

ASSISTENZA SANITARIA AI SENZA FISSA DIMORA

Audizione Senato della Repubblica

Disegno di legge AS n. 1619 e Disegno di legge AS n. 86 concernenti “Modifica dell’art. 19 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di assistenza sanitaria alle persone senza dimora”

1. Introduzione

Secondo la tipologia ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion), elaborata dall’Osservatorio europeo sull’*homelessness*, si può considerare che una persona sia senza dimora quando versa in uno stato di povertà materiale e immateriale, connotato dal forte disagio abitativo, cioè dall’impossibilità e/o incapacità di provvedere autonomamente al reperimento e al mantenimento di un’abitazione in senso proprio (Istat, 2012).

Nella letteratura nazionale e internazionale, la Persona Senza Dimora (PSD) viene definita sulla base di quattro elementi che tipicamente ricorrono: la multifattorialità, la progressività del percorso emarginante, l’esclusione dalle prestazioni di welfare e la difficoltà a strutturare e mantenere relazioni significative. Tali elementi identificano la persona in stato di indigenza materiale e immateriale (Istat, 2012).

A partire dalla seconda metà degli anni ’90, gli studi sulla povertà e l’esclusione sociale hanno dovuto affrontare, accanto alle tradizionali difficoltà conoscitive legate alla complessità di questi fenomeni, ulteriori ostacoli dovuti alla loro rapida evoluzione che li rende di difficile “misurazione”. Si può parlare in questo senso di nuove povertà, che si sommano, e non si sostituiscono, a quelle più note, legate alla grave deprivazione socio-economica. Tra esse emerge oggi la vulnerabilità sociale associata al lavoro atipico e flessibile, alla disoccupazione giovanile, alla condizione di vita degli anziani soli, alle famiglie monogenitoriali.

Per lo studio della povertà, è possibile considerare il livello di reddito o il tenore di vita, che però risulta di più difficile definizione. In altri casi, si parla di povertà *assoluta* e *relativa*, a seconda che venga stabilita una soglia assoluta di reddito al di sotto della quale tutti sono considerati poveri, oppure che vi sia una sorta di ponderazione rispetto al contesto sociale e temporale nel quale la persona vive; con questa seconda misura non si coglie tanto la povertà quanto la disuguaglianza derivante dalla sperequata distribuzione delle risorse, ossia la differenza che passa tra i redditi dei “poveri” e quelli dei “non poveri”.

A questi aspetti si lega poi la componente soggettiva del fenomeno, ossia la percezione che i soggetti possono avere della propria condizione di povertà, a dispetto di alcuni parametri oggettivi; è importante occuparsi anche di questo aspetto, per dare valore all’esperienza che le persone affrontano nella loro vita quotidiana.

Bisogna infine considerare che già a partire dagli anni ‘80 il termine povertà non è stato più ritenuto completamente adeguato per comprendere la realtà, in quanto riduttivo, e per questo

è stato affiancato e spesso sostituito dal concetto di “esclusione sociale”. In questa nuova prospettiva, la povertà economica sarebbe solo uno degli aspetti del fenomeno più generale dell’esclusione sociale che comprende qualunque impedimento all’accesso di benefici e servizi con riferimento ad ampie sfere del vissuto delle persone: accesso alla sanità, all’istruzione, al mercato del lavoro, alla casa, alla vita sociale ecc.

Qualunque sia la lente attraverso cui si sceglie di osservare e analizzare il fenomeno, gli studi più recenti (Censis, 2014; Caritas italiana, 2014) confermano un trend in peggioramento, accentuato dalla recente crisi finanziaria internazionale. Se da un lato coloro che già erano in una situazione di disagio hanno visto aggravarsi la propria situazione verso forme di povertà estrema, dall’altro anche le fasce intermedie della società hanno sperimentato l’esclusione su una o più dimensioni di quelle sopra citate (casa, lavoro, salute).

2. Le disuguaglianze nella salute

Benché l’Italia sia tra i Paesi che nelle ultime decadi ha raggiunto una prospettiva di vita e indicatori di salute migliori, a seguito del crescente benessere determinato dallo sviluppo socio-economico, continuano a permanere profonde disomogeneità all’interno della popolazione (Giarelli, 2009; Costa, 2014).

È ben noto che la salute e la qualità della vita sono fortemente determinate, oltre che da fattori genetici, soprattutto da dinamiche politiche, sociali ed economiche (OMS, 2008). Le disuguaglianze socioeconomiche sono il principale fattore indipendente di rischio per la salute della popolazione. Inoltre, quando con la povertà coesistono fattori patologici quali malattie croniche o sofferenze mentali (Nickasch, 2009), le disuguaglianze si accentuano ulteriormente (Sturm, 2002). Numerosi studi hanno confermato che le persone maggiormente marginalizzate dal punto di vista socio-economico corrono doppiamente il rischio di contrarre gravi malattie o di morire prematuramente rispetto alle persone al vertice della scala sociale (Marmot & Wilkinson, 1999; Marmot, 2003). Chi vive in condizioni di estrema fragilità espone il proprio fisico a situazioni in cui banali problemi di salute, se non adeguatamente trattati, possono degenerare in situazioni di maggiore gravità o cronicizzarsi, generando aggravati di spesa per il Servizio sanitario. Oltre ai problemi fisici, possono essere molte altre le patologie associate all’assenza di una dimora, tra cui i disturbi correlati all’abuso di sostanze e i disturbi psichici.

Per intraprendere azioni globali di contrasto delle disuguaglianze è necessario portare la salute in tutte le politiche, a partire dalla comprensione che le dinamiche sociali e di contesto possono avere importanti riflessi sul benessere delle persone. Anche a livello internazionale, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2008) ha manifestato l’esigenza che le politiche sanitarie e non sanitarie di ogni Paese garantiscano l’equità dell’assistenza sanitaria e insieme combattano la povertà, il sottosviluppo e le disuguaglianze.

Nel recente libro bianco “L’equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità” (Costa, 2014), alla cui diffusione l’INMP ha fornito il proprio sostegno, è stato messo in luce come povertà materiale e povertà di reti di aiuto, disoccupazione, lavoro poco qualificato, basso titolo di studio, siano tutti fattori, spesso correlati l’uno con l’altro, che

minacciano la salute degli individui. Numerosi studi pubblicati negli ultimi vent'anni hanno dimostrato che in tutta Europa i cittadini in condizioni di svantaggio sociale tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, a essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima. Man mano che si risale lungo la scala sociale, questi stessi indicatori di salute migliorano secondo quella che viene chiamata la legge del gradiente sociale. Ad esempio, negli anni duemila in Italia si osservavano negli uomini più di cinque anni di svantaggio nella speranza di vita tra chi è rimasto in una posizione di operaio non qualificato rispetto a chi è approdato a una posizione di dirigente, con aspettative di vita progressivamente crescenti salendo lungo la scala sociale. Il rischio di morire cresce regolarmente con l'abbassarsi del titolo di studio; tra gli uomini rispetto al rischio di un laureato, la mortalità cresce del 16% in caso di diploma di scuola superiore, del 46% in caso di licenza media inferiore e del 78% in caso di licenza elementare. Tale fenomeno si registra anche tra le donne e riguarda tutti gli indicatori di salute.

3. Le persone senza dimora in Italia

Da una recente ricerca¹ sulla condizione delle persone che vivono in povertà estrema (Istat, 2012), realizzata a seguito di una convenzione tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, l'Istat, la Caritas italiana e la Fio.psd (Federazione Italiana Organismi Persone Senza Dimora)², emerge che sono oltre 47 mila le persone senza dimora in Italia e che 6 su 10 sono stranieri (per lo più di cittadinanza rumena, marocchina e tunisina). Si tratta in prevalenza di uomini (86,9%), con meno di 45 anni (57,9%), che vivono al Nord (58,5%), nei due terzi dei casi hanno al massimo la licenza di media inferiore e sono stati costretti alla strada per la perdita di un lavoro stabile o per la separazione dal coniuge (33,7%).

Gli stranieri senza dimora sono più giovani degli italiani (37 contro 50 anni), hanno un titolo di studio più elevato e da meno tempo sono sprovvisti di una casa: di questi solo il 20% era senza dimora prima di arrivare nel nostro Paese. Dalla ricerca è emerso che circa la metà delle persone senza dimora ha utilizzato i servizi per l'impiego (senza particolari differenze tra italiani e stranieri), ma gli italiani hanno fatto più ricorso ai servizi sociali (53,7% contro il 30,3% degli stranieri) e a quelli sanitari (64,1% contro 48,2%).

4. L'esperienza dell'INMP nella presa in carico delle persone senza dimora

L'impegno dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie e della Povertà (INMP), ente pubblico nato nel 2007, oggi Centro di riferimento della Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-

¹La ricerca ha considerato le persone senza dimora che nei mesi di novembre-dicembre 2011 hanno utilizzato almeno un servizio di mensa o accoglienza notturna nei 158 comuni italiani in cui è stata condotta l'indagine. La stima è di tipo campionario ed è soggetta all'errore che si commette osservando solo una parte e non l'intera popolazione (Istat, 2012).

²L'INMP ha collaborato con la Fio.Psd nell'ambito del progetto Safya da cui è stato tratto un libro Castaldo M, Filoni A, Punzi I, (a cura di) (2014) *Safya Un approccio transdisciplinare alla salute degli homeless in Europa*, Franco Angeli.

sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché Centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario, è volto a garantire nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) il diritto alle cure, affrontando le problematiche di vulnerabilità attraverso un approccio transculturale orientato alla persona. L'Istituto concorre alla composizione del quadro conoscitivo delle distinte realtà territoriali italiane per la definizione delle politiche pubbliche in sanità, finalizzate a rispondere ai bisogni di salute delle popolazioni fragili, nell'ottica della riduzione complessiva degli oneri a carico del SSN e di un'attenzione sistemica alla persona. Tale azione è declinata tramite una corretta erogazione delle prestazioni mediche e socio-sanitarie nonché attività di promozione della salute e di prevenzione, con particolare riferimento sia alla soggettività dell'individuo, sia alla relazione che si sviluppa all'interno dei percorsi di cura.

Nell'ambito dell'accoglienza e della presa in carico delle persone senza dimora o in condizioni di importante fragilità sociale si tiene conto che fattori quali il reddito esiguo o assente, l'alloggio precario o inadeguato, l'inoccupazione o la disoccupazione, l'accesso limitato all'istruzione e ai servizi medico-sanitari primari, gli stili di vita non sani, rappresentano determinanti socio-economici che nel loro insieme incidono sensibilmente sulla qualità di vita della popolazione e sulla salute. Per tali ragioni il contrasto delle malattie della povertà richiede azioni complesse, perché complessi sono i bisogni di salute. La traduzione operativa di un sistema atto ad affrontare tali bisogni richiede unitarietà di intervento, progetti personalizzati, continuità assistenziale, valutazione multiprofessionale del bisogno, condivisione degli obiettivi, progettazione integrata delle risposte, valutazione partecipata degli esiti: in una parola, una completa ed effettiva integrazione sociosanitaria.

L'accoglienza e la presa in cura di persone senza dimora avviene presso l'INMP attraverso cure mediche specialistiche, attività di prevenzione e colloqui di supporto psicologici in cui si analizza e attribuisce un senso alla costruzione psichica e socio-culturale del dolore delle persone accolte, attraverso la mediazione culturale se la persona è straniera e infine attraverso il sostegno e l'orientamento sociosanitario.

In sette anni di attività, l'INMP ha assistito complessivamente oltre 76 mila persone per un totale di 262 mila accessi, per la maggior parte immigrati, ma con una percentuale crescente di pazienti italiani (dal 7% nel 2007 al 40% nel 2014), in gran parte con esenzione per motivi di reddito in conseguenza dell'acuirsi della crisi economico-sociale.

Nello stesso periodo, sono state accolte e prese in cura 5.394 persone senza dimora, sia italiane che straniere. Si è trattato in prevalenza di cittadini stranieri (91%), spesso in condizione di irregolarità giuridica (64%), maschi (66%), di età media pari a 37 anni (36 anni tra gli stranieri e 48 tra gli italiani). La maggior parte di loro proveniva da Paesi dell'UE (42%, di cui circa la metà rumeni), seguiti da Africa (22%), Asia (15%), altri Paesi dell'Est europeo (13%) e America latina (7%). La quota di italiani tra i PSD è rimasta sostanzialmente stabile nel tempo. La media degli accessi per paziente è pari a 7,4 tanto per gli italiani quanto per gli stranieri, più che doppia rispetto alla totalità dei pazienti afferiti (pari a 3,5). Per ciascun paziente, il numero medio di diagnosi effettuate (ad esclusione delle patologie psichiatriche) è di 2,3 e le condizioni più frequenti (Figura 1) riguardano la cute (eczemi, malattie parassitarie, ulcere croniche), malattie odontoiatriche, infezioni respiratorie delle prime vie aeree, epatiti

virali e alcoliche. Molto pochi i casi di tubercolosi (e di questi, una frazione bassa di forme contagiose) e di HIV.

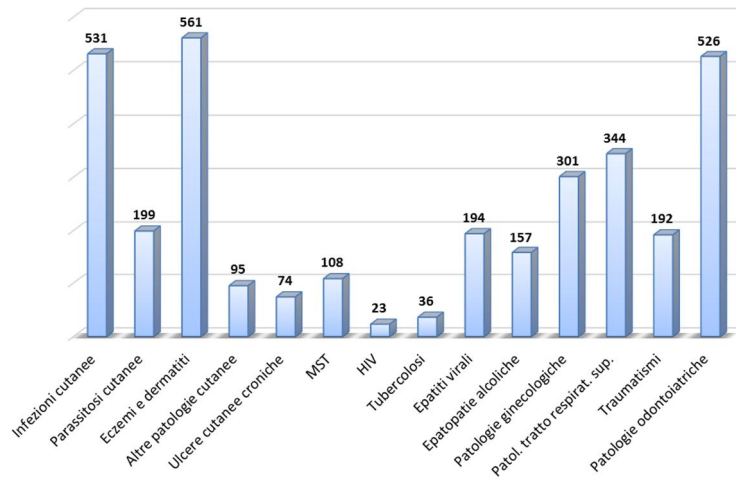


Fig. 1 – Principali patologie diagnosticate in persone senza dimora. INMP, 2007-2014.

In circa 1.000 persone (Figura 2) si sono osservati disturbi e malattie psichiche, principalmente disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e dipendenze da alcool; nell'8% si è riscontrata una psicosi e nel 6% disturbi di personalità.

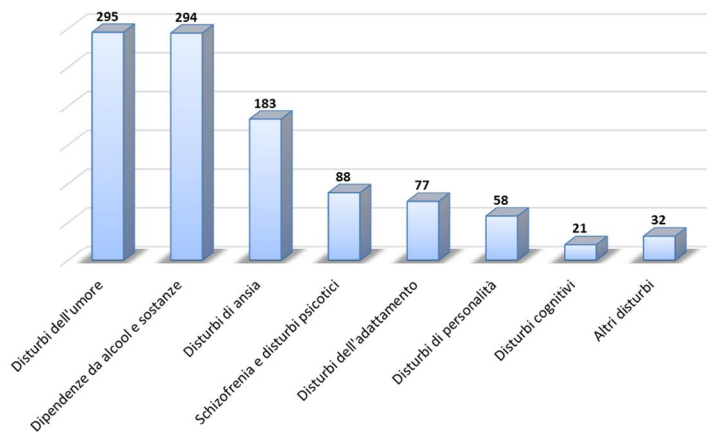


Fig. 2 – Patologie psichiatriche diagnosticate in persone senza dimora. INMP, 2007-2014.

4.1 L'accessibilità delle persone senza dimora ai servizi sanitari – l'esperienza dell'INMP

Gli italiani senza dimora che presentano problemi di salute sono accolti dall'Istituto senza impegnativa del SSN e visitati dal medico, dallo psicologo o dallo psichiatra; vengono quindi gratuitamente erogate, laddove necessarie, visite e prestazioni strumentali successive, effettuabili all'interno dell'Istituto. Si fornisce anche sostegno sociale e orientamento ai servizi esterni in particolare ai servizi sociali, abitativi e scolastici (figli di persone senza dimora).

I pazienti vengono indirizzati ai servizi territoriali per ottenere il documento di identità e l'eventuale residenza fittizia presso il Comune o presso Enti di volontariato autorizzati dal Comune stesso: questo al fine di consentire l'iscrizione all'SSN. In mancanza del medico di medicina generale, infatti, i pazienti sono spesso costretti a rivolgersi nuovamente all'Istituto per il rilascio di impegnative relative a visite specialistiche, accertamenti e farmaci.

Viene inoltre attivata la rete sociosanitaria e fornito un supporto giuridico gratuito mediante la collaborazione con lo sportello "Avvocato di strada" che opera all'interno dell'Istituto.

Le difficoltà che si riscontrano sono dovute sia ostacoli burocratici sia alla condizione esistenziale, personale e abitativa precaria e complessa di queste persone.

Per quanto riguarda gli stranieri senza dimora, l'Istituto in attuazione della normativa specifica rilascia i tesserini ENI o STP con i quali si può accedere alle prestazioni essenziali ancorché continuative come meglio descritto in seguito.

Per il rilascio di tali documenti sono necessarie, nel caso degli STP, le dichiarazioni di indigenza e di presenza irregolare sul territorio, mentre nel caso degli ENI a tali dichiarazioni va unita quella di non essere iscritti all'anagrafe dei residenti.

I pazienti con ENI o STP non hanno tuttavia diritto al medico di medicina generale, pertanto fanno riferimento agli ambulatori ad accesso diretto, quali quelli dell'Istituto e delle ASL.

Si segnala che per i pazienti comunitari, nonostante il codice ENI, l'accessibilità è negativamente condizionata dal fatto che spesso essi non sono in grado di sostenere il costo del ticket sanitario.

Un'attenzione particolare va riservata alla problematica relativa alle donne-madri senza dimora, la cui potestà genitoriale sempre più spesso viene messa in discussione con esiti di separazione dei figli dal nucleo familiare originario ed eventuale affidamento o adozione (Viale, 2014; Taliani, 2012). In alternativa a tali pratiche di disgregazione, è importante proporre e mettere in atto progetti di sostegno volti a salvaguardare l'unità familiare, garantendo nel contempo gli interventi sociali e sanitari in un'ottica di *empowerment* delle persone.

5. Considerazioni sulla residenza come requisito per l'iscrizione al SSN

In base alla Legge n. 1228/1954 (art. 2) modificata dalla Legge n. 94/2009 (Pacchetto Sicurezza) è fatto obbligo ad ognuno di chiedere per sé e per le persone sulle quali esercita la patria potestà o la tutela, l'iscrizione nell'anagrafe del Comune di dimora abituale. La persona senza dimora, al momento della richiesta di iscrizione, è tenuta a fornire all'ufficio di anagrafe gli elementi necessari allo svolgimento degli accertamenti atti a stabilire l'effettiva sussistenza del domicilio. In mancanza del domicilio, si considera residente nel comune di nascita.

La legge, dunque, ammette che a una persona senza dimora sia riconosciuta la residenza, trattandosi non di un provvedimento concessorio, ma di un diritto per il cittadino (Sentenza della Corte di Cassazione, Sezioni Unite Civili, n. 449 del 19/6/2000).

Tuttavia occorre osservare che i normali requisiti per l'iscrizione anagrafica sono di carattere soprattutto oggettivo (la casa), diversamente per le persone senza dimora vale il solo criterio soggettivo di chi afferma di dimorare in un determinato luogo, ma non è in grado di dimostrarlo.

Questo è un elemento di importante criticità nell'applicazione della legge, in quanto rappresenta un ostacolo all'iscrizione anagrafica in numerose amministrazioni italiane e perché, in mancanza della possibilità di stabilire l'effettiva sussistenza del domicilio, si rinvia al comune di nascita, con tutte le difficoltà che questo comporta per persone in condizione di fragilità ed esclusione sociale, a volte disorientate e prive di sostegno.

A tutt'oggi, per gli italiani la residenza continua a essere un requisito per l'iscrizione al SSN (ai sensi dell'art. 19, comma 3, della legge 833/1978) condizionando negativamente il diritto alla salute e l'accesso all'assistenza per le persone senza dimora.

5.1 Note sull'iscrizione degli stranieri al SSN

Per quanto concerne l'iscrizione all'SSN da parte di persone straniere senza dimora, sia comunitarie sia non comunitarie, il criterio della residenza si inserisce all'interno dei quadri normativi specifici (Accordo Stato Regioni n. 255/CSR del 20/12/2012), che di seguito vengono sinteticamente richiamati.

Stranieri non appartenenti all'UE

- Gli stranieri con regolare permesso di soggiorno, ai sensi del citato Accordo Stato Regioni, hanno obbligo o facoltà (a seconda della tipologia di permesso di soggiorno) di iscriversi all'SSN dietro presentazione di alcuni documenti, tra cui la residenza o la dichiarazione di effettiva dimora.
- Gli stranieri senza regolare permesso di soggiorno (Stranieri Temporaneamente Presenti - STP) non possono iscriversi all'SSN, ma accedono alle cure ambulatoriali urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio, oltre che ai programmi di medicina preventiva, attraverso il rilascio di un tesserino con codice individuale STP.

Stranieri appartenenti all'UE

- Gli stranieri appartenenti all'UE, ai sensi del citato Accordo, se hanno diritto all'iscrizione al SSN, possono presentare autocertificazione di residenza o dichiarazione di effettiva dimora; se hanno diritto all'iscrizione volontaria, è necessaria la residenza e la dichiarazione di possedere risorse economiche sufficienti.
- Gli stranieri appartenenti all'UE senza TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia), senza attestazione di diritto di soggiorno, senza requisiti per l'iscrizione al SSN, ai sensi del citato Accordo, accedono alle prestazioni sanitarie urgenti o essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio, oltre che ai programmi di medicina preventiva, attraverso il rilascio un tesserino con codice individuale - ENI (Europeo Non Iscrivibile).

- Gli stranieri appartenenti all'UE con TEAM, in temporaneo soggiorno in Italia, hanno diritto alle prestazioni sanitarie attraverso la TEAM in loro possesso, ma non possono iscriversi al SSN.

6. Conclusioni

L'esperienza pluriennale condotta dall'INMP sulla tematica delle povertà conferma la rilevanza e la complessità della presa in carico sociosanitaria delle persone senza dimora affette da malattie strettamente connesse a determinanti sociali, economici e relazionali.

Si tratta di un fenomeno in rapida crescita, anche a causa del perdurare della crisi economica, destinato ad avere un impatto sempre maggiore sulle politiche e sui servizi sanitari.

Questa fascia di popolazione, particolarmente fragile, è esposta a malattie in larga parte prevenibili o curabili mediante un più ampio e precoce accesso e un'efficace presa in carico da parte delle strutture sanitarie territoriali.

Ciò potrebbe ridurre l'improprio utilizzo dei servizi di Pronto soccorso e il peggioramento degli esiti clinici, con riduzione dei costi sociali.

A tutt'oggi il possesso della residenza anagrafica, requisito essenziale per l'iscrizione al SSN degli italiani, rappresenta per le persone senza dimora un elemento limitante ai fini dell'effettivo esercizio del diritto alla tutela della salute. Tale diritto, pur se riconosciuto in teoria dalla legge, rimane a tutti gli effetti un "diritto condizionato", in quanto è necessario garantire di fatto l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie per renderlo operante e quindi concretamente esigibile. I disegni di legge all'esame del Senato supererebbero, pertanto, una debolezza nel sistema di tutela, creando condizioni più favorevoli e semplificate per l'accesso al SSN, e quindi alla possibilità di essere presi in carico dai medici di medicina generale e beneficiare di eventuali esenzioni per reddito o patologia.

La previsione di strumenti di indirizzo apporterebbe, inoltre, notevoli benefici in termini di una più puntuale conoscenza del fenomeno, al cui monitoraggio l'INMP potrebbe concorrere attraverso il proprio Osservatorio Epidemiologico Nazionale sulle povertà e disuguaglianze.

È importante che tali strumenti siano orientati in senso intersettoriale per tenere conto dei determinanti sociali che esercitano una forte influenza sullo stato di salute di tali persone.

7. Riferimenti bibliografici

Castaldo M, Filoni A, Punzi I, a cura di. Safya Un approccio transdisciplinare alla salute degli homeless in Europa. Milano: Franco Angeli; 2014.

Censis. 48° Rapporto sulla situazione sociale del Paese [internet]. Roma: Censis; 2014 [citato 11 gennaio 2015] . Disponibile sul sito: http://www.censis.it/5?shadow_evento=121053

Costa G, Bassi M, Gensini G, Marra M, Nicelli A, Zengarini N. L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Milano: Franco Angeli; 2014.

Giarelli G. Modelli esplicativi delle disuguaglianze di salute: una riflessione sociologica. In: Costa G, Cislighi C, Caranci N, a cura di. Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura. Salute e Società. 2009; VIII(1): 19-20

Istat. Le persone senza dimora. Roma: Istat; 2012 [citato 11 gennaio 2015]. Disponibile sul sito: <http://www.istat.it/it/archivio/72163>

Marmot M, Wilkinson RG, editors. Social determinant of health. Oxford: Oxford University Press; 1999.

Marmot M. Understanding social inequalities in health. *Perspect Biol Med.* 2003; 46(3):9-23.

Nickasch B, Marnocha SK. Healthcare experiences of the homeless. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.* 2009; 21(1):39-46.

World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary health care (Now more than ever). Geneva: WHO; 2008 [citato 11 gennaio 2015]. Disponibile sul sito: <http://www.who.int/whr/2008/en/>

Sturm R, Gresenz CR. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ.* 2002; 324(7328):20-3.

Taliani S. I prodotti dell'Italia: figli nigeriani tra tutela, diritto e amore materno (molesto?). *Minorigiustizia.* 2012; 2:39-53.

Viale S, Castaldo M. La migrazione della genitorialità: quale adeguatezza nell'accogliere e valutare. *Minorigiustizia.* 2014; 3:102-9.