergency ha portato avanti negli anni, e anche le conseguenti evoluzioni nei servizi offerti dall’ambulatorio. Le attività del presidio medico per adulti, ad esempio, sono terminate nel 2020 proprio grazie alla collaborazione virtuosa con le autorità sanitarie locali:

un passaggio di consegne risultato di un lungo lavoro congiunto cominciato sin dall'apertura dell'ambulatorio nel 2015, e potenziato nel periodo critico della pandemia. In particolare, durante il Covid, Emergency e le organizzazioni della rete Castel Volturno Solidale hanno avviato un'efficace campagna vaccinale per la popolazione straniera. Nel 2021, affiancati dall'assessore Morcone, Emergency ha portato all'attenzione della regione la questione dei vaccini, al fine di sollecitare per l'aggiornamento della piattaforma adesioni, e di consentire la registrazione alla campagna vaccinale sia con tessera sanitaria che con codice STP. La Campania è stata la seconda regione, dopo l'Emilia-Romagna, ad adeguarsi all'aggiornamento della piattaforma e completare il ciclo vaccinale. Alla luce delle criticità e delle urgenze che il Covid ha fatto emergere, le ASL locali si sono organizzate potenziando i servizi di cura. La decisione di chiudere l'ambulatorio medico per gli adulti segue questo potenziamento delle istituzioni locali. Un punto di svolta, in questo senso, si deve all'istituzione del progetto "Demetra"(2015-2018), che prevedeva il rafforzamento dei distretti sanitari di Castel Volturno e Mondragone, l'apertura di un ambulatorio dedicato agli stranieri su Mondragone e il potenziamento di quello già operativo presso Castel Volturno, con la presenza di infermieri, mediatori e unità di strada.

Anche l'ambulatorio pediatrico ha subito la stessa evoluzione, chiudendo nel 2022 in seguito a un lungo lavoro di advocacy per consentire il pediatra di libera scelta ai figli di immigrati irregolari. Come si è visto, già l'accordo Stato-Regioni del 2012 dava indicazioni riguardo all'iscrizione dei minori stranieri al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nel 2014, la regione Campania ha emanato una circolare in cui recepiva le indicazioni ministeriali, stabilendo che i minori stranieri, figli di genitori extracomunitari, fossero iscrivibili al SSN tramite codice fiscale, anche in assenza di permesso di soggiorno. Tuttavia, la circolare non ha avuto l'effetto sperato in materia di tutela sanitaria dei minori, basandosi su un assunto erroneo: l'idea che, a un bambino nato in Italia da genitori stranieri, venga attribuito automaticamente un codice fiscale dal comune. Purtroppo, però, l'assunzione è erronea, in quanto l'attribuzione del codice fiscale è subordinata alla condizione di regolarità dell'immigrato, dovendo presentare, ai fini del rilascio, un certificato di residenza. Dunque, di fatto, questa posizione regionale è servita a poco.

Emergency ha inaugurato l'ambulatorio pediatrico nel 2015, presa coscienza di questo vuoto normativo, che è a tutti gli effetti un vuoto assistenziale, dal momento che gli ambulatori STP offrono servizi di medicina generale per adulti e mancano di figure specializzate, come i pediatri. Chiaramente, si tratta di una mancanza gravissima, se si considera che i bambini,

e ancor di più i neonati, non necessitano di cure solo in caso di malattie o disturbi, ma hanno bisogno di essere seguiti costantemente nei loro bilanci di crescita. E soprattutto, i minori stranieri e i loro genitori necessitano di maggiore supporto e orientamento per muoversi all'interno di un sistema sanitario complesso e a loro sconosciuto.

L'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario per i minori stranieri, indipendentemente dallo status di soggiorno, viene sancito in via definitiva nel 2017 dagli articoli 62 e 63 del D.P.C.M., nell'ambito della definizione dei LEA. Tuttavia, anche in questo caso, non vengono date indicazioni di tipo operativo alle regioni in merito ai due principali ostacoli burocratico-amministrativi per l'applicazione della normativa: l'assegnazione del codice fiscale e la definizione dei codici di esenzione applicabili. Rispetto a tali difficoltà, bisognerà attendere il 2022 per l'intervento di una circolare congiunta del Ministero della Salute e dell'Agenzia delle Entrate. In particolare, la soluzione a queste controversie risiederebbe nel rapporto di connessione tra gli enti tributari e di ambito sanitario. Dunque, considerato il codice fiscale come prerequisito essenziale per l'iscrizione al SSN, si stabilisce che le richieste di attribuzione di tale codice siano inviate all'Agenzia delle Entrate direttamente dalle ASL di competenza, che si porrebbero in qualità di soggetto intermediario tra minore e istituzioni tributarie.

Nonostante, ad oggi, manchino indicazioni riguardo all'effettiva messa in atto di tale collaborazione tra ASL e Agenzia delle Entrate, Emergency ha comunque deciso di chiudere l'ambulatorio pediatrico di Castel Volturno, in seguito a una lunga campagna di sensibilizzazione delle istituzioni locali. La regione Campania, infatti, si è dimostrata particolarmente virtuosa in questo senso. Tant'è che, sempre nel 2022, la Campania aveva già aggirato gli ostacoli burocratici per l'iscrizione dei minori stranieri al SSN, garantendo la possibilità di iscrizione tramite codice STP, dunque anche in assenza di codice fiscale. La chiusura dell'ambulatorio pediatrico si fa dimostrazione del carattere non lucrativo di Emergency; l'interruzione del servizio segna il raggiungimento di un risultato significativo: una presa di consapevolezza da parte delle istituzioni che, percepito il vuoto assistenziale per centinaia di bambini, hanno saputo riorganizzarsi per adempiere ai loro doveri di cura.

In sostituzione di tali servizi, dato il contesto ancora fortemente problematico riscontrato a Castel Volturno, l'ambulatorio di Emergency ha cercato nuove modalità per incontrare i bisogni della popolazione che vi risiede. Con questo obiettivo, nasce il nuovo programma di Valutazione Infermieristica Domiciliare (VID) nel 2022. L'istituzione del programma VID



segna una tappa fondamentale nell'evoluzione dei servizi offerti dall'ambulatorio di Emergency. Il progetto di sostegno sociale a domicilio nasce non solo dalla collaborazione con le autorità sanitarie locali, che segnalano a Emergency casi di persone in condizioni di vulnerabilità, impossibilitate a raggiungere i servizi di cura, ma anche e soprattutto da un capillare passaparola comunitario. Tale programma, infatti, prevede anche la possibilità di accompagnamento verso ospedali, ambulatori specialistici e centri di riabilitazione, per cui i migranti del luogo ne sono ben presto venuti a conoscenza e si sono messi autonomamente in contatto con lo staff di Emergency. In questo modo, seppur fornendo un contributo prettamente assistenziale, l'organizzazione ha avuto modo di sopperire a una grave mancanza territoriale: la carenza delle infrastrutture e dei servizi di trasporto pubblico.

Ma ancor più importante è lo screening del territorio e dei suoi bisogni, che l'attività sta restituendo. Attraverso il programma VID, il personale di Emergency ha la possibilità di entrare direttamente nelle case delle persone, nel loro spazio più intimo e privato, toccando di prima mano il disagio abitativo e sociale, nella speranza di poter formulare un approccio risolutivo integrato. L'attività domiciliare ha portato alla luce una caratteristica, nota agli operatori di settore, ma ancora esclusa dai dibattiti sensazionalistici e dalle narrative dominanti in merito a Castel Volturno: la presenza di una popolazione migrante ormai anziana. Non solo giovani e agili lavoratori edili e delle campagne, ma persone che un tempo molto probabilmente lo sono state, e ora si ritrovano abbandonate a loro stesse in condizioni di estrema fragilità; persone costrette a convivere con le reminiscenze di quel passato lavorativo usurante e traumatico, di cui a volte faticano a parlare e che forse preferirebbero dimenticare. Ma quel passato, di tracce ne ha lasciate, eccome. Persone che vivono ormai da decenni il territorio castellano, lo abitano stabilmente e lo sostengono economicamente con le loro attività commerciali, spesso dalle retrovie dell'informale.

## 2.4.2 Esempi e casi osservati sul campo

Blessing, ad esempio, è una donna nigeriana, la cui età è ignota ai più. Lei stessa ne fornisce indicazioni sempre diverse, potrebbe avere da poco più di cinquanta a poco meno di settanta anni. In Nigeria, soprattutto in passato o nelle aree più rurali, la registrazione delle nascite non è avvenuta sempre in modo sistemico, comportando una mancanza nelle documentazioni ufficiali per cui, spesso, dati come l'età potevano essere trascurabili o tramandati oralmente, quindi suscettibili di approssimazioni. Blessing fatica a parlare del suo passato, non è noto che lavoro abbia svolto in Italia. E' arrivata dalla Libia, questo è certo, e quei tempi prima della guerra civile del 2011 li ricorda con amarezza, come un periodo felice in cui c'era lavoro e stabilità.

Oggi Blessing è una paziente affetta da diabete e HIV; è parzialmente non vedente, a causa di un glaucoma, disturbo degenerativo che, se non curato adeguatamente e per tempo, può portare alla perdita della vista. Si tratta di un problema particolarmente diffuso negli individui di origine africana, in cui è stata osservata una maggiore propensione genetica che li rende più vulnerabili al glaucoma, e in età più giovane. Blessing vive da sola in un piccolo appartamento; le finestre sempre aperte affacciano sulle case, o quello che ne rimane. La porta di casa sua, e degli altri appartamenti del fatiscente palazzo, si chiude bloccata da scarpe o pantofole. Nell'atrio del palazzo, cumuli di rifiuti, un motorino dalla dubbia proprietà. L'odore, forte a tutte le ore, di cibi tradizionali e spezie, si fonde con il maleodorante tanfo dell'immondizia e degli impianti di scarico non perfettamente funzionanti. In casa sua, c'è una vetrina piena di birre e prodotti che vende ad amici e vicinato.

Blessing riceve visite da Emergency a cadenza settimanale o bisettimanale. Marcello Kurtam, infermiere incaricato del progetto VID, nel corso delle visite domiciliari porta avanti un lavoro di orientamento fondamentale, rivolto ai caregivers (quando presenti), o ai pazienti stessi, educandoli sulla realtà delle loro patologie e sulla gestione delle terapie e degli strumenti da utilizzare, ponendo le basi di un lavoro non solo di cura ma anche di prevenzione. Indirizza i pazienti diabetici verso le diete da seguire e si occupa di informarli riguardo ai medicinali, alle visite, o ai trattamenti necessari al caso. Ogni giorno, da Blessing, effettua misurazioni dei parametri vitali e del tasso glicemico, sollecitandola a tenere traccia dei valori attraverso un quaderno di note, diviso in schede: valore, patologia, medicinale, orario della misurazione, orario dei pasti. Marcello si è mobilitato a suo modo per garantire il migliore servizio di tutela e favorire il processo di autonomizzazione dei pazienti: con

Blessing, in particolare, ha messo a punto una strategia individuale. A causa delle sue patologie, Blessing assume più di 20 medicinali al giorno, mattina e sera. Ci sembra chiaro che per persona di una certa età, sola e quasi non vedente, con un tale carico da gestire e considerata l'ignoranza in merito ai tanti medicinali da assumere, può essere complicato organizzare le varie somministrazioni, si incorre facilmente nel rischio di creare confusione, compromettendo il percorso di cura. Senza contare che, una tale quantità di farmaci, seppur necessari, può comportare diversi rischi per la salute se non coordinati al meglio: qualsiasi errore di somministrazione può generare interazioni farmacologiche complesse, tali da aumentare o diminuire l'effetto di ciascun farmaco e innescare imprevisti effetti collaterali. Marcello si è ingegnato in una maniera molto semplice, organizzando l'ampia quantità di medicinali in due provette diverse per forma e dimensioni, dividendo nelle provette più grandi i farmaci che possono essere assunti insieme di mattina, e nelle provette più piccole, i farmaci serali. Così facendo, da un lato ha contribuito a definire una metodologia di cura, riducendo il rischio di errore, dall'altro, ha favorito la presa di un'abitudine positiva per Blessing, che consente a entrambi di monitorare la somministrazione.

Meno fortunato, se così si può dire, è il caso di Steven, un ragazzo poco più che ventenne, di origine ghanese. Il suo glaucoma non è stato mai curato, portandolo alla completa cecità. Steven vive in una casa abbandonata in cui le condizioni di vita sono gravemente compromesse: le tubature sono esposte, e gli impianti fognari non funzionanti rendono l'aria irrespirabile. L'abbiamo incontrato fuori dalla sua abitazione per consegnargli un pacco di aiuti alimentari. Il personale di Emergency lo conosce da tempo, eppure l'impressione che abbiamo avuto quando gli abbiamo offerto aiuto per portare la spesa solidale al primo piano, dove vive, è stata quella di un forte senso di pudore. Nel caso di Steven, la configurazione dell'approccio assistenziale è molto più complessa. Il contributo di Emergency si è rivolto principalmente alla risoluzione di questioni amministrative e burocratiche. Steven non dispone di un reddito stabile, e di conseguenza, di una residenza ufficiale. Questo stato di invisibilità sociale e amministrativa rappresenta un ostacolo significativo, che complica ulteriormente la sua condizione di vulnerabilità. Infatti, la mancanza di residenza impedisce l'accesso a misure di sostegno economico e sociale; per lui non sono soddisfatti i requisiti necessari per presentare domanda di invalidità o accedere ad altri programmi di assistenza sociale. Emergency si è mobilitata per risolvere questo gap amministrativo e assistenziale, che lo relega a una situazione di estremo disagio. Tuttavia, le tempistiche sono lunghe e il processo è ancora in divenire.

In conclusione, per completezza d'informazione, preme menzionare un ulteriore caso, toccando quest'ultimo un importante sottoinsieme nelle sfere di applicazione del programma VID: quella dell'invalidità fisica, che letteralmente impedisce agli interessati di raggiungere i servizi di cura, se non di uscire dalla loro stessa abitazione. E' il caso di James, di origine nigeriana. Vive a Castel Volturno con la sua famiglia, la compagna e i tre figli, in quella che doveva essere una villetta, con anche un piccolo spazio esterno. L'interno della casa, però, si articola esclusivamente sul primo piano, in uno spazio molto più limitato e ristretto. Da quel primo piano, James è caduto. Non si sa bene perché, qualcuno dice scappando dalla polizia, qualcuno riferisce di una caduta accidentale. Ne ha ricavato una tetraplegia spastica: in sostanza, ha avuto un danno permanente e irreversibile alla colonna vertebrale. In seguito all'incidente, James ha subito una chirurgia di stabilizzazione della schiena con installazione di dispositivi di fissazione interna, per il supporto e la stabilizzazione della colonna.

Emergency ha sostenuto James sia nel suo percorso di cura che in termini di supporto psicologico, motivandolo a intraprendere e proseguire il percorso riabilitativo, con fisioterapista a domicilio, a cui inizialmente rifiutava di sottoporsi. Per evitare continue infezioni, sono stati attuati meccanismi sostitutivi del catetere, ad esempio attraverso l'uso di condom. Emergency si è occupata sia della formazione, come l'alimentazione da seguire, il supporto alla famiglia e gli esercizi specifici da eseguire prima dell'inizio del percorso fisioterapico; sia della fornitura di presidi medici, quali pannoloni, sedia a rotelle, girello, ecc.

La questione dell'invalidità fisica è stata ampiamente riscontrata nell'ambito delle visite effettuate sul campo. Le cause possono essere le più disparate, e ognuna richiede un approccio differente: si pensi a Robert, zoppo a causa di un incidente sul lavoro, mentre lavorava a nero nell'edilizia; o ancora a Friday, rimasto invalido in sedia a rotelle in seguito a un grave ictus. Muoversi in questi casi, cercando un cavillo per aggirare le irregolarità amministrative e garantire qualche forma di tutela, è una questione capziosa e complessa. Si consideri, poi, che lo stato abitativo compromette largamente la possibilità di cura o di vita dignitosa: alcune persone non possono uscire, impossibilitate nel loro stato anche solo a scendere le scale, come nel caso di James. In altri casi, come per Friday, la condizione ordinaria delle abitazioni nell'entroterra del castellano può diventare una fonte di ulteriori complicazioni. Friday vive con la moglie e una bambina piccola. E' la moglie a farsi carico dell'economia della famiglia, provvedendo ad arrangiarsi come venditrice ambulante o collaboratrice domestica all'occorrenza. Per la moglie, la condizione di frustrazione del

marito è diventata ormai insostenibile: Friday è stato molto provato psicologicamente dal veloce declino della sua condizione, e spesso si è lasciato andare, trascurandosi e rinunciando alle riabilitazioni. La bambina manifesta difficoltà a scuola e a casa. In casa loro non c'è riscaldamento, se non una piccola stufetta a gas. La bombola a gas è anche lo strumento più utilizzato in cucina. I tre dormono in un'unica stanza. Tra cucina e bagno, c'è un gradino che costituisce una barriera architettonica che minaccia l'indipendenza di Friday anche nei più basilari atti quotidiani, demoralizzandolo profondamente e rendendo sempre dipendente da qualcuno.

Per concludere, è necessario ricordare che le storie qui brevemente raccontate, non sono che esempi comuni delle condizioni di vita degli stranieri a Castel Volturno; condizioni disparate ma comunque accomunate da un disagio abitativo, sociale ed economico dilagante. Verrebbe da chiedersi: se anche fosse possibile per le istituzioni pubbliche farsi carico di questa umanità dolente senza il supporto di organizzazioni del terzo settore, come potrebbero le pubbliche amministrazioni aggirare problematiche di natura amministrativa, che loro stesse contribuiscono a creare impantanandosi nell'eccesso di burocrazia e nella lentezza dei processi territoriali? Senza il contributo di Emergency, queste persone vivrebbero un'esistenza ancora più marginale e, potendo fare affidamento solo sull'eventuale supporto della comunità, il rischio di rinunciare ai percorsi di cura diventerebbe sempre più concreto.

## Conclusioni

L'analisi della situazione migratoria a Castel Volturno mette in luce come le migrazioni abbiano contribuito a ridefinire l'assetto urbano, evidenziando il ruolo cruciale della città non solo come spazio di destinazione, ma anche come attore attivo nel sistema migratorio globale. In questo contesto, Castel Volturno rappresenta un caso di studio significativo in cui la presenza stabile di famiglie migranti, come rilevato dalle attività di Emergency, ha permesso di individuare una comunità ormai radicata e in parte autoctona, che supera in numero le presenze stagionali.

Un elemento fondamentale emerso dall'analisi è che il processo di degradamento a Castel Volturno ha preceduto la presenza di migranti e non il contrario, ribaltando la narrazione secondo cui le migrazioni sarebbero la causa principale del deterioramento urbano. Questo aspetto è essenziale per comprendere come il contesto urbano abbia favorito l'insediamento di popolazioni migranti, le quali, a loro volta, hanno avuto un ruolo attivo nella trasformazione della città, manifestandosi in modi sempre complessi, influenzando e rimodellando le strutture sociali, economiche e spaziali preesistenti. Si è ormai presa coscienza del ruolo del migrante come conveniente capro espiatorio: gli stranieri servono all'economia sommersa, ai proprietari delle case che senza un intervento di restauro non potrebbero essere affittate, e infine, servono a chi vive il castellano, per fornire un retorica in cui indirizzare tutta la frustrazione del vivere in una terra abusata su tutti i fronti.

Tuttavia, c'è ancora poca consapevolezza rispetto alle modalità attive attraverso cui le comunità straniere hanno ridefinito lo spazio urbano. Le migrazioni hanno infatti stimolato l'espansione del terzo settore, che non solo offre servizi ai migranti, ma contribuisce anche al benessere dell'intera comunità locale, ponendosi come strumento fondamentale di compensazione delle mancanze del territorio. Dal centro Caritas Fernandes ai Missionari Comboniani, dalla Sartoria Sociale "Made in Castel Volturno" all'associazione dedicata a Jerry Essan Masslo, dal Centro Laila a Emergency, e ancora, al più grande movimento di lotta organizzata d'Italia, il "Movimento dei migranti e Rifugiati" di Caserta, sono tantissime le realtà sociali radicate nel territorio, che contribuiscono a fare di Castel Volturno un laboratorio per il futuro in cui sperimentare opzioni di convivenza multiculturale e di adattamento, facendo della città un input per studiare la strutturazione di un terzo settore che vuole catalizzare i processi di inclusione.

La città si presenta come scala alternativa di ricerca sulle migrazioni: mentre gli organi di governo nazionali e sovranazionali decidono la politica migratoria, la governance locale è in prima linea nella gestione dell'integrazione. Sono le città a organizzare praticamente i servizi, dall'allocazione di risorse, alle infrastrutture e soprattutto, alla fornitura dei servizi di cura sul territorio. Questo processo riflette il ruolo della città come scala di osservazione privilegiata per comprendere le dinamiche migratorie, in quanto nodo in cui si negoziano identità e pratiche sociali, interagendo con diversi livelli di scala, dal locale al globale. Le città non sono semplicemente recipienti passivi delle politiche migratorie, ma spazi dove le migrazioni influenzano e vengono influenzate dalle politiche locali e dalle dinamiche sociali.

Le analisi di Nick Dines<sup>57</sup> hanno dimostrato come, nelle città italiane, le politiche urbane e le percezioni pubbliche influenzino direttamente i processi di inclusione ed esclusione. Castel Volturno, in particolare, solleva questioni cruciali sull'integrazione a livello locale: considerato che, a livello sopranazionale, la governance migratoria si organizza sulla base del presupposto esclusivo della cittadinanza, come si può inquadrare la questione della residenza cittadina? La residenza è essa stessa un meccanismo di controllo? Queste domande definiscono i contorni di un ambito di studi ancora da esplorare. Tuttavia, appare evidente che l'appartenenza a una città si configura in maniera più aperta e pragmatica rispetto al livello nazionale, in quanto tale senso di appartenenza si esplicita attraverso fattori quali la ristrutturazione dei luoghi, l'usufrutto di servizi, il contributo alle economie locali.

A Castel Volturno la residenza è meccanismo esclusivo, ma questa esclusività e la facile possibilità di aggirarla, ne hanno fatto anche una fonte di partecipazione attiva e di appartenenza alla comunità urbana. Qui, la città può essere vista come un luogo di pragmatismo e di apertura, capace di accogliere le sfide poste dalla multiculturalità e di trasformarle in opportunità per tutti i suoi abitanti. Questo processo, è vero, è avvenuto attraverso la proliferazione del sommerso in un sistema basato sull'esclusione sociale, che trova il suo fondamento nello stigma criminalizzante e deumanizzante della clandestinità. Tuttavia, è avvenuto. E in un territorio ancora troppo ostile, la presenza migrante ha comportato l'evoluzione della vita cittadina e la sua stessa continuazione, facendo da assist per la nascita di nuovi servizi e la creazione di una rete di mutuo supporto.

---

<sup>57</sup> Dines, N. "Migration and cities." In: A. Triandafyllidou (ed.) *Routledge Handbook of Immigration and Refugee Studies (Second Edition)*, pp. 44-53, London: Routledge, 2023.

Vorremmo concludere citando ancora una volta il lavoro congiunto *Dove l'erba trema* di Emergency, in cui si legge: “*Fra le righe del racconto monocorde di un degrado opprimente che sembra più forte di ogni battaglia sociale, si nasconde il fermento di un’attivissima fucina dove ogni giorno si lavora, non senza fatica, per forgiare nuove conquiste*<sup>58</sup>”, e tra le conquiste che si rincorrono in questo laboratorio sociale attivo che nelle comunità straniere ha trovato radici, c’è primo tra tutti il concetto di cura. La cura come pratica sociale e collettiva, come strumento per restituire alle persone un’identità, in un contesto in cui non esistono, se non come corpi che lavorano<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> Emergency, *Dove l'erba trema*, op.cit.

<sup>59</sup> A. Sayad, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2002



## Capitolo 3

### Un progetto di approccio integrato alla salute nel cuore delle periferie

#### Introduzione

Come si è visto, guardare alla sanità come indicatore di inclusione sociale territoriale chiama in causa una serie eterogenea di attori, di concezioni e strutturazioni ideologiche, e di politiche e istituti applicativi del diritto. Nel comprendere le modalità di esercizio del diritto alle cure per le comunità straniere, ci si confronta inevitabilmente con disparati ambiti di studio: non solo l'interazione tra politiche migratorie e politiche sanitarie, che costituiscono già di per sé soggetti di studio corposi, bensì tutto ciò che concerne l'offerta dei servizi di cura sul territorio e lo status della presenza straniera. Dall'urbanistica e toponomastica dei luoghi, alla categorizzazione dell'offerta pubblica e privata, e ancora, alle condizioni di permanenza dello straniero sul territorio nazionale, area che comprende un'immensa varietà di situazioni pratiche e implica lo studio dell'inquadramento giuridico dello straniero, l'analisi della sua situazione socioeconomica, delle sue attività lavorative e della sua condizione abitativa. In sostanza, si è potuto osservare come alla configurazione inclusiva di un diritto inequivocabilmente inalienabile della persona, quale quello alla salute, non corrisponda necessariamente un altrettanto accessibile apparato di esercizio di quel diritto, soprattutto in ragione di quell'insieme eterogeneo di situazioni che coinvolge gli stranieri, che contribuisce a strutturare, ed eventualmente limitare, la fruibilità di questo diritto. Questa dinamica è tanto più rilevante in termini di esiti, quanto più questa interazione sfortunata di fattori si verifica in un territorio dalle limitate possibilità, caratterizzato da scarsità di servizi e carenza di infrastrutture. Tuttavia, sono spesso queste specifiche caratteristiche strutturali del territorio a permettere la stanzialità delle comunità straniere: la possibilità di accedere a spazi abitativi con costi più bassi, la vicinanza a infrastrutture produttive che offrono opportunità di lavoro, seppur irregolare e in condizioni di sfruttamento, finanche all'abitare abusivo come meccanismo di sopravvivenza. La gentrificazione delle comunità straniere nelle periferie urbane si configura come un fenomeno strettamente legato alla precarietà economica e all'esclusione sociale.

I servizi sanitari sono una lente attraverso cui osservare non solo lo stato del welfare nazionale, ma anche il benessere comunitario a un livello locale; non solo lo stato di salute dell'individuo, ma anche la sua condizione personale di disagio e vulnerabilità. Spesso, i contesti marginali delle periferie sono caratterizzati da un'offerta di servizi essenziali

estremamente ridotta, che si esplicita anche nel limitato accesso a strutture sanitarie di qualità, nella mancanza di medici di base, centri di assistenza e programmi di prevenzione. Questo divario nella fruibilità dell'assistenza sanitaria contribuisce ad alimentare quel circolo vizioso di svalutazione e degrado, amplificando la precarietà delle comunità straniere e la ghettizzazione delle periferie.

In questo capitolo, seguendo la scia del lavoro di Emergency in Campania, si andrà ad esplorare il contesto di un'altra periferia estremamente complessa: quella di Ponticelli, quartiere nella zona orientale di Napoli.

Ponticelli è una realtà che ha avuto sviluppi territoriali ben diversi da quelli di Castel Volturno, sebbene molte delle evoluzioni storiche che l'hanno vista protagonista non sono troppo dissimili dalle esperienze del castellano. Innanzitutto, è rilevante fare una precisazione: spostarsi dalla provincia di Caserta a quella di Napoli, non solo implica il confronto con una realtà più grande e complessa, ma anche con un dinamismo e un'eterogeneità differente. Se a Castel Volturno la comunità straniera era essenzialmente costituita da migranti africani, principalmente nigeriani e ghanesi, a Ponticelli si incontra una presenza straniera molto più diversificata. Proprio questa diversificazione risulta in una varietà fenomenologica che fa di Ponticelli un caso studio estremamente rilevante in questa ricerca, in quanto consente di guardare ai diversi esiti sia delle normative sanitarie finora menzionate, che del lavoro compensatorio del terzo settore, che qui si avvale di diverse modalità e di nuove forme.

Dunque, in questo capitolo, come per Castel Volturno nel capitolo precedente, si darà innanzitutto conto di alcuni eventi emblematici che hanno segnato la storia di Ponticelli, nel tentativo di fornire un quadro contestuale della situazione della città anche attraverso un lavoro complementare di confronto tra le due realtà. Successivamente, si procederà con un'analisi della situazione sociosanitaria delle comunità straniere dell'area: il caso di Ponticelli, in particolare, consente di esplorare le condizioni di accesso alle cure degli stranieri comunitari, titolari di codice ENI. Come si diceva, infatti, la presenza straniera nell'area del napoletano è molto diversificata e comprende non solo stranieri extracomunitari, ma anche molti comunitari, tra cui alcuni membri delle comunità Rom, Sinti e Caminanti provenienti da paesi dell'Europa orientale.

Infine, si parlerà del lavoro dell'ambulatorio Emergency di Napoli, che ha scelto Ponticelli come sede. L'ambulatorio di Ponticelli ci darà l'opportunità di riflettere, ancora, sulle diverse

modalità di risposta del terzo settore alle esigenze di cura e ai bisogni del territorio. Queste necessità territoriali danno forma ai servizi e determinano la strutturazione stessa dell'organizzazione di Emergency. Come si avrà modo di comprendere, per rispondere alle esigenze del territorio, l'ambulatorio di Ponticelli si è sviluppato come un esperimento di casa della salute, un tentativo di approccio integrato alla cura che risponde a diverse assenze istituzionali e carenze strutturali.

L'analisi della periferia orientale di Napoli, dell'ambulatorio Emergency di Ponticelli e delle realtà attive del terzo settore, vuole costituirsi come un'ulteriore tessera del mosaico, un ulteriore puntino nel quadro dell'accesso alle cure per gli stranieri in Campania e delle sue criticità. In particolare, si menzioneranno dei casi studio relativi a minori stranieri, costretti a ricorrere ai servizi offerti dal terzo settore in quanto esclusi da altri servizi di cura e parte invisibile di un vuoto amministrativo, che si traduce in un immenso vuoto assistenziale a loro carico.

In sostanza, il caso studio di Ponticelli consente di indagare una questione ancor più paradossale dell'accesso alle cure per gli stranieri, alla luce sia della presenza di stranieri comunitari che, in quanto tali, dovrebbero godere di una maggiore tutela giuridica e copertura sanitaria, ma anche e soprattutto per quanto riguarda i minori stranieri. Si vedrà come i bambini, figli di genitori titolari di codice ENI, risultino paradossalmente ancor più marginalizzati ed esclusi dai servizi di cura, nonostante rientrino tra le categorie più tutelate, a cui è garantita l'iscrizione obbligatoria al SSN e il pediatra di libera. Infine, si cercherà di dar conto delle strategie di adattamento messe in campo per aggirare queste criticità territoriali: esempio di una forza solidale che viene dal basso, dal volontariato, dalla resistenza e dalla resilienza delle periferie e dei suoi abitanti.

### 3.1 Ponticelli: storia ed evoluzioni del quartiere rosso di Napoli

Nella storia della città di Ponticelli si possono trovare delle cesure epocali non troppo dissimili da quelle che hanno caratterizzato l'area del castellano. Una prima grande similitudine con Castel Volturno concerne l'identità prettamente agricola del luogo. Ponticelli era infatti il granaio del regno di Napoli, una città rurale sorta in un'area fertilissima, attraversata da uno dei Regi Lagni, come ancora oggi il castellano, e dal Sebeto, l'antico fiume che bagnava Neapolis, ridotto già dal Medioevo a un rigagnolo, e definitivamente sepolto dal cemento con le rapide trasformazioni urbane che hanno interessato la città di Napoli a partire dal ventunesimo secolo.

Anche quella di Ponticelli, dunque, è la storia di una popolazione rurale che si è andata lentamente perdendo nel corso della storia dell'urbanizzazione. Inizialmente, Ponticelli si costituiva di quattro casali agricoli gestiti da amministrazioni indipendenti: Terzio, il nucleo più antico della città, Porchiano, Ponticelli Maggiore e Minore. Bisognerà attendere il 1497 perché le amministrazioni dei quattro casali si uniscano, generando Ponticelli. Eppure, a quel tempo, sebbene unificata e ben più grande, continuava a mantenere la sua identità rurale. Si pensi che nel 1628, il poeta napoletano Domenico Basile tradurrà in napoletano "Il Pastor Fido" di Gian Battista Guarini, del 1590, ambientandola proprio nelle campagne di Porchiano, uno dei quattro antichi casali, perfetto sfondo ameno per il genere pastorale: casa di una popolazione umile di contadini, braccianti e artigiani.

Bisogna fare un lungo salto temporale per comprendere come questo passato campestre idilliaco si sia trasformato nella Ponticelli periferica che conosciamo oggi. Un primo tassello risale al periodo fascista, in particolare con l'istituzione straordinaria dell'Alto Commissariato per la provincia di Napoli nel 1925. Una misura che la professoressa Annamaria Amato definisce inedita e "speciale" nell'ambito del programma centralizzatore, anche rispetto ai provveditorati istituiti ad hoc alle opere pubbliche del Mezzogiorno e delle isole. In *L'Alto commissariato per la provincia di Napoli (1925-1936)*, citando Guido Melis, Amato scrive:

*"In un'ottica complessiva e di natura prettamente istituzionale, possiamo dire che l'Alto commissariato per la provincia di Napoli rientrava nel progetto fascista di «risolvere il secolare problema nazionale della incomunicabilità fra centro e periferia e di risolverlo dall'alto, integrando autoritariamente la società locale nelle politiche centrali dello Stato»[14]. Se, infatti, l'obiettivo politico-programmatico del fascismo era, come è noto,*

*teso alla centralizzazione dello Stato e alla gerarchizzazione di tutti i rapporti politici e quindi, implicitamente, alla subordinazione a sé di tutte le province[15], il progetto si scontrava con gli atavici localismi, che fecero sì che la centralizzazione operata dal regime non si esprimesse con una linea continua e omogenea su tutto il territorio nazionale, ma piuttosto, per dirla con Guido Melis, «procedette temporalmente a strappi»; e geograficamente «a macchia di leopardo»<sup>60</sup>.*

Dunque, per volontà del fascismo, e in maniera funzionale alla centralizzazione e subordinazione dei poteri politici, si persegue il progetto di una Grande Napoli, una Napoli che comprende in sé tutta la sua provincia. Da questo momento, Ponticelli cessa di essere comune autonomo, e con i quartieri di San Giovanni a Teduccio e Barra, andrà a costituire la VI Municipalità del comune di Napoli.

Storicamente abitato da operai e contadini, classi umili in maggioranza socialisti o comunisti, Ponticelli è comunemente noto come un quartiere rosso e antifascista che si distinse nella Resistenza, tanto da diventare uno dei luoghi da cui ebbero inizio le Quattro Giornate di Napoli. Il 26 settembre 1943, appresa la notizia dell'arresto di Mussolini, i partigiani si riversarono nelle strade con armi improvvisate, dando inizio ai famosi moti di insurrezione popolare con cui la città di Napoli si liberò dai tedeschi. Ponticelli fu teatro di scontri efferati; nella strage di via Ottaviano, ad esempio, il 29 settembre, in una rappresaglia nazista persero la vita più di trenta persone, tra cui cinque minori tra i dodici e i sedici anni<sup>61</sup>.

Primo tassello in questa grande storia di periferizzazione di Ponticelli si può dunque individuare nel passato fascista. Ma lo snodo cruciale che determinerà l'assetto urbano contemporaneo va ricercato negli anni del boom edilizio, a partire dagli anni '60 circa. In realtà, la trasformazione di Ponticelli in periferia cittadina comincia già con la ricostruzione del dopoguerra, ma fino agli anni '60, comuni come Ponticelli e Secondigliano continuavano ad essere aree ad uso agricolo, principalmente destinate a ospitare masserie e agglomerati rurali di grande importanza storica, tra cui i cosiddetti casali regi di epoca angioina. Nel ventennio 1960-1980, i grandi cambiamenti innestati dalla ripresa del dopoguerra cambieranno il volto cittadino generando una crescita esponenziale: dal boom edilizio,

---

<sup>60</sup> G. Melis, *La macchina imperfetta. Immagine e realtà dello Stato fascista*, Bologna, Il Mulino, 2018, p. 226, in A. Amato, *L'Alto commissariato per la provincia di Napoli (1925-1936)*, Il Mulino – Rivisteweb, 2023

<sup>61</sup> <https://www.straginazifasciste.it/wp-content/uploads/schede/via%20Ottaviano%20Ponticelli%20Napoli%2029-9-1943.pdf>

Ponticelli perderà definitivamente i suoi antichi corsi d'acqua- il Sebeto e Regi Lagni- e con loro, anche quella connotazione rurale che aveva avuto sin dalla nascita.

Nel saggio *Ruolo e esiti della Legge 167 a Napoli: la storia di un lotto urbano a Secondigliano*, Aurora Maria Riviezzo dà conto della densità e complessità della stagione politica con cui ci confrontiamo, scrivendo:

*“Le vicende legate alla storia urbana di Napoli sono generalmente raccontate riferendosi a un contesto ad alta problematicità, un caso anomalo per una serie di sistemi ‘interni’ o culturali, o un fenomeno casuale di meccanismi di rendita fondiaria. È quindi spesso tralasciato il ruolo che la città ha tentato di rivestire come luogo di sperimentazione del modo di pianificare, progettare e realizzare edilizia pubblica in Italia. Ripercorrere la storia urbanistica napoletana significa innanzitutto analizzare il centro della ‘questione meridionale’, riflettere sul ruolo o sul disfunzionamento dell’attività della Cassa del Mezzogiorno (1950- 84), sull’esperienza del Piano delle Periferie (1980), sull’impegno statale per il Piano Straordinario di Edilizia Residenziale (legge n. 219/1981) a seguito del terremoto dell’Irpinia. Significa quindi studiare una densa stagione della politica italiana su cui si ritorna ciclicamente a riflettere per diversi fattori, per problematiche e con modalità sempre molto simili. Dagli anni del boom edilizio, Napoli è diventata una città fatta essenzialmente di case: il centro storico occupa un solo quinto della superficie urbana territoriale, ed è quasi totale l’assenza di rilevanti apparati industriali, terziari e direzionali. Se escludiamo l’area residenziale collinare rivolta alla middle-class, l’edilizia pubblica ne costituisce una parte tanto sostanziale da aver strutturato vere e proprie città per assetto geomorfologico, sociale e di densità abitativa, in tre periferie: una settentrionale che corrisponde a Secondigliano, una orientale a Ponticelli-Barra e una occidentale all’area tra Pianura, Soccavo e Agnano, tutte costruite a partire dall’INA-Casa e delineate nella loro struttura attuale con la riforma urbanistica avviata dalla legge 167”<sup>62</sup>.*

La famosa Legge del 18 aprile 1962, n.167, si proponeva di pianificare lo sviluppo edilizio attraverso i cosiddetti piani di zona, i quali destinavano specifiche aree del territorio all'edilizia residenziale economica o popolare, includendo anche i servizi complementari necessari. Per la prima volta, la normativa rese possibile l'espropriazione per pubblica utilità non solo per opere pubbliche, ma anche per requisire terreni destinati a tali scopi, prevedendo

---

<sup>62</sup>Riviezzo A., *Ruolo e esiti della Legge 167 a Napoli: la storia di un lotto urbano a Secondigliano*, In: *Storie di quartieri pubblici. Progetti e sperimentazioni per valorizzare l’abitare* STAMPA. - Milano : Mimesis, 2022. - ISBN 9788857585307. - pp. 88-97

un'indennità di esproprio inferiore al valore di mercato. L'obiettivo era permettere ai comuni e ai costruttori di edilizia popolare di acquisire aree in zone centrali, a un costo relativamente contenuto, e di dotarle dei necessari servizi sociali previsti dal piano di zona.

La stagione del boom edilizio di Ponticelli trovò il suo massimo esponente nel sindaco Achille Lauro, che sfrutterà al massimo le risorse disponibili per la creazione di nuovi alloggi. Questa fase di sviluppo urbano poggia essenzialmente sul programma di edilizia pubblica INA-casa, istituito in Italia con la legge Fanfani per affrontare la grave carenza abitativa del dopoguerra. Finanziato con contributi statali, l'obiettivo del piano era costruire abitazioni per i lavoratori a reddito medio-basso. Durante i suoi 14 anni di attività, dal 1949 al 1963, il programma ha realizzato circa 350.000 alloggi, contribuendo allo sviluppo urbano di molte città italiane.

La costruzione di questi immensi complessi di edilizia residenziale popolare comporterà sia lo sviluppo delle infrastrutture di base, come strade e servizi essenziali, sia un aumento esponenziale del quartiere, in termini di estensione territoriale, che perdurerà fino agli anni '80 circa. Questi sviluppi sono andati di pari passo con la rapida crescita demografica della città, che soprattutto a partire dagli anni '80, con il terremoto dell'Irpinia, ospiterà famiglie a basso reddito e sfollati da varie zone di Napoli.

Come si è visto per Castel Volturno, gli eventi sismici che hanno interessato la Campania in quegli anni rappresentano un'importante cesura epocale, un momento di traumatica rottura con il passato in tutti i diversi luoghi in cui si sono manifestati gli esiti drammatici di quelle esperienze. Il terremoto dell'Irpinia e l'intensificarsi dei fenomeni di bradisismo, oltre ad aver prodotto un trauma perdurante nella coscienza collettiva, hanno messo drammaticamente in evidenza la vulnerabilità di molti contesti sociali e abitativi, in una regione già consapevolmente fragile. Primo tra tutti, il trauma dei quasi 300.000 sfollati che la regione Campania si è trovata a dover gestire; il trauma dello sradicamento e della perdita di identità territoriale e sociale, che ha inevitabilmente segnato un punto di svolta nelle storie e negli sviluppi di quegli stessi luoghi, tanto da divenire comunemente annoverato tra gli innesti di quel processo di deterioramento che ha coinvolto molte città campane.

Tra queste, anche Ponticelli: un quartiere dove il trauma degli sfollati ha generato ferite aperte ancora oggi. E anche a Ponticelli, come a Castel Volturno, queste ferite si manifestano in conseguenze visibili, che hanno profondamente alterato il panorama urbano. Si vedono, ad esempio, in quello che rimane del parco Evangelico e del campo Bipiani, i complessi

realizzati per rispondere all'emergenza abitativa di quegli anni, diventati l'emblema di una condizione di abbandono che perdura da ormai quarant'anni.

L'area del parco Evangelico in viale delle Metamorfosi fu donata al comune dalla Federazione delle Chiese Evangeliche nel 1983. Le abitazioni risultano in stato d'abbandono, molte case hanno ancora il tetto in amianto, e le condizioni di vivibilità restano precarie ancora oggi. Nel lontano 2019, alcune famiglie sono state trasferite negli alloggi comunali di via Odessa, ma il parco non si è completamente svuotato. Anzi, è stato occupato da nuovi abitanti e nuovi nuclei familiari per cui non è ancora stata trovata una soluzione abitativa.

Ancor più drammatica la condizione del campo Bipiani di via Isidoro Fuortes, alle spalle di via De Meies. Solo una parte degli edifici contenenti amianto fu abbattuta nei primi anni Duemila. Gli altri 104 alloggi non solo restano occupati da famiglie che non avrebbero altro posto in cui vivere, ma non hanno mai conosciuto adeguati interventi di manutenzione ordinaria o straordinaria. Nel novembre del 2020, la giunta del Comune di Napoli aveva approvato il definitivo smantellamento degli edifici rimanenti, senza tuttavia trovare una soluzione per gli attuali residenti. Secondo Monica Buonanno, assessore al Lavoro, al Diritto all'abitare e allo Sviluppo della città, la ricollocazione dei residenti si scontra innanzitutto con la difficoltà di censimento: si stimava, al 2020, una presenza di circa 94 nuclei familiari, pari a 318 persone di cui 66 minori, costituita principalmente da stranieri<sup>63</sup>.

Le famiglie straniere cominciano ad occupare le case di amianto dei Bipiani sin dal finire degli anni '80, quando parte degli sfollati napoletani del terremoto aveva lasciato quegli alloggi di emergenza, generando una vasta disponibilità di case vuote. Ben presto, gli alloggi dei Bipiani si ripopolano. I primi nuovi abitanti- essenzialmente albanesi provenienti dal campo profughi di Capua, e migranti subsahariani, dalla Costa d'Avorio- si mobilitano per riqualificare gli edifici come meglio possono.

L'evento che consentirà una presenza straniera sempre più stanziale in quest'area, va contestualizzato in una politica locale che non manca di contraddizioni e che, per decenni, ha alternato pratiche di tolleranza a retoriche criminalizzanti e tentativi di sgombero. Nel 1996, il consiglio di circoscrizione di Ponticelli, su proposta del presidente Vincenzo De Cicco, approvò una delibera che consentiva agli abitanti dei Bipiani di registrare il loro

---

<sup>63</sup> A. Bottone, Ponticelli e il terremoto: 40 anni dopo restano il parco Evangelico e i bipiani, Il mattino, 2020 [https://www.ilmattino.it/napoli/cronaca/napoli\\_ponticelli\\_terremoto-5603052.html](https://www.ilmattino.it/napoli/cronaca/napoli_ponticelli_terremoto-5603052.html)



indirizzo di residenza presso gli uffici dell'anagrafe comunale. Fino ad allora, tale possibilità non era prevista, poiché quegli alloggi erano stati occupati in modo informale. Per comprendere l'immensa contraddizione, basti pensare che solo l'anno successivo, nel 1997, verrà approvato il primo piano per l'abbattimento e la bonifica dell'area<sup>64</sup>.

Dunque, da decenni, i residenti di questi immensi complessi cercano di resistere alle altalenanti decisioni comunali sul loro futuro, senza che queste abbiano mai predisposto reali piani di ricollocamento in altre città. Alcune soluzioni abitative sono state proposte: un esempio concerne la richiesta di utilizzare, per lo smistamento di parte delle famiglie dei Bipiani, alcuni immobili situati nel quartiere di Barra. Un'ipotesi che avrebbe potuto tradursi a tutti gli effetti nell'innesto di una guerra tra poveri, dal momento che quegli stessi complessi erano stati oggetto di un protocollo d'intesa con la prefettura per la ricollocazione abitativa delle persone di etnia Rom. Intanto, il destino dei residenti dei Bipiani resta incerto: il progetto che prevede la costruzione di un quartiere di edilizia mista (pubblica e privata), che avrebbe dovuto concludersi nel 2026, resta ancora un miraggio lontano; anzi, l'ufficio tecnico comunale ha già rimandato di un anno, sino a dicembre 2024, la data che fissava la realizzazione del cinquanta per cento dei lavori.

Questo approccio inefficace si inserisce in una più ampia metodologia sistemica adottata dalle autorità locali e regionali, caratterizzata da proposte di intervento che spesso rimangono incompiute, se non addirittura mai avviate, che avrebbero voluto trovare nuove soluzioni alla complessa questione dell'emergenza abitativa in Campania. In ultima istanza, né la condizione delle famiglie residenti al parco Evangelico e al Campo Bipiani, né tantomeno le gravi problematiche abitative delle comunità Rom, sono state oggetto di interventi concreti che abbiano migliorato anche parzialmente le condizioni di vita di tali famiglie.

---

<sup>64</sup> E. Esposito, Vivere nei Bipiani di Ponticelli. La strada verso le nuove case è ancora lunga, Napoli Monitor, 2024  
<https://napolimonitor.it/vivere-nei-bipiani-di-ponticelli-la-strada-verso-le-nuove-case-e-ancora-lunga/>

### 3.1.2 La Napoli dei campi rom: marginalizzazione abitativa ed esclusione sociale

La questione dei Rom è particolarmente gravosa per una città, come quella di Napoli, estremamente arretrata rispetto al quadro nazionale in riferimento al superamento del sistema dei campi rom. Già nel 2000, il Centro europeo per i diritti dei rom aveva definito l'Italia “il paese dei campi”, a designare quella tendenza nazionale alla costruzione di campi segregati, che comincia a partire dagli anni '80 come temporanea soluzione al crescente numero di rom in fuga dalla crisi dei Balcani<sup>65</sup>. Nella Strategia nazionale per l'inclusione delle comunità rom, sinti e camminanti, adottata nel 2012, l'Italia recepisce gli obiettivi fissati dalla Commissione Europea nel *Quadro dell'UE per le strategie nazionali di integrazione dei Rom fino al 2020*. Tra gli obiettivi, l'Italia si impegna a porre fine alla segregazione mono-etnica dei rom. Tuttavia, secondo la mappatura fornita dall'associazione 21 Luglio, in Italia si registrano 48 insediamenti abitati da 8001 rom; 67 insediamenti abitati da 4780 sinti; 3 insediamenti abitati in forma mista da 207 rom e sinti, per un totale di 118 insediamenti abitati da 12.988 persone<sup>66</sup>.

In tutta la periferia di Napoli, si registrano 12 campi. In particolare, il comune di Napoli gestisce due campi “formali”; tre, considerando l'esperimento del centro Grazia Deledda, inaugurato nel 2015 a Soccavo. Il centro Deledda nasce all'interno di una vecchia scuola, che accoglieva rom già dal 2003. Tuttavia, ad oggi, non essendo stata accompagnata da interventi di manutenzione continuativi, la ristrutturazione del 2015 risulta vana, e circa 150 persone sono ospitate in quelle che un tempo erano aule di scuola, con servizi di cucina e bagni in comune.

In merito agli altri due campi comunali, uno è quello in via del Riposo, costruito nel 2017 dopo lo sgombero forzato e improvviso di quello di Gianturco, che ospitava dalle 850 alle 1300 persone. Amnesty International ha denunciato come l'ordine di sfratto sia stato emesso dal Tribunale di Napoli senza nessuna consultazione effettiva con i residenti, senza l'apertura di un tavolo di trattative per valutare opzioni alternative allo sgombero, e proponendo soluzioni allocative incapaci di garantire un alloggio alternativo, anche sulla base della stima più bassa di 850 persone, fornita dalle autorità. L'altro campo è il Villaggio della solidarietà, situato alle spalle del carcere di Secondigliano, e nato in seguito all'incendio di un altro campo negli anni 2000, che aveva comportato la perdita della casa per decine di persone. I

---

<sup>65</sup> <https://www.errc.org/reports-and-submissions/il-paese-dei-campi>

<sup>66</sup> <https://www.ilpaeseideicampi.it/mappa/>

cosiddetti campi formali si trovano in prossimità di quelli informali, caratterizzati da una carenza di servizi ancor più drammatica: mancano elettricità e fognature, e il problema dello smaltimento illegale di rifiuti complica profondamente le condizioni di vita, innestando spesso situazioni di pericolo per la salute, soprattutto a causa dei diversi roghi tossici sempre più frequenti.

Anche nella storia di Ponticelli, la discriminazione sociale e abitativa delle comunità rom ha raggiunto epiloghi cupi ed efferati. Miguel Mellino, nel saggio *De-provincializzare l'Italia: note su colonialità, razza e razzializzazione nel contesto italiano*, riflette sulla *forclusion* del razzismo in Italia, contestualizzandola nel grande processo di revisionismo storico che ha dato forma alla percezione della storia nazionale moderna. Il concetto di *foreclusion*, di origine lacaniana, è interpretato alla luce della lettura postcoloniale proposta da Gayatri Spivak<sup>67</sup>: non si tratta semplicemente di una forma di repressione, quanto piuttosto di un meccanismo di difesa per cui la formazione identitaria espelle dalla sua catena di significazione proprio quel significante traumatico, sul quale viene a fondarsi la sua identità e la sua coerenza. De-provincializzare l'Italia, ovvero dislocare la sua storia moderna collocandola nel contesto globale del moderno capitalismo coloniale, è una modalità attraverso cui mettere in luce la colonialità delle diverse configurazioni nazionali del potere. Secondo Mellino:

*“Non è possibile quindi comprendere il razzismo contemporaneo in Italia verso i migranti - la razzializzazione dei processi migratori internazionali all'interno dello stesso spazio nazionale - senza prendere in considerazione la costruzione politica, culturale ed economica dei suoi principali predecessori: il meridionale e l'Altro-coloniale (durante l'unificazione e il fascismo), l'ebreo (nell'ultima fase del periodo fascista) e il lavoratore migrante meridionale (nel dopoguerra)<sup>68</sup>”.*

A sostegno di questa riflessione, Mellino istituisce una comparazione particolarmente interessante ai fini di questa tesi, mettendo in comunicazione due eventi tragici della storia dei migranti in Italia, avvenuti proprio a Castel Volturno e a Ponticelli nello stesso anno. Questa connessione è funzionale a dimostrare le modalità attraverso cui, soprattutto in Italia, anche comportamenti chiaramente, efferatamente razzisti, come quelli citati, vengono

---

<sup>67</sup> G. Spivak, *Critica della ragione postcoloniale*, trad. it., Roma: Meltemi, 2004

<sup>68</sup> P27

facilmente ricondotti alla logica di altri fenomeni sociali, quasi alla stregua dell'espressione di una naturale xenofobia, spesso faticando a etichettarli esplicitamente come razzisti.

Si tratta degli eventi del 2008: mentre a Castel Volturno, la strage di San Gennaro scuoteva finalmente le coscienze, risultando in una delle più grandi insurrezioni migranti della storia campana, a Ponticelli, storico quartiere rosso, una popolazione ormai socialmente e culturalmente emarginata raggiungeva il culmine dell'intolleranza verso la presenza dei rom in città, scegliendo di cacciarli nella maniera più violenta: dando alle fiamme le misere baracche dei loro campi, senza pietà nemmeno per anziani e bambini.

Secondo Antonio Borrelli, il caso limite degli incendi appiccati ai campi rom di Ponticelli non è testimonianza esclusiva della realtà delle periferie:

*“I roghi di Ponticelli hanno reso visibile qualcosa che riguardava tutta Napoli. Non si spiegano solo con il degrado dell’immensa area ex industriale a oriente della città. Non testimoniano di un corpo estraneo e non sono esorcizzabili con lo stesso tipo di indifferenza riservato all’«altrove» lontano, come nel caso delle banlieues parigine in fiamme nell’autunno del 2005, la cui situazione si lascia interpretare più per opposizione che per continuità con la realtà urbana di Parigi. I roghi di Ponticelli sono «il punto più basso» della deriva di una città e della sua gente, il segno più vistoso e incontestabile del suo impazzimento[2]. Le «immagini di persone inermi cacciate via col fuoco e col terrore, cui sono stati rubati i resti dei resti di povere cose fumanti»[3], chiamano in causa la totalità delle relazioni possibili, interne ed esterne alla comunità di Ponticelli e di Napoli<sup>69</sup>”.*

Questa digressione mira a contestualizzare eventi territoriali specificamente periferici in una discussione più ampia in merito alle questioni di razzismo e colonialità, funzionali a comprendere come i fenomeni contemporanei siano radicati in processi storici e culturali di lunga data e difficilmente comprensibili, soprattutto quando si tratti di traumatiche fratture della coscienza collettiva, quali gli eventi discriminatori di Ponticelli e Castel Volturno hanno certamente rappresentato.

Il sentimento di intolleranza sempre maggiore che ha investito le comunità rom, sinti e camminanti, è andato di pari passo con una crescente marginalizzazione istituzionale di queste comunità, risultante in politiche pubbliche che tendono a escludere i rom dalle strategie abitative e sanitarie nazionali, aggravando la loro vulnerabilità. Un esempio

---

<sup>69</sup> A. Borrelli (2012-12-31T22:58:59.000). I roghi di Ponticelli (Uomini e mondi) (Italian Edition) . Liguori Editore. Edizione del Kindle.

evidente di questa dinamica è rappresentato dalle politiche abitative in Italia, che hanno spesso relegato i rom in campi nomadi privi di servizi igienici adeguati, elettricità o acqua potabile. Nel 2008, il governo italiano ha dichiarato lo "Stato di emergenza nomadi", portando all'identificazione e schedatura dei rom e all'installazione di campi autorizzati, spesso situati in condizioni precarie. Questa politica ha impedito ai rom di accedere a soluzioni abitative stabili e integrate<sup>70</sup>.

A seguito di tale decreto, sulla base di tre Ordinanze Presidenziali emanate il 30 maggio 2008, i Prefetti di Napoli, Roma e Milano furono nominati Commissari Straordinari per l'Emergenza Nomadi, ritenendo che "la situazione non è fronteggiabile con gli strumenti previsti dalla normativa ordinaria"<sup>71</sup>. Lo Stato di emergenza ha conferito maggiori poteri d'intervento ai prefetti, permettendo loro di applicare nuovi regolamenti restrittivi, effettuare allontanamenti e disporre la chiusura di alcuni campi regolari, oltre a intensificare gli sgomberi dei campi irregolari, come avvenuto a Milano, dove si sono registrati più di 500 sgomberi in 4 anni. Tra queste misure vi è stato un censimento su base etnica, durante il quale sono state prese le impronte digitali anche ai minori. Per queste ragioni, e considerando sia l'inconsistenza dell'allarme sociale (non supportato da un'analisi dell'effettiva incidenza di situazioni di pericolo per l'ordine pubblico sul territorio) sia la mancata dimostrazione del ricorso effettivo alla normativa ordinaria per affrontare la situazione dei rom, il Consiglio di Stato ha dichiarato illegittimo lo stato di emergenza nel 2011, accogliendo il ricorso presentato da famiglie rom e dall'ERRC (European Roma Rights Centre)<sup>72</sup>.

Le discriminazioni sociali e abitative che colpiscono le comunità rom in Italia, come nel caso emblematico di Ponticelli, hanno effetti devastanti non solo in termini di esclusione e violenza, ma anche sullo stato di salute e sulle possibilità di integrazione di queste comunità. Le condizioni abitative precarie, caratterizzate da insediamenti sovraffollati e privi di servizi essenziali come acqua potabile, elettricità e servizi igienici adeguati, compromettono direttamente la salute fisica dei rom, esponendoli a un rischio maggiore di malattie infettive,

---

<sup>70</sup>M.R. Lanza, *L'Italia da "l'emergenza nomadi" alla Strategia nazionale d'inclusione di Rom, Sinti e Caminanti (RSC)*

<https://unipd-centrodirittiumani.it/it/schede/LItalia-da-lemergenza-nomadi-alla-Strategia-nazionale-dinclusione-di-Rom-Sinti-e-Caminanti-RSC/376>

<sup>71</sup> DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 21 maggio 2008

*Dichiarazione dello stato di emergenza in relazione agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio delle regioni Campania, Lazio e Lombardia.*

[https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2008-05-26&atto.codiceRedazionale=08A03712&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2008-05-26&atto.codiceRedazionale=08A03712&elenco30giorni=false)

<sup>72</sup> Consiglio di Stato, Sentenza n. 06050/2011

problemi respiratori e altre patologie croniche. Questa marginalizzazione, inoltre, si ripercuote sulla salute mentale, poiché la costante minaccia di sgomberi violenti e la vita in condizioni di insicurezza generano alti livelli di stress, ansia e traumi, particolarmente gravi per i bambini e le donne, che sono tra i gruppi più vulnerabili. Un rapporto di Save the Children relativo alla provincia di Roma, da conto di tassi di natimortalità e mortalità infantile più elevati rispetto alla popolazione italiana, di una minore copertura vaccinale e di una maggiore incidenza di patologie come bronchiti, asma e diarrea<sup>73</sup>. In seguito, infatti, si darà conto delle condizioni di salute dei minori rom nell'area di Napoli attraverso la testimonianza di casi studio sia rilevati tramite interviste che per osservazione diretta.

Queste difficoltà abitative sono strettamente legate alle barriere che i rom incontrano nell'accesso ai servizi sanitari. L'assenza di documentazione adeguata, le barriere linguistiche e culturali e la lontananza geografica dai servizi attivi sul territorio rendono complesso l'accesso alle cure sanitarie. A peggiorare ulteriormente la situazione, la mancanza di programmi di educazione sanitaria mirati alle comunità rom, che compromette la prevenzione delle malattie e la consapevolezza sulle pratiche sanitarie di base. L'esclusione dalle politiche sanitarie nazionali e locali aggrava questi disagi, perpetuando un circolo vizioso di marginalizzazione e cattiva salute<sup>74</sup>. Mentre in altre città europee sono stati sperimentati modelli di assistenza sanitaria integrata e comunitaria per migliorare la salute dei rom<sup>75</sup>, in Italia le politiche pubbliche tendono spesso a ignorare queste necessità.

Queste dinamiche non possono essere separate da una riflessione più ampia sull'intersezionalità tra discriminazione razziale, esclusione sociale e salute. Come suggerito da Mellino, la forclusione del razzismo nel discorso nazionale italiano maschera la discriminazione strutturale che incide direttamente sugli esiti di salute delle comunità marginalizzate. Considerare la xenofobia e il degrado urbano come questioni separate dal razzismo strutturale, che è radicato nelle strutture e nei sistemi sociali, politici ed economici, rischia di occultare le connessioni tra le barriere sistemiche che queste comunità affrontano.

---

<sup>73</sup> Save the Children, *Studio sulla salute materno infantile nelle comunità rom. Il caso di Roma*, 2008  
<https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/studio-sulla-salute-materno-infantile-nelle-comunita-rom-il-caso-di-0>

<sup>74</sup> A. Facchini, *A Napoli la vita dei rom è più complicata che altrove*, Internazionale, 08/04/2024  
<https://www.internazionale.it/reportage/alice-facchini/2024/04/08/campi-rom-napoli>

<sup>75</sup> Tra gli esempi più recenti si può citare l'esperimento londinese di Doctors of the World, UK (2023): l'articolo del British Medical Journal discute un progetto di un anno da parte di Doctors of the World per aumentare la registrazione ai medici generici tra i rom e altre comunità emarginate a Londra. L'iniziativa ha incluso cliniche mobili e valutazioni sanitarie della comunità per costruire fiducia e migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria

Questo approccio potrebbe impedire di riconoscere come tali problematiche contribuiscano all'esclusione sociale e alla marginalizzazione sanitaria. È quindi necessario un cambiamento radicale di prospettiva che non solo riconosca queste discriminazioni, ma che sviluppi politiche inclusive che integrino la comunità rom nelle decisioni riguardanti la loro salute e il loro benessere abitativo. Solo attraverso un approccio integrato che consideri la salute non solo come una questione medica ma anche sociale e politica, sarà possibile avanzare verso una società più giusta e inclusiva, in cui l'integrazione non sia un'illusione ma una realtà condivisa.

### 3.2 Emergency a Ponticelli: esperimento di casa della salute

L'ambulatorio Emergency di Napoli, inaugurato nel 2015, sorge alle spalle della villa comunale Eduardo De Filippo di Ponticelli, in un edificio messo a disposizione dal comune di Napoli e ristrutturato grazie ai fondi della Tavola Valdese e della campagna solidale di Emergency "La salute è un diritto di tutti", i cui fondi sono stati raccolti tramite SMS. In linea con la mission di Emergency, l'obiettivo dell'ambulatorio è garantire cure gratuite e di qualità ai pazienti, soprattutto migranti e persone in stato di difficoltà, contribuendo all'empowerment delle comunità locali attraverso mediazione e orientamento sociosanitario.

Varcando la porta di ingresso all'ambulatorio, si accede a una struttura ampia e strutturata, che si compone di:

- Una reception per l'accoglienza e accettazione dei pazienti
- Due uffici di mediazione
- Ufficio del referente coordinatore del progetto
- Quattro magazzini per materiale sanitario e non sanitario
- Uno spogliatoio e una sala da pranzo per lo staff
- Cinque ambulatori medici e infermieristici

Lo staff dell'ambulatorio, attivo dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00, è costituito da personale dipendente e volontario. Punto cardine dell'ambulatorio, come in generale per tutte le realtà assistenziali messe in campo da Emergency, è la complementarità dell'intervento dell'organizzazione con quello del SSN: l'azione è volta a integrare i servizi offerti dalla sanità pubblica, concentrandosi sui bisogni disattesi ed evitando di replicare servizi il cui funzionamento è già garantito da altre strutture e istituzioni. Le attività si possono riassumere in:

- Ambulatorio di Medicina generale: offre un servizio di medicina di base, prima diagnosi e orientamento agli assistiti che, per gli interventi diagnostici o curativi maggiori, sono indirizzati alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale o a strutture convenzionate.
- Ambulatorio Infermieristico: si occupa di medicazioni, somministrazione di terapie intramuscolari ed endovenose, monitoraggio dei parametri vitali, misurazione glicemia.
- Orientamento sociosanitario e sportello di ascolto psicologico: offre servizi di orientamento e accompagnamento dei pazienti nell'espletamento delle pratiche amministrative relative all'accesso al servizio sanitario nazionale e verso strutture pubbliche



o convenzionate per esami e visite specialistiche non erogabili presso l'ambulatorio, attraverso un servizio strutturato di mediazione sociosanitaria.

- Educazione sanitaria e formazione: il gruppo multidisciplinare interviene direttamente sul singolo con programmi di educazione sanitaria mediati sulla base delle esigenze individuali del paziente. Collabora per eventi di formazione e aggiornamento del personale operante nel settore amministrativo della sanità.
- Ambulatorio di Pediatria: Martedì e Giovedì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 15:00 alle 18:00- gestito da personale medico volontario.

Per raggiungere la massima fascia di popolazione, l'ambulatorio si è organizzato mettendo a disposizione un servizio navetta gratuito, che effettua varie fermate tre volte al giorno, a partire dalla stazione ferroviaria di Piazza Garibaldi, arrivando capillarmente a coprire quanto più possibile l'area orientale del napoletano. Il servizio navetta muove soprattutto dall'esigenza di raggiungere quelle comunità impossibilitate a raggiungere autonomamente la sede di Ponticelli, tra cui le comunità rom che negli anni si sono spostate altrove, soprattutto in seguito ai roghi del 2008.

Ulteriore punto di forza dell'ambulatorio è il continuo aggiornamento della tipologia di prestazioni erogabile. In particolare, l'ambulatorio di Ponticelli, da novembre 2023, ospita uno sportello dedicato al recentissimo progetto *Nessuno Escluso*, avviato da Emergency a Milano durante la pandemia. L'intervento è nato in una fase storica che ha messo in luce la forte vulnerabilità di persone non collegate a reti formali e informali. Delle oltre 6.000 richieste di aiuto alimentare ricevute a Milano nel 2020, oltre la metà provenivano da persone che non avevano mai chiesto un aiuto pubblico o privato. A riprova di ciò, oltre il 40% non aveva mai fatto una certificazione ISEE, e solo il 10% possedeva uno SPID.

Rossella Miccio, presidente di Emergency, dichiara che:

*“Secondo l'ISTAT, l'anno scorso 5,6 milioni di persone si sono trovate in una condizione di povertà assoluta. Nel caso dei beneficiari del progetto "Nessuno Escluso", il loro reddito è stato ridotto di più della metà nell'84% dei casi. Si tratta di famiglie numerose (il 59% è composta da 4 o più persone), anziani soli, giovani precari, lavoratori di settori gravemente penalizzati dalla crisi. Questo intervento va*

*oltre il nostro ambito sanitario per aiutare queste persone a far fronte ai propri bisogni in maniera dignitosa, diffondendo un messaggio di solidarietà<sup>76</sup>”*

Fondamentale per la riuscita del progetto è il lavoro delle tantissime persone, a titolo volontario e non, che si impegnano quotidianamente per l'individuazione dei beneficiari, per l'organizzazione degli aiuti e per la distribuzione capillare sul territorio. *Nessuno escluso* è un progetto che comprende tutte le varie sfere di prestazioni che rientrano nel sociale e sono indipendenti dall'ambito strettamente sanitario. In particolare, gli operatori sociali si occupano di:

- Supporto alimentare: si tratta del nucleo centrale del progetto *Nessuno Escluso*, che nasce proprio dall'organizzazione di pacchi alimentari per indigenti durante la pandemia.
- Lavoro: si accompagnano i pazienti nel processo di ricerca lavoro, selezionando offerte pertinenti, aiutandoli nella stesura del Curriculum, indirizzandoli verso corsi di formazione e aggiornamento e mediando per la risoluzione di problemi legati all'attuale lavoro.
- Casa: si favorisce l'accesso ai servizi abitativi pubblici o transitori, si ricercano soluzioni abitative alternative in caso di sfratto e morosità delle spese abitative.
- Situazione Amministrativa, che riguarda una serie disparata di ambiti applicativi: attestazione di soggiorno permanente, richiesta SPID e ISEE, supporto per l'ottenimento di documenti quali codice fiscale o dichiarazione di residenza, se possibile.
- Accesso a sussidi e prestazioni sociali: assegno unico, invalidità ecc
- Ambito sociale: concerne l'indirizzamento dei pazienti verso prestazioni sociali quali doposcuola, corsi di lingua italiana, servizi sociali, vestiario, dormitori/docce e accesso all'istruzione.

Secondo il Report di attività di Emergency più recente, con dati fino al dicembre 2023<sup>77</sup>, il progetto *Nessuno Escluso* è attivo solo a Napoli e Milano, ed è condotto da uno staff composto da 12 dipendenti e oltre 250 volontari. Grazie a loro, da marzo 2020 a dicembre 2023:

- 34.475 persone sono state individuate come beneficiarie
- 182.783 pacchi alimentari e di igiene sono stati consegnati

---

<sup>76</sup> <https://www.emergency.it/blog/dai-progetti/nessuno-escluso-dopo-un-anno-continuiamo-a-sostenere-oltre-5000-famiglie-in-difficolta/>

<sup>77</sup> Emergency, Report di attività n.110, 2024

- 8.326 nuclei familiari hanno beneficiato degli aiuti e dei servizi offerti; di questi, il 49% vive in condizioni di vulnerabilità abitativa.

Sempre dal 2023, l'ambulatorio di Ponticelli si è ingrandito ospitando due medici di base dell'ASL, che si aggiungono ai due medici dipendenti di Emergency.

L'ambulatorio, dunque, si potrebbe pensare come un esperimento di casa della salute, ossia un modello di struttura sanitaria concepito per integrare servizi sanitari e assistenziali sulla base di un approccio multidisciplinare. La casa della salute promuove la collaborazione tra diverse professionalità (medici, infermieri, specialisti, assistenti sociali, mediatori, psicologi), per garantire una presa in carico globale della persona.

Questa tipologia di cura nasce per migliorare la qualità dei servizi, ridurre i tempi di attesa e decongestionare le strutture ospedaliere. L'approccio capillare e la metodologia di prossimità sul territorio che offre il terzo settore, soprattutto nelle periferie marginalizzate e in cui i servizi sono pressoché assenti, garantisce un'importante riduzione delle disuguaglianze nell'accesso alle cure, ma anche e soprattutto esiti migliori e percorsi di cura più efficienti: la concentrazione di risorse e competenze differenti in un unico luogo favorisce la continuità delle cure, fondamentale per migliorare a lungo termine lo stato di salute e il benessere generale degli individui.

In conclusione, l'ambulatorio Emergency di Ponticelli, come vedremo, ci consente di prendere atto delle difficoltà generalizzate dell'accesso alle cure per gli stranieri, soprattutto per alcune categorie particolarmente vulnerabili, quali i minori stranieri e i pazienti ENI. Inoltre, l'analisi dei servizi offerti permette di mostrare come il carattere sussidiario dei servizi di cura offerti dal terzo settore sia spesso messo a dura prova da una forte carenza e/o inaccessibilità di servizi che fa dell'ambulatorio di Emergency l'unica opzione per alcuni, più che un supporto istituzionale complementare.

### 3.3 La tutela dei minori stranieri in Europa e in Italia

A partire dagli anni '90 circa, il fenomeno della migrazione di minori in Italia e in Europa ha assunto proporzioni sempre più rilevanti, rivelandosi negli ultimi due decenni in tutta la sua complessità. Secondo i dati Unicef, la migrazione infantile pone sfide sempre più annose alle istituzioni europee e nazionali, dati i numeri in costante aumento, in linea con l'andamento generale dei flussi. Si stima che, a fronte dei 270.100 arrivi in Europa del 2023, ben 64.500 fossero minori, contro i 35.170 del 2022<sup>78</sup>.

Data l'immensa vulnerabilità del gruppo di riferimento, specie per quanto riguarda i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA), la questione ha suscitato particolare attenzione da parte dei legislatori europei e nazionali, che a fronte di numeri sempre crescenti, hanno cercato il difficile bilanciamento tra esigenze di sicurezza e misure di protezione e accoglienza agevolata per i minori.

Nel contesto della tutela dei diritti dei minori, diversi documenti giuridici sottolineano l'importanza della protezione dei loro diritti. Tra questi, la Convenzione del 1989 e la Carta dei diritti fondamentali dell'UE stabiliscono come principio guida l'interesse superiore del minore. Secondo l'articolo 3.1 della Convenzione di New York, tale principio deve ispirare tutte le decisioni riguardanti i minori, indipendentemente dal fatto che siano adottate da enti pubblici, privati, tribali, amministrativi o da istituzioni dedicate all'assistenza sociale. Allo stesso modo, l'articolo 24, paragrafo 2, della Carta di Nizza, attribuisce agli Stati dell'UE la responsabilità di garantire che "in tutti gli atti relativi ai minori, siano essi compiuti da autorità pubbliche o da istituzioni private, l'interesse superiore del minore sia considerato prioritario." Dal 1989, anno di adozione della Convenzione sui diritti del fanciullo, si è affermata l'idea di adottare una prospettiva che metta al centro le esigenze del bambino e che riconosca diritti e soggettività ai minori di 18 anni.

È su questa posizione che si sono definite le legislazioni in materia di migrazione infantile, sulla linea di una forte apertura inclusiva per i minori, che tuttavia si scontra con una governance migratoria generale sempre più esternalizzata, tesa a privilegiare la dimensione della sicurezza nazionale e della chiusura, generando un ampio divario su base anagrafica all'interno della popolazione migrante.

---

<sup>78</sup> <https://www.unicef.it/emergenze/rifugiati-migranti-europa/>

In Italia, secondo i dati forniti dal Ministero dell'Interno, al 30 agosto 2024, il numero di migranti sbarcati sulle nostre coste è pari a 41.530, di cui 5.044 minori, per un totale di oltre 28mila MSNA<sup>79</sup>.

Le modalità di accoglienza per la popolazione straniera infantile variano notevolmente rispetto alla gestione della popolazione adulta, essendo i minori migranti una categoria particolarmente fragile che necessita di strutture idonee ed esclusive, e di un programma di supporto capace di assicurare lo sviluppo psicofisico del bambino.

Anche il nuovo Patto sulla Migrazione e sull'Asilo, adottato dal Consiglio Europeo, dopo lunghe negoziazioni, il 14 maggio 2024, cerca di distinguere particolari elementi di garanzia per i minori nel tentativo di uniformare le prassi dei singoli stati. Già dal 2020, l'UNHCR aveva sollecitato l'Unione a garantire l'attuazione di standard comuni di protezione per i minori, tra cui l'identificazione precoce e la registrazione biomedica, la fornitura di disposizioni di cura sicure e appropriate all'età, la nomina di un tutore senza indulgi, un metodo comune per l'accertamento dell'età e il divieto di detenzione dei minori per motivi legati all'immigrazione<sup>80</sup>.

Tuttavia, passando dalla prassi alla realtà, molti degli ostacoli all'applicazione di tali meccanismi di protezione non sono stati pienamente superati dalle disposizioni del nuovo Patto, a partire dalla difficoltà di uniformare le metodologie riguardo alle procedure di accertamento dell'età<sup>81</sup>, finanche al divieto di detenzione di minori stranieri. Nel tentativo di velocizzare le procedure e, allo stesso tempo, rispettare gli obblighi internazionali in materia di asilo, il nuovo Patto concentra maggiormente l'attenzione delle istituzioni UE sulle procedure alle frontiere.

La nuova procedura di screening, ad esempio, cioè gli accertamenti in merito alla verifica dell'identità, ai controlli sanitari e ai controlli di sicurezza attraverso la registrazione nella banca dati Eurodac (volti a indirizzare l'interessato alla procedura pertinente di richiesta asilo o rimpatrio) prevederà una tempistica di risoluzione di cinque giorni con fermo del migrante. Di conseguenza, si autorizza la detenzione dei migranti, impossibilitati a entrare

---

<sup>79</sup> [https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2024-08/cruscotto\\_statistico\\_giornaliero\\_30-08-2024.pdf](https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2024-08/cruscotto_statistico_giornaliero_30-08-2024.pdf)

<sup>80</sup> UNHCR, Recommendations for the European Commission's Proposed Pact on Migration and Asylum, 2020.

<sup>81</sup> Ad oggi, non esiste un metodo disponibile che possa determinare con esattezza l'età di una persona, in ogni caso si deve applicare il principio del beneficio del dubbio e il riconoscimento della possibilità di errore. Proprio per le possibili implicazioni critiche nelle procedure effettuate alla frontiera, e con tempi così corti per espletarle, si teme che si ricorra ad un largo uso di modalità medico-legali a scapito di maggiore cura data dal procedimento multidisciplinare.

nel territorio nazionale, senza tuttavia esplicitare le garanzie procedurali a loro disposizione. Senza considerare che la velocità della procedura potrebbe portare a una trascuratezza nel valutare le condizioni specifiche di ogni singolo minore, o possibili errori nell'identificazione degli stessi.

Inoltre, il regolamento sulle procedure d'asilo, che sostituisce la direttiva sulle procedure d'asilo, introduce una procedura di frontiera, atta a valutare la fondatezza o l'inammissibilità di una eventuale richiesta d'asilo, obbligatoria in casi specifici: se il migrante è ritenuto dallo Stato UE un pericolo per la sicurezza nazionale o l'ordine pubblico, ha fornito informazioni false o ha omesso alle autorità alcune informazioni o se il richiedente ha una nazionalità di un Paese con un tasso di riconoscimento delle richieste asilo inferiore al 20%<sup>82</sup>. Il Patto prevedrebbe la garanzia che i MSNA non siano compresi nell'obbligo di trattenimento e che, solo in casi residuali, in cui pongano un rischio alla sicurezza dello Stato UE, si possa attuare la procedura accelerata alla frontiera. La distinzione operata è sfavorevole per la totalità dei minori, dal momento che tutela i minori stranieri non accompagnati stabilendo maggiori garanzie in ragione della loro condizione, ma apre alla possibilità di applicare la procedura accelerata alla frontiera ai minori accompagnati. Inoltre, anche il minore non accompagnato potrebbe, in realtà, rimanere bloccato alla frontiera UE, qualora rappresentasse un pericolo per la sicurezza nazionale e l'ordine pubblico al termine della fase di screening<sup>83</sup>.

Dunque, pur essendo frutto di un lungo processo di negoziazione su temi complessi e divisori nel panorama europeo, si comprende come anche il nuovo Patto abbia lasciato delle questioni aperte e di difficile risoluzione in merito alla tutela dei migranti, in generale, e dei minori, in particolare.

In questo quadro europeo, l'Italia costituirebbe, almeno a livello teorico, un esempio positivo e all'avanguardia: peculiarità europea, l'Italia presenta una legislazione nazionale particolarmente favorevole ai minori migranti. In particolare, la legge 47/17 ha istituito il permesso per minore età, che lo Stato italiano si impegna a garantire a tutti i minori, indipendentemente dall'eventuale richiesta di protezione internazionale; l'istituzione del permesso di soggiorno per minori è stata accompagnata da un sistema di accoglienza che gli garantisce alcuni diritti essenziali, quali istruzione, salute e rappresentanza legale.

---

<sup>82</sup> Tra le deroghe previste per alleggerire il carico degli stati in momenti di crisi, si prevede la possibilità di aumentare la soglia legata al tasso di riconoscimento della protezione internazionale di un paese dal 20 al 50%.

<sup>83</sup> Cespi, *Monitoraggio normativo: L'accoglienza dei MSNA in Europa ed Italia: quadro attuale e prospettico*, a cura di Marianna Lunardini, Osservatorio Nazionale sui Minori stranieri non accompagnati, 2024

Tuttavia, addentrandosi nei meandri di una materia complessa e in continua evoluzione, quale è la governance migratoria, si incontrano una molteplicità di pratiche ormai consolidate, dal momento che gli stati si muovono in maniera indipendente per definire la propria politica, all'interno di un quadro europeo che, come si è visto, lascia ampi margini di discrezionalità. È comune la tendenza, da parte degli stati membri, a estendere le esigenze di sicurezza della legislazione nazionale ai minori migranti, come confermato dalle numerose condanne della Corte di Strasburgo per sanzionare gravi violazioni dei diritti umani e dei diritti dei minori nelle modalità di accoglienza<sup>84</sup>.

L'Italia non è esente dalle condanne e dai richiami della corte, a dispetto della sua legislazione avanguardista. Il Decreto 133/2023 ha profondamente modificato l'acclamata Legge 47/17, rivelando problematiche strutturali del sistema di prima e seconda accoglienza. La legge 47/17, infatti, disponeva la creazione, all'interno del sistema di accoglienza e integrazione (SAI) di centri specificatamente dedicati ai minori, separati dagli adulti e maggiormente aperti ai loro bisogni. Da anni, le associazioni denunciano una cronica assenza di posti nella rete SAI, con riguardo soprattutto alla prima accoglienza. Così, le misure successive, tra cui la legge 176/23, attuazione del decreto 133/23, hanno disposto che in caso di indisponibilità della rete SAI, i minori di 14 anni possano essere temporaneamente collocati in centri temporanei istituiti dal prefetto; inoltre, in caso di crisi e sovraffollamento della rete SAI, si dispone l'inserimento di minori con più di 16 anni in una sezione dedicata nei centri per adulti (anche straordinari) e nei centri prefettizi temporanei, per un massimo di 90 giorni, prorogabili di altri 60.

L'Italia ha subito una condanna da parte della CEDU per avere accolto minori soli in centri di accoglienza per adulti, con la sentenza *Darboe and Camara v. Italy* del luglio 2022<sup>85</sup>. La Corte ha ribadito come le difficoltà di gestione dei flussi non esentano gli stati europei dagli obblighi derivanti dalla CEDU. Infatti, all'interno di queste misure sostitutive, progettate dallo Stato italiano per le situazioni di emergenza, non sono garantiti i servizi messi a disposizione nei centri dedicati, con il pericolo di privare il minore del suo diritto alle cure, all'educazione e a ricevere assistenza.

La giurisprudenza dell'Unione Europea e le prassi denunciate dalle organizzazioni per i diritti umani mettono in luce una disconnessione tra le norme e la loro effettiva applicazione,

---

<sup>84</sup> Cespi, op. cit.

<sup>85</sup> Echr, *Darboe and Camara v. Italy*, 5797/17.

con diversi casi di condanne per trattamenti disumani e degradanti subiti dai minori stranieri non accompagnati (MSNA). In particolare, nel contesto italiano, le recenti modifiche nell'ambito dell'accoglienza dei minori sembrano destare particolare preoccupazione, in quanto aprono alla possibile diffusione di una tendenza a sacrificare i diritti umani per privilegiare la dimensione securitaria e la gestione agevolata dei flussi.



### 3.4 Un pediatra per ogni bambino: la tutela sanitaria dei minori stranieri in Italia e i pediatri volontari di Emergency

Come si è visto, passando dalla norma alla prassi sono tanti i meccanismi di tutela legislativa che, a causa di un ampio margine di discrezionalità, lasciano diverse zone d'ombra per quanto riguarda la tutela dei diritti dei migranti. Inoltre, sembra delinearsi una paradossale dicotomia per cui, a una maggiore vulnerabilità, e di conseguenza tutela legale, non sempre si associa una maggiore protezione e un facilitato accesso ai diritti, tra cui quello alla cura.

È il caso, appunto, della popolazione minorile che, pur vedendosi riconosciuti molteplici sistemi agevolanti di protezione e inclusione, continua a sperimentare criticità e lacune nell'accesso ai diritti, come testimoniato dalle condanne della Corte europea, e dalla tendenza a ridurre o eliminare servizi di accoglienza essenziali prima garantiti ai minori, e alla popolazione straniera in generale.

La sanità, come si è visto nel primo capitolo, non è esente da questo processo di erosione delle sfere di diritto accessibili per gli stranieri. E anche i minori stranieri, a dispetto della vulnerabilità che distingue la categoria, sperimentano queste falle amministrative e burocratiche che rischiano di compromettere il loro sviluppo psicofisico e/o il loro processo di inclusione. Anche per quanto riguarda i servizi primari, vale a dire l'accesso alle cure di base, abbiamo dato conto di come il Decreto Cutro prima, tagliando i servizi di assistenza psicologica dai Centri di Accoglienza straordinaria (CAS), e il Decreto 133/23 poi, legittimando la possibilità di ospitare minori in centri non idonei alla loro età, rivelino a una serie di criticità del sistema di accoglienza italiano, che potrebbero amplificare l'invisibilità dei migranti ed esacerbare le disuguaglianze di salute.

In Italia, sulla scia del paradosso, le disuguaglianze di salute si amplificano per i bambini stranieri; e non solo la situazione è più o meno evidente, con esiti diversi, su tutto il territorio nazionale, ma l'accesso alle cure si contrae su base sociale e geografica soprattutto nel confronto tra nord e sud.

Secondo quanto emerge dal Congresso 2023 della Società Italiana di Pediatria (Sip), i dislivelli di salute che riguardano i bambini stranieri cominciano già prima della nascita, in ragione delle reiterate barriere linguistiche e sociali, oltre che delle diverse modalità culturali di vivere la maternità, che influenzano la gestione della gravidanza. I bambini stranieri hanno un rischio più che doppio di mortalità neonatale e infantile rispetto ai bambini italiani; il 12,5% delle madri straniere effettua il primo controllo ginecologico dopo l'undicesima

settimana, contro il 2,2% delle madri italiane. La percentuale di minori stranieri presi in carico dai servizi per maltrattamento è tre volte maggiore degli italiani. D'altronde, la marginalizzazione sociale delle famiglie prive di risorse o in condizioni di irregolarità apre facilmente la strada a contesti familiari conflittuali, con potenziali effetti gravissimi per la salute psichica dei minori e il loro diritto a vivere in un ambiente sano per il loro sviluppo<sup>86</sup>.

La piena tutela sanitaria per i minori stranieri deve necessariamente passare per una piena equiparazione tra bambini stranieri e italiani, cioè garantendo la possibilità di iscrizione a un pediatra di libera scelta che possa seguire il bambino nel suo percorso di crescita.

Come abbiamo visto nel primo capitolo, il diritto al pediatra per tutti i bambini è rimasto a lungo in sospeso a causa delle difficoltà relative alla mancata assegnazione di un codice fiscale e di un codice di esenzione per il minore. In sostanza, dal DPCM che istituisce i LEA nel 2017, si è data alle regioni la possibilità di organizzarsi autonomamente, senza però definire delle linee guida pratiche per risolvere queste problematiche. Se ne è ricavato un quadro estremamente frammentario, come fotografato dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni nel 2022<sup>87</sup>.

Le questioni relative al mancato accesso al pediatra per i bambini stranieri sembrerebbero essersi risolte con la Risoluzione.25 del 2022, che uniforma i procedimenti nazionali e permette l'allineamento tra dati del SSN e dell'Anagrafe Tributaria, consentendo direttamente alle ASL di attivare la procedura per il rilascio del codice Fiscale tramite l'Agenzia delle Entrate. Il Ministero della Salute aveva sollecitato le regioni a dare indicazioni alle proprie ASL. Tuttavia, ad oggi, non vi sono dati in merito all'effettiva attivazione della risoluzione né evidenze di uniformità a livello nazionale.

Si pensi al caso del Veneto, che ha recepito quanto stabilito dall'aggiornamento dei LEA del 2017 con una delibera regionale emanata nel non troppo lontano gennaio 2023. Peraltro, la regione Veneto era stata condannata dal Tribunale di Venezia nel 2020, proprio a seguito di un report di Emergency sulle attività del suo ambulatorio pediatrico, in cui si confermava un grave deficit assistenziale della regione e dell'ULSS 3. Le linee guida regionali, infatti, escludevano i minori stranieri irregolari dall'accesso ai servizi pediatrici, e la stessa ULSS 3, al tempo, dichiarò di non disporre di un servizio stabile di pediatria di base per i soggetti

---

<sup>86</sup> Op. cit. <https://sip.it/2023/10/27/bambini-stranieri-disuguali-tra-disuguali-dalla-nascita-alladolescenza-gli-indicatori-di-salute-mostrano-uno-svantaggio-rispetto-ai-loro-coetanei-italiani-un-focus-al-congresso-della-sip/>

<sup>87</sup> S.I.M.M, *Monitoraggio delle politiche locali per l'accesso alle cure della popolazione immigrata in Italia*, 2022

in questione. L'ordinanza del Tribunale, pur riconoscendo che le tessere STP ed ENI non consentano l'accesso all'intera gamma di prestazioni sanitarie previste per la generalità della popolazione minorile, chiarisce il carattere discriminatorio delle procedure in questione alla luce dei LEA e dell'interesse superiore del minore<sup>88</sup>.

L'esempio veneto contribuisce a comporre un quadro di carenze e disomogeneità nell'accesso alle cure per i minori per cui è evidente che il lavoro di sensibilizzazione e di advocacy portato avanti dalle organizzazioni competenti non può dirsi ancora terminato. Un ulteriore, e paradossale, criticità riguarda i minori comunitari titolari di codice ENI. Come si è visto, quando le regioni sono state chiamate a definire le metodologie operative per recepire i LEA del 2017, ognuna ha seguito un percorso autonomo più o meno virtuoso.

Il rapporto S.I.M.M. 2022<sup>89</sup> informa che la possibilità di iscrizione al SSN, nell'ottica dell'interesse superiore del minore, è stata estesa anche ai minori con codice ENI solo in Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Sicilia e Lombardia. Tra gli svantaggi che presenta il codice ENI rispetto al codice STP, con ingenti gap a danno degli stranieri comunitari di cui si è già dato conto, non è chiaro quante regioni, nelle proprie delibere regionali, abbiano esteso il richiamo esplicito ai minori ENI per garantire l'iscrizione obbligatoria al SSN e il pediatra.

---

<sup>88</sup> <https://www.asgi.it/famiglia-minori/bambini-pediatra-veneto-discriminazione/>

<sup>89</sup> S.I.M.M., Op.cit.

### 3.4.2 Casi, racconti e interviste dal campo

I minori ENI, dunque, restano in un limbo amministrativo preoccupante. Questa considerazione ci consente di comprendere una differenza sostanziale tra la metodologia sussidiaria dell'ambulatorio di Emergency a Castel Volturno e il lavoro di quello di Ponticelli. Data l'importante presenza di stranieri ENI nella periferia napoletana, i pediatri volontari dell'ambulatorio di Ponticelli sono spesso gli unici specialisti che questi minori hanno a disposizione.

Mariarosaria Andreotti, pediatra volontaria di Emergency da ottobre 2015, ha deciso di intraprendere questo percorso volontario dopo circa trent'anni di lavoro come pediatra di famiglia sul territorio di Ponticelli. In una nostra intervista, la dottoressa Andreotti dichiara che, secondo la sua esperienza, i molti bambini rom che frequentano l'ambulatorio sono frequentemente soggetti a infezioni cutanee, soprattutto la scabbia, e a carie dentali, dovuti alla frequente assenza di acqua corrente e alle scarse condizioni igieniche in cui vivono. Ci racconta di averne viste tante nei suoi nove anni di esperienza presso l'ambulatorio, e di essere rimasta particolarmente colpita dalla matura disillusione che mostrano molti di questi bambini. In particolare, ricorda un episodio riguardo una giovane mamma rom di circa venticinque anni, con già 4 bambine. Alla domanda della dottoressa "cosa vorresti fare da grande?", le bambine più piccole avevano fornito disparate fantasie lavorative; la bimba più grande, di circa undici anni, guardandola dritta negli occhi le disse "ma io poi mi sposo", priva di esitazioni, come se avesse il suo contesto di vita le avesse già inculcato, implicitamente o esplicitamente, che il matrimonio fosse il culmine naturale della sua vita, il traguardo che avrebbe dovuto raggiungere.

Una problematica che ci tiene a farci presente riguarda in particolare l'area neuropsichiatrica: la dottoressa Andreotti denuncia lunghi tempi d'attesa sia per avere accesso a una prima visita, sia per l'eventuale inserimento in percorsi di cura specializzati. Questo disagio accomuna sia bambini stranieri che italiani, ed è particolarmente allarmante in termini numerici. Molti casi, anche di lieve entità, richiedono un trattamento rapido e continuo, per evitare un peggioramento delle condizioni già precarie dei bambini stranieri. Inoltre, anche laddove si volesse ricorrere ad enti privati che si occupino di questi disturbi specifici, dal momento che le certificazioni attestanti il disturbo servono alla scuola per l'inserimento del minore in percorsi ridefiniti, i cosiddetti Bisogni Educativi Speciali (BES), attraverso il supporto del docente di sostegno, vi è necessità di un referto proveniente di una struttura pubblica.

Chiara Picciocchi, mediatrice di Emergency, ci racconta di Melis, una bambina rumena di undici anni, con codice ENI. La bambina è arrivata all'ambulatorio di Emergency in seguito a un incidente stradale. Dal momento che il codice ENI consente solo impegnative manuali e non digitali (le vecchie impegnative rosse), sono sorte complicazioni riguardo alla prenotazione dei pacchetti riabilitativi di fisioterapia. Il codice ENI prevede la prescrizione di radiografie e visite ortopediche, tuttavia, la prenotazione del percorso di riabilitazione è più complessa, perché non rientra tra le prestazioni previste per ricette manuali. In seguito alla radiografia e alla visita ortopedica, i genitori della bambina sono stati orientati per richiedere l'iscrizione del minore al SSN presso lo sportello di Piazza Nazionale 95, Distretto Sanitario 33 dell'ASL Napoli1. Quando il papà si è recato personalmente all'ASL, si è verificata una circostanza anomala, ossia la richiesta da parte degli operatori non solo del Codice Fiscale della figlia, ma anche di un contratto di lavoro. Il personale di Emergency, che ha preso in carico la situazione e inviato personalmente la richiesta di iscrizione per la bambina nel mese di febbraio, riferisce, a marzo 2024, di non aver ricevuto risposta dal distretto sanitario. In questo limbo amministrativo e nelle attese di una burocrazia non troppo lineare, resta una bambina undicenne che attende di poter cominciare un percorso di riabilitazione, con il rischio che lo scorrere del tempo comprometta la sua ripresa fisica e aggravi le sue condizioni.

Sono tanti i casi di minori che si sono trovati in situazioni simili a quella di Melis, cioè tutte quelle situazioni in cui, data l'immensa precarietà economica di buona parte della popolazione straniera, famiglie impossibilitate a ricorrere a dispendiosi servizi privati si trovino a muoversi in questa palude amministrativa dell'accesso alla sanità pubblica, i cui tempi d'uscita sono spesso imprevedibili. Chiara Picciocchi racconta il caso di un bambino comunitario preso in carico da Emergency, il quale, per problemi d'udito, necessitava di un apparecchio acustico. Orientati i genitori verso i servizi del territorio e il percorso di cura, ci si era trovati a un'ulteriore empassa: l'impossibilità della famiglia di coprire le spese per l'apparecchio, in quanto essendo equiparato a una protesi, non sono previste esenzioni e il costo deve essere sostenuto per intero. Inoltre, essendo comunitari, non hanno a disposizione il codice X01 valido per gli STP, per cui la famiglia ha dovuto pagare il ticket di compartecipazione alla spesa sanitaria per le visite del bambino. Per un periodo, dice Chiara, la Caritas di Pozzuoli offriva la possibilità di concorrere al 50% delle spese di protesi, in casi selezionati di famiglie indigenti. Per il bambino in questione, il personale di Emergency si è attivato attraverso una raccolta fondi solidale, assistendo la famiglia nelle spese.

## Conclusioni

Sebbene il lavoro di Emergency si fondi sul principio della sussidiarietà con le istituzioni locali, i casi di Castel Volturno e Ponticelli mettono in luce un elemento decisivo nella metodologia organizzativa dei servizi offerti. A Castel Volturno, la stretta cooperazione con le istituzioni locali ha consentito di interrompere l'intervento di Emergency, in quanto i servizi sanitari e di supporto forniti non erano più necessari grazie all'efficace integrazione e presa in carico da parte del sistema sanitario pubblico. Questo esempio dimostra come, in contesti dove esiste un dialogo e una sinergia positiva tra organizzazioni del terzo settore e istituzioni locali, sia possibile evitare duplicazioni di sforzi e massimizzare le risorse disponibili per rispondere alle esigenze della popolazione.

Al contrario, il caso di Ponticelli presenta una realtà differente, in cui la necessità dell'intervento di Emergency persiste non tanto per una mancanza di collaborazione con le istituzioni, ma a causa della complessità delle situazioni pratiche e amministrative con cui la popolazione si confronta quotidianamente. A differenza di Castel Volturno, dove l'emergenza è spesso legata a situazioni di estrema precarietà e vulnerabilità, a Ponticelli la difficoltà principale risiede nel navigare le intricate normative sanitarie e le restrizioni economiche che pesano sugli stranieri comunitari. Questi ultimi, pur avendo diritto all'assistenza sanitaria, si trovano a dover affrontare un sistema burocratico più complesso e, non disponendo di specifici codici di esenzione, sono spesso soggetti a spese sanitarie che complicano l'accesso alle cure.

A ciò si aggiunge il fatto che molte di queste famiglie, a causa delle loro condizioni socioeconomiche, non possono permettersi di rivolgersi al settore privato per ottenere assistenza sanitaria. In questo contesto, servizi specifici come quelli pediatrici offerti da Emergency rimangono cruciali per garantire che nessuno venga escluso dall'accesso alle cure di base. Pertanto, mentre in alcune aree l'intervento di Emergency può progressivamente ridursi grazie a un'efficace collaborazione con le istituzioni pubbliche, in altre realtà, come quella di Ponticelli, l'organizzazione continua a svolgere un lavoro fondamentale nel colmare le lacune esistenti e assicurare supporto a chi rischia di restare escluso dal sistema sanitario. Questo attesta una caratteristica strutturale del terzo settore, che si fonda sulla prossimità al territorio e sull'approccio metodologico di vicinanza e ricerca attiva. Ciò consente di adattare e ristrutturare la propria offerta di servizi in risposta alle esigenze specifiche delle diverse comunità, garantendo interventi mirati e flessibili là dove il bisogno è più urgente.

## Conclusioni

### Verso un concetto di salute comunitaria e integrata

Dipanare il filo intricato di situazioni e momenti che concorrono a definire il quadro dell'accesso alle cure per gli stranieri può sembrare, a un primo sguardo, una questione se non facile, quantomeno banale. Tuttavia, un primo confronto con la domanda "come si esercita il diritto alle cure?", rivela già una contraddizione di base, un vincolo intrinseco: cosa significa un assunto che presuppone determinate condizioni all'esercizio di un diritto inalienabile? Come e perché si configurano taluni limiti all'accesso alle cure per gli stranieri? Queste sono le domande di ricerca su cui si è fondato questo lavoro, mosso soprattutto dalla volontà di proporre un approccio multidimensionale al concetto di cura, con l'obiettivo di separarla dall'egemonizzante visione occidentale per elevarla a indicatore di benessere e inclusione sociale.

Ci si propone di considerare la cura come meccanismo capace di restituire dignità al corpo migrante, percepito talora come presenza invasiva, talora non percepito affatto, come invisibile presenza-assenza che, dalle retrovie di un'economia informale e deumanizzata, muove i fili dei macrosistemi socioeconomici che sostengono le nostre città. Restituire dignità a corpi che esistono solo come corpi che lavorano, corpi da sfruttare, corpi denigrati eppur più o meno consciamente necessari non solo al sostentamento delle nostre visioni del mondo, ma anche alla costruzione identitaria della società. Quell'opposto da noi, che ci consente di definirci in quanto tali.

Elevare il concetto di cura a presupposto di inclusione territoriale porta con sé una consapevolezza primaria che ha contribuito a strutturare questa ricerca: vale a dire, che non si può scindere l'analisi della condizione sanitaria degli stranieri in Italia da una considerazione più ampia rispetto alle condizioni di vita di tali popolazioni, alle strutture e ai vincoli strutturali che ne regolano la permanenza sul territorio nazionale. L'analisi del contesto è, dunque, fondamentale per comprendere più profondamente come, nel passaggio dalla norma alla realtà concreta, si creino delle zone d'ombra limitanti per le fasce di popolazione più marginalizzate.

Solo guardando nel profondo della realtà locale si possono cogliere quei fallimenti di un diritto sanitario che, se guardato dall'alto, appare estremamente inclusivo e avanguardista. Parafrasando il pittore Fernando Botero, si potrebbe dire che per poter essere compresi da tutti bisogna prediligere un'attitudine parrocchiale: ricercare l'universalità rimanendo

religiosamente ancorati alla propria realtà. È scendendo nei meandri di una realtà frammentata e incoerente, osservando i singoli puntini che compongono il quadro, che si possono osservare le falle di tali meccanismi di tutela giuridica. Proprio in questi spazi di discrezionalità, nelle mancanze di strutture e infrastrutture, in una scarsa integrazione territoriale e sbilanciata distribuzione di risorse, il sistema rivela i suoi limiti, riducendo sensibilmente la sua efficacia e l'universalità delle sue pretese.

Le considerazioni sviluppate in questa ricerca, unite all'analisi delle politiche sanitarie e migratorie, nel tentativo di considerare la cura come meccanismo di inclusione delle popolazioni straniere, hanno fatto emergere anche una prospettiva innovativa verso il concetto di cura, che ne fa uno strumento di lettura dei territori urbani. La città, infatti, rappresenta la prima frontiera dell'incontro tra migrazione e inclusione: è nella città che vengono concretamente implementate le politiche migratorie. La governance cittadina gioca un ruolo primario nella fornitura e organizzazione locale dei servizi di cura.

È a livello urbano che si sperimentano nuovi modelli di accoglienza e integrazione, spesso mediati dall'intervento del terzo settore, che, come abbiamo visto, è essenziale nell'assicurare percorsi di cura continuativi e accessibili alle fasce più vulnerabili della popolazione.

I dati raccolti presso gli ambulatori Emergency di Ponticelli e Castel Volturno forniscono un esempio tangibile di questa dinamica. A Castel Volturno, i dati più recenti, relativi all'anno 2023, riferiscono di circa 1.040 pazienti, 2.856 accessi e oltre 4.490 prestazioni. Di questi, 198 in totale sono i minorenni, e quasi il 20% del totale sono bambini tra zero e quattordici anni. Gli accessi riguardano in maggioranza persone di nazionalità nigeriana e ghanese, rispettivamente 54% e 25%.

Contestualizzare criticamente questi dati è essenziale: il numero di pazienti e accessi annuali all'ambulatorio potrebbe, a un primo sguardo, sembrare esiguo. Tuttavia, è fondamentale considerarli nel contesto delle recenti interruzioni di alcuni servizi cruciali, come l'ambulatorio medico e pediatrico. In questo quadro, migliaia di persone hanno avuto accesso esclusivamente ai servizi di mediazione culturale e allo sportello infermieristico. Ciò significa che queste persone, pur non potendo beneficiare di visite mediche complete, si sono comunque rivolte all'ambulatorio di Emergency, soprattutto per servizi di orientamento e supporto.



La rilevanza di questo dato non va sottovalutata: in assenza di altre alternative, alcuni hanno cercato assistenza presso Emergency non solo per cure infermieristiche di base (ad esempio, iniezioni o misurazioni di parametri vitali), ma soprattutto per il servizio di mediazione, segno di un bisogno profondo di orientamento nel sistema sanitario e di ascolto. La figura di Florence Omorogieva, mediatrice culturale, si è rivelata cruciale nel facilitare l'accesso alle cure per le comunità più vulnerabili, dimostrando l'importanza di indirizzare e supportare chi si trova ai margini del sistema sanitario. Questa considerazione fa emergere criticità significative, dato che, senza la possibilità di ricorrere al terzo settore, le 72.713 persone, già vulnerabili, che si sono rivolte a Emergency a Castel Volturno dal 2015, avrebbero ben poche alternative di riferimento e, se lasciate sole, nella migliore delle ipotesi sarebbero rimaste impelagate nei cavilli di una burocrazia lenta e complessa.

Per quanto riguarda l'ambulatorio di Ponticelli, nel periodo 2023-2024, più di 1.814 pazienti si sono rivolti a Emergency, per un totale di 5.098 accessi e oltre 7.885 prestazioni richieste. Circa 150 i minorenni in totale, di cui 128 da zero a quattordici anni. Tali accessi concernono nazionalità molto più disparate: in maggioranza italiani, il 17% circa, 12% rumeni, a seguire Marocco, Ucraina, Nigeria, Bangladesh, Senegal e Georgia, con percentuali da 9 a 6%.

Rispetto alla situazione di Castel Volturno, il numero consistente di prestazioni erogate a Ponticelli, in rapporto al numero di pazienti, mette in evidenza l'efficacia di un approccio integrato alla cura. In questo modello, la fornitura dei servizi è centralizzata e facilitata, permettendo ai pazienti di seguire percorsi di salute continuativi e completi. A Ponticelli, infatti, i pazienti non solo sono tornati per ricevere ulteriori cure, ma hanno potuto contare su un accompagnamento costante da parte del personale in ogni singolo step del loro percorso terapeutico, il tutto all'interno di un'unica struttura. Ciò comporta una presa in carico complessiva del paziente, che si caratterizza sulla base di una sensibilità multiculturale, e si esplicita attraverso un approccio individuale alla risoluzione dei problemi, aggirando quella superficialità e negligenza che spesso si incontrano presso le strutture pubbliche, già sovraccariche e allo stremo in termini di risorse umane e finanziarie.

Questi dati riflettono non solo la fragilità delle infrastrutture sanitarie in alcuni territori, ma anche la capacità di resilienza che un forte terzo settore è in grado di garantire. Negli spazi problematici e contraddittori che abbiamo analizzato, nella marginalità di queste periferie cittadine e di questi sprazzi di litorale abbandonato, la possibilità di ricorrere a organizzazioni non governative strutturate e capillari è fondamentale per compensare

determinate carenze istituzionali, se non addirittura per sostituirsi a istituzioni assenti, in un territorio in cui è sempre stata la criminalità, capillare e presente, a sostituirsi alle istituzioni.

La città, dunque, si trasforma continuamente in risposta ai flussi migratori. Le società di accoglienza si trovano a fronteggiare processi di cambiamento, sia in termini di popolazione che di configurazione del territorio. Le comunità migranti contribuiscono alla creazione di nuovi microcosmi sociali che ridefiniscono la mappa urbana, spesso rafforzando la ghettizzazione delle periferie, ma al contempo stimolando la crescita di un terzo settore stabile e fondamentale.

In una nostra intervista, Mario Luise, autore di uno dei contributi ad oggi più completi sul Castel Volturno, *Dal Fiume al mare*, ed ex sindaco negli anni di cruciale cambiamento di volto della città<sup>90</sup>, si è soffermato a lungo sull'importanza di uno studio comprensivo e approfondito dei fenomeni territoriali, cruciale per comprendere come la migrazione cambi radicalmente la struttura delle città e delle periferie, e come la risposta locale possa determinare percorsi di inclusione o esclusione. Secondo lo stesso Luise, a dispetto dei futuristici interventi di riqualifica proposti dalle istituzioni nel corso degli anni, ad esempio il mastodontico progetto mai avviato del porto turistico di Castel Volturno, il destino di una città come quella del castellano non può che essere quello di abbracciare la sua multiculturalità, perché ad oggi, Castel Volturno è una città multiculturale che senza la sua popolazione straniera si svuoterebbe, perdendo i suoi abitanti, la sua manodopera e la sua principale fonte di riciclo economico.

La metodologia capillare del terzo settore, integrata e integrante al contempo, diventa uno strumento potente per promuovere un concetto di salute comunitaria che supera la visione individualistica della cura per abbracciare un'idea più ampia di benessere collettivo. Una modalità di lavoro che meglio si adatta a ricevere l'apporto di una prospettiva sanitaria intersezionale, che comprenda e prenda atto del fatto che il benessere di un individuo, e la sua condizione di salute, non possono essere scisse dai suoi rapporti sociali, dall'appartenenza e dal radicamento nel suo contesto, dalle condizioni economiche, ambientali e sociali del territorio locale e globale.

Dunque, la città emerge come una lente privilegiata per lo studio delle dinamiche migratorie e delle politiche di cura: i diversi approcci territoriali, da Ponticelli a Castel Volturno, ci

---

<sup>90</sup> M.Luise, *Dal fiume al marre*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2001

offrono una chiara dimostrazione di come l'inclusione sociale e la salute comunitaria possano essere raggiunte solo attraverso un'azione coordinata, capillare e sensibile alle specifiche esigenze dei territori.

In definitiva, con questa ricerca si spera di aver contribuito a indagare non solo le cause delle zone grigie nell'accesso alle cure per stranieri, ma anche le strategie di adattamento e risposta dispiegate dal basso per far fronte a tali barriere. Nel sostenere la città come scala alternativa di ricerca, ci si auspica di aver valorizzato un ambito di studi relativamente recente sia sulle migrazioni che sulla salute.

Sulla sanità, in particolare, si spera di aprire la strada a nuove ricerche che si focalizzino sull'inclusione a livello territoriale. L'augurio finale e conclusivo per questa tesi è che il modello di cura proposto dal basso e illustrato nell'esperimento degli ambulatori di Emergency possa essere d'esempio per sostenere una maggiore diffusione del cosiddetto *Comprehensive Primary Health Care (C-PHC)*: un modello che propone la trasformazione dei modelli assistenziali attuali in funzione sia di un approccio multidisciplinare e intersezionale, sia di un coinvolgimento attivo delle comunità, che metta al centro la persona, senza trascurare la sua dimensione sociale e il suo legame con le reti territoriali e la comunità stessa.

## Bibliografia

A. Sayad, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2002

Borrelli Antonio (2012-12-31T22:58:59.000). I roghi di Ponticelli (Uomini e mondi) (Italian Edition) . Liguori Editore. Edizione del Kindle.

CAMERA DEI DEPUTATI — DISEGNO DI LEGGE APPROVATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA il 23 gennaio 2024 (v. stampato Senato n. 615) PRESENTATO DAL MINISTRO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE (CALDEROLI) *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica il 24 gennaio 2024

Campi Rita, Bonati Maurizio, *Dal Molise, dalla Calabria e dalla Basilicata bambini in fuga verso il Nord per curarsi Disuguaglianze: migrazione sanitaria dal Sud al Nord per bambini e adolescenti*, Laboratorio per la Salute Materno Infantile in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, 2022

Cespi, *Monitoraggio normativo: L'accoglienza dei MSNA in Europa ed Italia: quadro attuale e prospettico*, a cura di Marianna Lunardini, Osservatorio Nazionale sui Minori stranieri non accompagnati, 2024

Chiurco Lucio, Rosano Aldo, *Dal migrante sano al migrante esausto: morbosità ed invecchiamento della popolazione di origine straniera*, INAPP, 2023

Consiglio di Stato, Sentenza n. 06050/2011

D'Ascenzo Fabiana, *Antimondi delle Migrazioni: L'Africa a Castel Volturno*, Lupetti Editori, 2014

Dines Nick “*Migration and cities.*” In: A. Triandafyllidou (ed.) *Routledge Handbook of Immigration and Refugee Studies (Second Edition)*, pp. 44-53, London: Routledge, 2023.

*Dossier Statistico Immigrazione 2023*, Centro di Studi e Ricerche IDOS in collaborazione con Centro di Studi Confronti, Istituto di Studi Politici “S. Pio V”

Dossier XIX Legislatura, *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, Senato della Repubblica, Camera dei deputati, 27 aprile 2024

Echr, Darboe and Camara v. Italy, 5797/17.

Emergency, a cura di Maria Izzo, *Dove l'erba trema: Vite invisibili nelle campagne d'Italia, Sul margine di primavera*, racconti da Castel Volturno con le illustrazioni di Gianluca Costantini

Emergency, Report di attività n.110, 2024

G. Melis, *La macchina imperfetta. Immagine e realtà dello Stato fascista*, Bologna, Il Mulino, 2018, p. 226, in A. Amato, *L'Alto commissariato per la provincia di Napoli (1925-1936)*, Il Mulino – Rivisteweb, 2023

Gambardella Miria, Fredi Silvia, *Per un nuovo immaginario di salute comunitaria. Il corpo come responsabilità collettiva e diffusa*, Gazzetta Annuale di Informazioni AlterNative, 2024

GIMBE: Evidence for Health, Report Osservatorio GIMBE: L'autonomia differenziata in sanità, 2024

Iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Regionale. Aggiornamento contributo ai sensi della Legge 213 del 30/12/2023, art. 1 commi 240, 241, Ministero della Salute- Emergenza Ucraina - proroga all'iscrizione al SSN ed esenzione dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa

Luise Mario, *Dal fiume al marre: un lungo viaggio tra gli spaesati di Castel Volturno*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2001

Monego Davide, *Il diritto alla salute dello straniero nell'ordinamento italiano*, in Serena Baldin, Moreno Zago (a cura di), "Europe of Migrations: Policies, Legal Issues and Experiences", Trieste, EUT Edizioni Università di Trieste, 2017, pp. 217-236

Nazzaro Sergio, *Castel Volturno, Reportage sulla mafia africana*, Einaudi, Torino, 2013

Neri Stefano, *Italia. La costruzione dei servizi sanitari regionali e la governance del sistema sanitario*, Rivista delle Politiche Sociali, Futura editrice, 2008

OIL, *Convenzione sui lavoratori migranti (riveduta) 1949*, traduzione italiana: G. Kojanec (dir.), *Convenzioni e raccomandazioni della Organizzazione internazionale del Lavoro 1919-1968* [a cura della SIOI], Padova, 1969

Pati Floriana Elisabetta, *Unsafe abortion: L'esperienza di Emergency a Castel Volturno con le donne nigeriane*, Master universitario in Medicina Tropicale e Salute Globale, Università degli

Studi di Firenze Università degli Studi di Brescia Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar (Verona), 2020

Rapporto di Valutazione: *Coalizioni Locali, Fenomeni Rilevanti e Politiche Pubbliche nel Territorio di Castel Volturno*, realizzato nell'ambito dell'iniziativa "Valutazione locale", promossa dal Sistema Nazionale di Valutazione della politica di coesione (SNV), coordinata dal Nucleo di valutazione e analisi per la programmazione (NUVAP) del Dipartimento per le Politiche di Coesione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2023

Rapporto S.I.M.M. e NAGA, *Attuale legislazione sanitaria italiana per gli immigrati irregolari e attuale fruibilità di tale legislazione a livello regionale*, 2019

Riviezzo Aurora, *Ruolo e esiti della Legge 167 a Napoli: la storia di un lotto urbano a Secondigliano*, In: *Storie di quartieri pubblici. Progetti e sperimentazioni per valorizzare l'abitare* STAMPA. - Milano : Mimesis, 2022. - ISBN 9788857585307. - pp. 88-97

S.I.M.M., *Monitoraggio delle politiche locali per l'accesso alle cure della popolazione immigrata in Italia*, 2022

Spivak Gayatri, *Critica della ragione postcoloniale*, trad. it., Roma: Meltemi, 2004

UNHCR, *Recommendations for the European Commission's Proposed Pact on Migration and Asylum*, 2020.

## Sitografia

ASGI, Bambini stranieri senza pediatra: Regione Veneto condannata per discriminazione, <https://www.asgi.it/famiglia-minori/bambini-pediatra-veneto-discriminazione/>

Associazione 2 Luglio, <https://www.ilpaesedeicampi.it/mappa/>

Atlante delle stragi naziste e fasciste in Italia, <https://www.straginazifasciste.it/wp-content/uploads/schede/via%20Ottaviano%20Ponticelli%20Napoli%2029-9-1943.pdf>

Autonomia differenziata. Anaa Assomed: “Rischiamo la disgregazione sociale”, [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=121645](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=121645)

Autonomia finanziaria in sanità è una bomba: la Campania rischia il proprio fondo di perequazione,

<https://ancicampania.it/autonomia-finanziaria-in-sanita-e-una-bomba-la-campania-rischia-il-proprio-fondo-di-perequazione/#:~:text=Per%20l'anno%202023%20la,%20per%20circa%20il%2016%25>.

*Bambini stranieri, disuguali tra disuguali. Dalla nascita all'adolescenza, gli indicatori di salute mostrano uno svantaggio rispetto ai loro coetanei italiani: un focus al Congresso della SIP,* Società Italiana di Pediatria, <https://sip.it/2023/10/27/bambini-stranieri-disuguali-tra-disuguali-dalla-nascita-alladolescenza-gli-indicatori-di-salute-mostrano-uno-svantaggio-rispetto-ai-loro-coetanei-italiani-un-focus-al-congresso-della-sip/>

Bottone Alessandro, Ponticelli e il terremoto: 40 anni dopo restano il parco Evangelico e i bipiani, Il mattino, 2020, [https://www.ilmattino.it/napoli/cronaca/napoli\\_ponticelli\\_terremoto-5603052.html](https://www.ilmattino.it/napoli/cronaca/napoli_ponticelli_terremoto-5603052.html)

Ciak MigrAction: indagine sulla percezione del fenomeno migratorio in Italia, <https://www.ipsos.com/it-it/ciak-migraction-indagine-sulla-percezione-del-fenomeno-migratorio-italia>

Cioffo Tina, *Serraino di Emergency: “Castel Volturno non è un ghetto, salvaguardare i diritti di tutti è l'unica via”*, <https://www.ireporters.it/con-emergency-attenta-analisi-su-castel-volturno-762/>

Cruscotto statistico, Ministero dell'Interno, 2024,  
[https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2024-08/cruscotto\\_statistico\\_giornaliero\\_30-08-2024.pdf](https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2024-08/cruscotto_statistico_giornaliero_30-08-2024.pdf)

Dati ISTAT, <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18563#>

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 21 maggio 2008 *Dichiarazione dello stato di emergenza in relazione agli insediamenti di comunità nomadi nel territorio delle regioni Campania, Lazio e Lombardia*,  
[https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2008-05-26&atto.codiceRedazionale=08A03712&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2008-05-26&atto.codiceRedazionale=08A03712&elenco30giorni=false)

Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286, *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*, Titolo V,  
<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1998-07-25:286>

Deliberazione della Giunta Regionale n.294 del 09/03/2009, *Precisazioni concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia in applicazione della nota del Ministero della Salute del 19/02/2008*,  
[https://www.simmweb.it/attachments/article/738/Umbria\\_22\\_dgr294\\_2009\\_comun.pdf](https://www.simmweb.it/attachments/article/738/Umbria_22_dgr294_2009_comun.pdf)

Emergency- Chi siamo, <https://www.emergency.it/chi-siamo/storia/>

Emergency, “Nessuno Escluso”: dopo un anno continuiamo a sostenere oltre 5.000 famiglie in difficoltà,  
<https://www.emergency.it/blog/dai-progetti/nessuno-escluso-dopo-un-anno-continuiamo-a-sostenere-oltre-5000-famiglie-in-difficolta/>

Esposito Emiliano, *Vivere nei Bipiani di Ponticelli. La strada verso le nuove case è ancora lunga*, Napoli Monitor, 2024, <https://napolimonitor.it/vivere-nei-bipiani-di-ponticelli-la-strada-verso-le-nuove-case-e-ancora-lunga/>

European Roma Rights Centre, <https://www.errc.org/reports-and-submissions/il-paese-dei-campi>

Facchini Alice, *A Napoli la vita dei rom è più complicata che altrove*, Internazionale, 08/04/2024,  
<https://www.internazionale.it/reportage/alice-facchini/2024/04/08/campi-rom-napoli>



*Il diritto alla salute dei minori stranieri*, Integrazione Migranti, <https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Altre-info/e/4/o/8/id/11/Il-diritto-alla-salute-dei-minori-stranieri>

INMP, *Accesso al SSN dei cittadini UE in Puglia*, 2024 [http://wiki.inmp.it/wiki/index.php/Accesso\\_al\\_SSN\\_dei\\_cittadini\\_UE\\_in\\_Puglia](http://wiki.inmp.it/wiki/index.php/Accesso_al_SSN_dei_cittadini_UE_in_Puglia)

Istat, *Condizioni di salute e offerta sanitaria nelle città metropolitane*, Statistiche focus, 2024, [https://www.istat.it/it/files//2024/05/Focus\\_Salute-e-offerta-sanitaria-nelle-citt%C3%A0.pdf](https://www.istat.it/it/files//2024/05/Focus_Salute-e-offerta-sanitaria-nelle-citt%C3%A0.pdf)

Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà INMP, *Accesso al SSN dei cittadini UE in Lombardia*, 2024, [http://wiki.inmp.it/wiki/index.php/Accesso\\_al\\_SSN\\_dei\\_cittadini\\_UE\\_in\\_Lombardia](http://wiki.inmp.it/wiki/index.php/Accesso_al_SSN_dei_cittadini_UE_in_Lombardia)

*La presenza dei lavoratori domestici in Italia*, Domina, <https://www.osservatoriolavorodomestico.it/la-presenza-dei-lavoratori-domestici-stranieri-in-italia>

La sanità divide l'Italia: maglia nera alla Campania, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/cardiologia/la-sanita-divide-litalia-maglia-nera-alla-campania>

Lanza Martina Lucia, *L'Italia da "l'emergenza nomadi" alla Strategia nazionale d'inclusione di Rom, Sinti e Caminanti (RSC)*, <https://unipd-centrodirittiumani.it/it/schede/LItalia-da-lemergenza-nomadi-alla-Strategia-nazionale-dinclusione-di-Rom-Sinti-e-Caminanti-RSC/376>

*Lavoratori domestici, in Italia sono quasi 900 mila. Tanti irregolari*, La difesa, <https://www.difesapopolo.it/Media/OpenMagazine/Il-giornale-della-settimana/ARTICOLI-IN-ARRIVO/Lavoratori-domestici-in-Italia-sono-quasi-900-mila.-Tanti-irregolari>

Legge 7 aprile 2017, n.47, nota come Legge Zampa, art. 14, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/04/21/17G00062/sg>

Prestazioni sociali e cittadinanza, La giurisprudenza costituzionale, Quaderno predisposto in occasione dell'incontro trilaterale tra Corte costituzionale italiana, Tribunale costituzionale spagnolo e Corte costituzionale portoghese, a cura di Maria Fierro, [https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni\\_seminari/STU\\_298\\_Prestazioni\\_sociali\\_cittadinanza\\_trilaterale.pdf](https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/STU_298_Prestazioni_sociali_cittadinanza_trilaterale.pdf)

[https://www.gimbe.org/osservatorio/Report\\_Osservatorio\\_GIMBE\\_2019.07\\_Definanziamento\\_SSN.pdf](https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.07_Definanziamento_SSN.pdf)

Regione Piemonte, *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e Province Autonome italiane- Recepimento iscrizione obbligatoria al SSR dei minori stranieri presenti sul territorio a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno*, 2015, [https://www.piemonteimmigrazione.it/images/circolare\\_applicativa\\_Regione\\_Piemonte.pdf](https://www.piemonteimmigrazione.it/images/circolare_applicativa_Regione_Piemonte.pdf)

Saraceno Benedetto, *La salute dei migranti*, Salute internazionale, 2022, <https://www.saluteinternazionale.info/2022/01/salute-dei-migranti/>

Save the Children, *Studio sulla salute materno infantile nelle comunità rom. Il caso di Roma*, 2008,

<https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/studio-sulla-salute-materno-infantile-nelle-comunita-rom-il-caso-di-0>

UNICEF, Rifugiati e Migranti in Europa, <https://www.unicef.it/emergenze/rifugiati-migranti-europa/>

