

Rivista N°: 1/2018
DATA PUBBLICAZIONE: 12/03/2018

AUTORE: Veronica Federico *

I SISTEMI SANITARI ALLA PROVA DELL'IMMIGRAZIONE. LA FRANCIA

«Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'Etat suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile, ou s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un lieu hospitalier. Les femmes en couche sont assimilées à des malades. Les étrangers malades, privés de ressources, seront assimilés aux Français toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité d'assistance réciproque avec leur nation d'origine.»

(Art. 1 legge 15 luglio 1893)

Sommario: 1. Introduzione. – 2. Immigrato, straniero, Francese, rifugiato o sans-papier? – 3. I numeri: le difficili stime di un fenomeno sfuggente. – 4. Il sistema sanitario francese tra universalismo ed esclusione. – 5. La santé n'a pas de prix? I costi del sistema sanitario. – 6. L'impatto dell'immigrazione sull'Etat-providence. – 7. Riflessioni conclusive. – Note

1. Introduzione

La Francia è uno dei più antichi Paesi d'immigrazione d'Europa. Immigrazione economica, immigrazione coloniale e post-coloniale, ed anche immigrazione politica¹ segnano da almeno due secoli la demografia del Paese. “Le statistiche del Ministero degli Interni indicano che tra il 1880 ed il 1980 diciotto milioni di Francesi discendono da immigrati di prima, seconda o terza generazione. Questo significa che circa un terzo della popolazione francese

* Ricercatrice di Diritto pubblico comparato nell'Università di Firenze.

attuale ha origini non francesi”². Ogni anno la Francia rilascia circa 200.000 permessi di soggiorno (di durata almeno annuale) a persone originarie di un Paese terzo rispetto all'Unione europea, di cui circa 60.000 studenti. A questi numeri si aggiungono i circa 85.000 cittadini di uno Stato membro dell'Unione europea che si trasferiscono in Francia ogni anno³. Rispetto alla popolazione totale francese, che conta circa 67 milioni di abitanti⁴, questi flussi migratori rappresentano rispettivamente lo 0,3% (da Paesi extra Europei) e lo 0,43% se si includono anche i flussi di provenienza europea. Si deve quindi aggiungere il numero dei migranti non-documentati, i *sans-papiers*, che le stime valutano tra il 6 ed il 10% della popolazione straniera.

Le politiche migratorie sono al centro del dibattito politico da diversi decenni. Il fenomeno migratorio nasce con l'evoluzione della specie umana ed ha sempre caratterizzato la storia dei popoli e degli individui, ma è vero che nel corso degli ultimi decenni da un lato vi è stato un aumento delle migrazioni internazionali (secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale per le Migrazioni si è passati da 77 milioni di migranti nel 1975 ai 232 milioni del 2015⁵) e, dall'altro, i grandi flussi migratori sono passati da una dimensione tendenzialmente regionale ad una dimensione planetaria⁶. Nel corso degli ultimi decenni, dunque, le società europee si sono dovute confrontare con un fenomeno migratorio nuovo sotto un profilo quantitativo e qualitativo (ovvero più migranti e migranti provenienti da regioni del pianeta differenti ed anche molto lontane). Tra le varie dimensioni di questo fenomeno demografico, sociale, economico, politico e culturale, il dibattito sui costi e sui benefici dell'immigrazione è acceso⁷. Malgrado l'attenzione crescente per questi temi negli ultimi anni, si tratta in realtà di un dibattito piuttosto risalente e che di sovente prescinde dai dati reali (sia di carattere statistico-demografico, sia economici, sia infine giuridici) per alimentarsi di pregiudizi (a favore e contro), posizioni ideologiche e metaconcetti. La letteratura scientifica in materia è vasta sotto molteplici prospettive disciplinari e dar conto in maniera approfondita di tale ragionamento scientifico condurrebbe la presente trattazione troppo lontano. La nostra analisi si concentra, dunque, su un aspetto particolare del fenomeno migratorio: l'impatto che esso ha sul sistema sanitario.

La tutela della salute è pilastro fondamentale di quel sistema di diritti di cui la Francia si pone come paladina da almeno due secoli. L'*Etat-providéce*, la locuzione francese per welfare state, che affonda le origini nel XVII secolo, nasce per risolvere le “tensioni tra l'eguaglianza proclamata tra gli esseri umani e la realtà delle diversità storiche e delle disuguaglianze sociali che continuano a logorare le società democratiche contemporanee”⁸. Componente essenziale dell'*Etat-providéce*⁹, il diritto alla salute, come diritto soggettivo e come interesse della collettività, si configura in primo luogo come valore fondamentale dell'ordinamento, così come definito dal comma 10 del Preambolo della Costituzione del 1946 : “[La Nazione] garantisce a tutti, e specialmente al fanciullo, alla madre e ai vecchi lavoratori, la protezione della salute, la sicurezza materiale, il riposo e le vacanze...”. Capire come si declina tale diritto vis-à-vis le problematiche poste dall'immigrazione è elemento fondamentale per sviluppare una riflessione articolata sulle sfide che le società contemporanee devono inevitabilmente affrontare.

2. Immigrato, straniero, Francese, rifugiato o *sans-papier*?

“La questione dell'immigrazione è circondata da una grande indeterminatezza semantica. La commistione esistente nel linguaggio comune tra le nozioni di straniero e di immigrato costituisce un ostacolo a definire chiaramente i contorni tra i diversi gruppi”¹⁰. Indispensabile allora cercare di far chiarezza¹¹.

La nozione di “immigrato” entra nel linguaggio delle statistiche all'inizio del 1990 per designare, secondo la definizione che ne diede nel 1991 l'Haut Conseil à l'Intégration¹², “una persona nata straniera all'estero e residente in Francia”. Si tratta dunque di una definizione che si basa su due criteri: quello del luogo di nascita (all'estero) e quello della nazionalità al momento della nascita (essere stranieri). Al contrario, gli stranieri sono, secondo la definizione che ne fornisce l'istituto di statistica francese (Insee), “le persone residenti in Francia che non hanno la nazionalità francese, avendo un'altra nazionalità a titolo esclusivo, o senza nazionalità (come nel caso delle persone apolidi)”¹³. Non tutti gli stranieri sono necessariamente immigrati, in quanto vi possono essere stranieri nati in Francia, come nel caso di minori nati da genitori stranieri. La nozione di straniero, dunque, riposa sull'unico criterio della nazionalità e la condizione di “straniero” è potenzialmente temporanea in quanto gli stranieri possono diventare Francesi attraverso il processo di acquisizione della nazionalità francese. Al contrario, la nozione di immigrato è permanente, e non muta con l'eventuale acquisizione della nazionalità francese. Anche una volta naturalizzati “essi saranno Francesi di diritto (grazie alla cittadinanza), ma immigrati di fatto (a causa della propria storia personale)”¹⁴.

Le due macro categorie di immigrati e stranieri, differenti nella modalità di identificazione e nella modificabilità dello status, non si sovrappongono perfettamente sotto il profilo delle popolazioni coinvolte: uno straniero non è necessariamente un immigrato (potrebbe essere nato in Francia) ed un immigrato non è necessariamente uno straniero, in quanto potrebbe acquisire la nazionalità francese una volta entrato in Francia.

E' francese chi possiede la nazionalità francese¹⁵ o perché nato/a da genitori francesi, o perché nato/a in Francia e divenuta/o francese (alla nascita se apolide o alla maggiore età se cittadino di un altro Paese), ovvero per naturalizzazione (lunga residenza, matrimonio, meriti speciali, ecc...).

Come sottolineano J.Y. Blum Le Coat e M. Eberhard, è solo nel corso degli anni novanta del Novecento che la nozione di “immigrato” è stata introdotta nei sistemi statistici nazionali, a partire dalla già menzionata definizione dell'Haut Conseil à l'Intégration, e definisce uno stock, mentre il linguaggio si affina ulteriormente per descrivere i flussi di popolazione, utilizzando le nozioni di “migrante” (la nozione più vaga), “*primo-arrivant*” (ovvero secondo il dizionario Larousse le persone straniere appena giunte in maniera regolare sul territorio francese) o di “nuovo-migrante”, sostanzialmente sovrapponibile a quella precedente. E' attraverso queste categorie che si misurano gli ingressi di immigrati sul territorio francese¹⁶.

Vi sono poi i rifugiati, ovvero “gli stranieri provenienti da un Paese terzo e protetti dalla Convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951”, che ottengono lo status di rifugiato dimostrando le prove di una persecuzione personale a causa della propria razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale (compresa la persecuzione a causa dell'orientamento sessuale o il pericolo di mutilazioni genitali) o a causa delle proprie idee politi-

che¹⁷; i titolari di protezione sussidiaria, ovvero persone che, pur non presentando tutte le condizioni per l'ottenimento dello status di rifugiato, sono riconosciute degne di protezione internazionale perché in grave pericolo nel Paese di origine; ed i titolari di protezione temporanea, che ha la durata massima di 2 anni, cioè persone che hanno dovuto lasciare in massa il proprio Paese a causa di conflitti armati o di violenze generalizzate ma che, tendenzialmente, vi faranno ritorno non appena ristabilite le necessarie condizioni di sicurezza¹⁸.

I richiedenti asilo sono invece le persone che presentano la domanda per ottenere lo status di rifugiato. Vengono definiti richiedenti asilo sia coloro che presentano la domanda per la prima volta, sia coloro che fanno ricorso contro la decisione di respingimento della domanda.

Ed infine vi sono i *sans-papiers*, ovvero gli immigrati non documentati, che risiedono sul territorio francese per brevi o anche lunghi periodi, senza titolo di soggiorno.

Spesso il linguaggio politico e mediatico confonde le diverse figure, utilizzando, di frequente in funzione strumentale, l'una o l'altra categoria a seconda dell'obiettivo da perseguire. Ovviamente ciò non aiuta né la comprensione effettiva dei fenomeni, né tantomeno l'analisi delle implicazioni socio-politiche, economiche e culturali dei medesimi.

Risale al 1893 l'obbligo per gli stranieri residenti sul territorio francese di registrarsi in un casellario di polizia specifico, che verrà rapidamente collegato al casellario giudiziario¹⁹. E' da questo momento in avanti che si crea sotto un profilo giuridico-amministrativo la categoria dello straniero²⁰. "Attorno a tali casellari ed alle procedure di concessione e ritiro dei permessi di soggiorno, si creano progressivamente uffici amministrativi (come gli uffici per gli stranieri delle prefetture, che nascono in Francia dopo la prima guerra mondiale) e specifici servizi di polizia, primo fra tutti la polizia di frontiera. Ma al di là dei respingimenti di frontiera, è all'interno dello Stato-nazione che gli stranieri, giuridicamente separati dai cittadini nazionali, sono socialmente e geograficamente separati dalle pratiche di sorveglianza di cui sono oggetto"²¹.

Nel XIX secolo l'immigrazione verso la Francia vede protagoniste le popolazioni povere dei Paesi vicini: Belgio, Italia, Germania, ma anche, in misura minore, Spagna e Portogallo e, verso la fine del secolo Polonia. I flussi migratori rispondono al bisogno francese di ripopolamento e di crescente domanda di manodopera: le campagne napoleoniche avevano decimato la popolazione attiva e lo sviluppo industriale del nord e dell'est del Paese richiedevano importanti masse di operai disposte a lavorare duramente²². Lo stesso fenomeno si verificò negli anni venti del XX secolo, quando di nuovo a causa del conflitto mondiale e dell'epidemia di spagnola del 1917-19 la popolazione francese era fortemente decresciuta. La presenza immigrata, direttamente legata alla realtà economica, segue l'andamento delle politiche pubbliche francesi. "Durante gli anni venti e nel periodo dei Trenta Gloriosi (1945-75), gli immigrati arrivano in gran numero per rispondere ai bisogni della ricostruzione del Paese e in funzione del dinamismo economico di quegli anni"²³. Si tratta di flussi di persone organizzati e strutturati, negli anni '20 gestiti dalla *Société Générale d'Immigration* (ente privato creato nel 1924 per selezionare e inviare in Francia lavoratori stranieri) e dal 1945 al 1975

dall'*Office National d'Immigration*, con le medesime funzioni della *Société Générale*, ma sotto l'egida statale.

Dopo la seconda guerra mondiale, ed ancora più marcatamente a partire dai processi di decolonizzazione degli anni 1960, i *primo-arrivants* diventano in grande maggioranza extra-europei. Originari dei Paesi del Nord Africa (soprattutto Marocco, Algeria e Tunisia), dei Paesi francofoni dell'Africa sub-Sahariana e del sud-est asiatico i nuovi immigrati diventano sempre più visibili perché portatori di colori, lingue, usi e tradizioni assai diverse. A queste popolazioni si aggiungono i migranti di ritorno, ovvero quei Francesi o discendenti di Francesi che dalle colonie rientrano in "territorio metropolitano" al momento delle indipendenze. Tra il 1966 ed il 1975 più di 1,5 milioni di persone rimpatriano, o emigrano verso una madrepatria in realtà sconosciuta. Si tratta dei *pieds-noirs* (espressione nata in riferimento ai rimpatriati dal Magreb), una popolazione variegata, fatta di Europei, di meticci, di popolazioni locali naturalizzate.

Dopo una prima chiusura delle frontiere nel 1932 (la legge del 10 agosto 1932 intitolata assai esplicitamente "*protégeant la main d'oeuvre nationale*"), sarà la crisi economica della metà degli anni '70 del Novecento e l'emergere di forti pulsioni xenofobe politiche e sociali a portare ad un sostanziale capovolgimento della politica migratoria francese. Le Circolari Marcellin-Fintanet del 1972 condizionano per la prima volta nella storia del Paese il diritto di soggiornare sul territorio francese ad un contratto di lavoro e "all'attestazione di un'abitazione decente". Ciò provoca la prima mobilitazione di massa dei *sans-papiers*²⁴.

Tra il 1980 il 2014 si contano più di 30 riforme della legislazione sull'immigrazione, che è diventata spesso terreno emblematico di scontro politico e manifesto politico dei diversi schieramenti che si sono alternati al governo del Paese.

Sono del 1993 le due norme che determinano una strutturale modifica nella politica migratoria francese. La prima è la legge n.93-933 del 22 luglio 1993, la legge Méhaignerie "*réformant le droit de la nationalité*", che introduce il requisito della "manifestazione della volontà" come condizione di accesso alla nazionalità francese per i minori nati in Francia da genitori stranieri e che abroga il diritto alla doppia nazionalità per i fanciulli nati in Francia da genitori nati nelle ex-colonie. Segue la più famosa legge Pasqua, n. 93-1027 del 24 agosto "*relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France*" che procede ad un irrigidimento delle condizioni di ingresso dei nuovi immigrati, estende i poteri prefettizi di espulsione tramite ricondotta alla frontiera, restringe le categorie protette dalle pratiche di espulsione, restringe le condizioni dei ricongiungimenti familiari (proibendo, ad esempio, il ricongiungimento familiare alle famiglie poligamiche²⁵) ed elimina il diritto alla protezione sociale per gli immigrati in posizione irregolare²⁶.

A mettere fortemente in questione il modello francese che, malgrado alcune aperture a misure di carattere comunitarista, restava fondato sul principio di cittadinanza repubblicana²⁷ sono stati gli *émeutes des banlieues* del 2005. Gli *émeutes* infiammarono per settimane le periferie delle grandi città di Francia, abitate in larga maggioranza da persone socialmente, economicamente e culturalmente vulnerabili che, pur non necessariamente stranieri né immigrati, non si percepivano come parte della "nazione". Di fronte al fenomeno, l'allora Presidente Sarkozy introdusse la distinzione tra una positiva *immigration choisie* ed una negati-

va *immigration subie* o addirittura *immigration jetable* (soprattutto a causa dei ricongiungimenti familiari) e ancora la contrapposizione tra *mauvais Français* e *bon citoyen*²⁸.

La recentissima legge sull'immigrazione che risente anche del dibattito politico e mediatico che ha fatto seguito agli eventi drammatici dell'attentato al settimanale satirico *Charlie Hebdo* nel gennaio 2015, la loi n. 2016-274 del 7 marzo 2016 "*relative au droit des étrangers en France*"²⁹, persegue tre obiettivi di fondo: ostacolare più efficacemente l'immigrazione irregolare; rafforzare l'attrattiva della Francia vis-à-vis le fasce più istruite dei migranti, facilitando la mobilità dei "talenti internazionali"; ed infine rendere più efficiente l'accoglienza e le condizioni di soggiorno e di integrazione degli immigrati regolari.

La legge standardizza il titolo di soggiorno (della durata di due o quattro anni a seconda delle ragioni alla base dell'immigrazione) per tutti gli stranieri e la *carte de résident* (di durata decennale) potrà essere richiesta alla fine del primo soggiorno pluriennale. Parallelamente la legge definisce un nuovo percorso di integrazione, che si fonda su un vero e proprio *contrat d'intégration républicaine*, che sostituisce il precedente *contrat d'accueil et d'intégration*, che prevede un percorso, quanto più possibile personalizzato, di integrazione "repubblicana" attraverso l'apprendimento della lingua e la familiarizzazione con "la vita in Francia e con i diritti e i doveri che vi sono riconnessi" (art.1)³⁰. A sovrintendere questo percorso di integrazione è l'*Office français de l'immigration et de l'intégration*, cui è stato assegnato un budget di 200 milioni di euro per il 2016.

Interessante ai fini della nostra trattazione, infine, è che la legge precisa il diritto di soggiorno per gli stranieri malati. Per tutelare contemporaneamente il diritto alla salute degli individui e quello della collettività, lo straniero malato che non ha accesso alle cure nel Paese di origine acquisisce il diritto ad un permesso di soggiorno di durata annuale. Lo straniero malato, inoltre, non può essere espulso.

3. I numeri: le difficili stime di un fenomeno sfuggente

L'immigrazione è un fatto sociale eterogeneo, dai contorni sfuggenti e che mal si presta a facili misurazioni. Anche in Francia le statistiche e le stime sulla presenza di immigrati e stranieri nell'*Hexagone* stentano a dare conto in maniera precisa delle quantità di "flussi" e "stock" del fenomeno ed i dati presentati di seguito risultano necessariamente disomogenei.

Secondo i dati più recenti del Ministero dell'Interno, a dicembre 2016 vivevano in Francia poco meno di 3 milioni di persone straniere con un valido titolo di soggiorno, di cui più di 1 milione per motivi familiari, quasi 1 milione come residenti permanenti con titolo di soggiorno di validità superiore ai 10 anni, 170.000 a titolo di studio, 135.000 per motivi economici e quasi 300.000 per motivi umanitari³¹. A costoro si aggiungono gli stranieri provenienti da un Paese dell'Unione europea, che non necessitano di un titolo di soggiorno per risiedere sul territorio francese. Secondo i dati Eurostat, a gennaio 2015 risiedeva in Francia circa 1,5 milioni di cittadini di uno Stato Membro dell'Unione Europea³².

Nel 2016 sono stati rilasciati 227.550 nuovi titoli di soggiorno, con un aumento del 4,6% rispetto all'anno precedente. Tale crescita è dovuta soprattutto al sensibile aumento del numero dei rifugiati, che ha registrato un incremento del 45% (19.845 nuovi permessi di sog-

giorno per i rifugiati). L'immigrazione a carattere familiare (che resta sempre la ragione principale dei flussi migratori e che supera il 70% del totale) è diminuita del 2,3%, mentre i titoli di soggiorno concessi per motivi di lavoro sono aumentati del 9,4% rispetto al 2015, e sono arrivati a rappresentare il 10% del totale. Il 2016 ha poi visto il più alto numero in assoluto (70.205) di titoli di soggiorno per ragioni di studio.

La nazionalità francese è stata attribuita a 89.000 persone nel corso del 2016. Si tratta dunque di individui che escono dalle statistiche riguardanti gli stranieri presenti in Francia. Di queste 89.000, 21.000 attribuzioni per matrimonio e le restanti per naturalizzazione.

Complicato è, infine, valutare i numeri dei *sans-papiers*. Le stime sono assai approssimative e la forbice è ampia. La popolazione dei *sans-papiers* nel 2016 è stimata tra le 200.000 e le 400.000 persone, ed è composta da chi arriva in maniera irregolare sul territorio francese, ma anche da quegli immigrati che non riescono a rinnovare i titoli di soggiorno e dai richiedenti asilo e protezione umanitaria a cui tali misure sono negate ma che non lasciano il Paese³³.

Dunque tra immigrati regolari di origine extra Unione europea, immigrati di origine europea e *sans-papiers* la popolazione totale di immigrati in Francia arriva a quasi 6 milioni di persone, meno del 10% dell'intera popolazione del Paese.

La piramide d'età degli immigrati ha una tipica forma a "trottola", con pochi bambini, pochi anziani e la stragrande maggioranza della popolazione concentrata nelle fasce di età tra i 25 ed i 65 anni. L'età media degli immigrati è di 45 anni, ma se scorpiamo quella degli immigrati europei (più di 52 anni) e quella degli extra-europei (meno di 40 anni), l'immagine cambia. Se si osservano invece esclusivamente i flussi di entrata, si constata come il fenomeno migratorio concerna principalmente i giovani-adulti. L'età media dei *primo-arrivant* extra-europei è, infatti, di 28 anni.

Infine, resta da osservare come la popolazione immigrata si sia ormai femminilizzata, ovvero si trova nella popolazione immigrata sostanzialmente la medesima ratio maschi/femmine che caratterizza la popolazione autoctona francese.

Si tratta ovviamente di dati di rilievo nel dibattito sull'impatto dell'immigrazione sul sistema sanitario francese.

4. Il sistema sanitario francese tra universalismo ed esclusione

Il sistema sanitario francese è un sistema pubblico, che fornisce una copertura sanitaria universale basata sulla residenza, finanziato attraverso i contributi sociali sui salari dei lavoratori (l'assicurazione sanitaria pubblica³⁴) e le imposte, che servono a garantire l'accesso alla sanità a tutti i cittadini, indigenti inclusi. L'erogazione dell'assistenza sanitaria è organizzata attraverso fornitori pubblici e privati, secondo un principio di compenetrazione tra pubblico e privato improntato ai criteri di sussidiarietà orizzontale³⁵.

Si tratta di un sistema che resta sostanzialmente centralizzato, seppur naturalmente strutturato a livello territoriale su base regionale e dipartimentale. La legge n.2009-879 del 21 luglio 2009, la loi Bachelot volta ad apportare riforme negli ospedali e rispetto ai pazienti, la salute e i Territori (la più recente norma di riforma del sistema sanitario francese), ridefinen-

do l'organizzazione del sistema sanitario su tutto il territorio francese crea, a livello regionale, le *Agences régionales de santé*, responsabili della programmazione dell'assistenza sanitaria e dell'erogazione dei servizi a livello regionale e dipartimentale, pur lasciando inalterate le competenze dello Stato centrale nella determinazione della politica sanitaria del Paese³⁶.

Sotto il profilo dell'effettivo funzionamento del sistema, giova ricordare che, differentemente dal sistema sanitario italiano o britannico, in Francia le prestazioni sanitarie di base non ospedaliere, fatta eccezione per quelle d'urgenza, vengono effettuate con diretto pagamento da parte dei pazienti, che sono poi rimborsati dall'Assurance maladie, ad eccezione delle persone coperte da *Couverture Maladie Universelle* (dal 2016 *Protection universelle maladie*) e dall'*Aide médicale d'Etat*, alle quali non è richiesto alcun esborso monetario³⁷.

L'idea di una copertura medica gratuita per gli indigenti entra nel sistema francese già nel 1893, quando la legge del 15 luglio riconosce a tutti i Francesi "privi di risorse" il diritto all'assistenza sanitaria, includendo anche "gli stranieri malati, privi di risorse", a condizione che esista un accordo di reciprocità con lo Stato di provenienza³⁸. A partire da quel momento, l'assistenza sanitaria gratuita per gli indigenti si è sempre estesa anche agli stranieri: era sufficiente risiedere in Francia per averne diritto. Le basi del sistema sanitario odierno sono definite dalle ordinanze del 4 e del 19 ottobre del 1945 del governo De Gaulle, che ispirandosi alle proposte formulate dal *Conseil National de la Résistance*, riuniscono i precedenti sistemi assicurativi (assicurazione malattia, assicurazioni pensionistiche, assicurazioni infortuni, etc...) in un unico sistema per le persone soggette alla quotizzazione obbligatoria, ovvero a prelievi sui salari e versamenti dei lavoratori autonomi: la *securité sociale*, fondata su tre pilastri: uguaglianza di accesso alle cure, qualità delle cure e solidarietà. A fianco, l'*Aide médicale gratuite* per i più poveri. In entrambi i casi senza distinzione tra Francesi e stranieri o immigrati³⁹. Il quadro cambia radicalmente con la legge Pasqua del 1993 che condiziona tutte le prestazioni di carattere sanitario e previdenziale degli stranieri, ivi compresa l'eventuale *assurance maladie*, alla regolarità del soggiorno e costringe de facto tutti i *sans-papiers* e le loro famiglie a rivolgersi all'*Aide médicale gratuite*, con restrizioni importanti, quali ad esempio la capacità di dimostrare almeno tre anni di residenza in Francia per poter beneficiare di cure domiciliari.

Il dibattito dell'ultimo decennio del Novecento sulla necessità di armonizzare il sistema di sicurezza sociale e creare una copertura universale sfocia nel 1999 nell'adozione della loi n.99-641 del 27 luglio che istituisce la *Couverture Maladie Universelle* (CMU) per provvedere alle persone non affiliabili all'*assurance maladie* secondo i criteri socio-professionali. Rispetto alla popolazione straniera, la CMU permette a chi risiede in Francia in maniera stabile e legale di beneficiare della *securité sociale* francese a copertura delle spese sanitarie senza che la persona sia coperta da un regime obbligatorio di *assurance maladie*. Attraverso questa misura avviene uno spostamento della stragrande maggioranza degli stranieri all'interno di una logica di *assurance*, lasciando l'*aide médicale*, finanziato interamente dallo Stato, sostanzialmente solo per i *sans papier*.⁴⁰ Al momento dell'entrata in vigore della CMU si stimava che più di 150.000 persone fossero sprovviste di copertura sanitaria⁴¹. Prima di essere sostituita nel 2016 dalla *Protection universelle maladie* (PUMA), nel 2015 la CMU ha coperto circa 1,7 milioni di individui⁴². A fianco della CMU, la *CMU complémentaire* permette

di coprire anche le spese non coperte dalla CMU (come alcune spese dentistiche e oculistiche, ad esempio). La CMU-C è gratuita per le persone il cui reddito è inferiore a plafond stabiliti annualmente (per il 2017 è di 8.723 euro per una persona, 13.850 per due, etc...). Ad inizio 2016 la CMU-C copre circa 4,3 milioni di persone⁴³.

“Basata sul principio della lotta contro l'esclusione, la legge n.99-641 mira a estendere la protezione sociale al maggior numero possibile di persone che risiedono in Francia. Ed in effetti la creazione della CMU ha permesso alle persone più vulnerabili e a quelle più economicamente marginalizzate di essere integrate all'interno del regime di diritto comune”⁴⁴. L'accesso alla CMU è infatti garantito, oltre che agli stranieri regolarmente residenti sul territorio francese, anche ai richiedenti asilo che possano dimostrare un periodo di soggiorno superiore ai tre mesi. Se dunque da un lato la CMU ha facilitato l'accesso alle cure agli stranieri in situazione stabile e regolare, essa ha “aggravato l'esclusione degli stranieri con titolo di soggiorno precario e dei *sans-papiers*”⁴⁵.

La *loi de financement de la sécurité sociale pour 2016*, n° 2015-1702 del 21 dicembre 2015, ha ulteriormente modificato il sistema, introducendo a partire dal 1 gennaio 2016 la *Protection universelle maladie* (PUMA) in sostituzione della CMU, che permette condizioni di copertura delle spese sanitarie più ampie. Resta invece in vigore la CMU-C (*Couverture maladie universelle complémentaire*). Il decreto n° 2017-240 del 24 febbraio 2017, *relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie*, chiarisce all'art. 1 che la regolarità del soggiorno è conditio sine qua non per poter beneficiare della PUMA.

Nel corso degli ultimi 25 anni dunque si è assistito ad una sempre crescente divaricazione tra protezione sociale, e sanitaria, per gli stranieri regolarmente residenti, che sono assimilati in toto alla popolazione nazionale (sia che siano soggetti alla quotizzazione, e dunque affiliabili secondo le specifiche categorie socioeconomiche, sia che non siano soggetti alla quotizzazione) e ai quali è estesa anche la copertura complementare da un lato, e *Aide médicale d'Etat* (AME) per gli irregolari, dall'altro.

La copertura dell'AME non è però né automatica né onnicomprensiva. Fatte salve le prestazioni ospedaliere d'urgenza, per beneficiare delle prestazioni dell'AME è indispensabile farne domanda e dimostrare la propria identità, la presenza documentata in Francia da almeno tre mesi, e la condizione di indigenza. L'AME ha durata annuale senza rinnovo automatico. Il “*panier de soins*”, ovvero le prestazioni coperte, non è illimitato: oltre ad escludere prestazioni quali le cure termali e, ad esempio, la procreazione medicalmente assistita, prevede plafond predeterminati per le cure specialistiche ed il rimborso esclusivamente di farmaci generici⁴⁶.

Al di là delle forti critiche portate al sistema dalle associazioni a tutela dei migranti per la difficoltà di accesso all'AME e per la restrizione delle prestazioni sanitarie previste⁴⁷, l'osservazione che pare più interessante è quella di chi sottolinea come a partire dal 1993 il sistema sanitario, nato nel 1945 con un chiaro intento universalista, si sia progressivamente trasformato in un sistema binario in cui l'accesso alle cure è determinato dalla regolarità del soggiorno sul territorio francese: da un lato Francesi e stranieri regolarmente residenti,

dall'altro stranieri *sans-papiers*. “Gli esclusi sono sempre meno, ma il livello di esclusione è aumentato esponenzialmente”⁴⁸.

5. La santé n'a pas de prix? I costi del sistema sanitario

Sotto il profilo dei costi, l'assicurazione sanitaria copre in media il 75% delle prestazioni mediche di base, e la differenza è coperta da eventuali assicurazioni private complementari (e dalla CMU-C nel caso delle persone più povere) o da pagamenti diretti da parte dei cittadini. Ovviamente, l'AME è a totale carico dello Stato.

Secondo i dati più recenti del *Ministère des Affaires Sociales et de la Santé*, la “*consommation des soins et biens médicaux (CSBM)*” nel 2015 è stimata pari a 194,6 miliardi di euro, ovvero 2.930 euro a persona. Essa rappresenta l'8,9% del PIL. La spesa sanitaria, che nei primi anni 2000 cresceva tra il 5 ed il 6% all'anno, dal 2008 ha subito un forte arresto, stabilizzandosi su un tasso di crescita tra il 2 ed 3%. Un'ulteriore frenata si è registrata nel 2015, quando il tasso di crescita è stato solo dell'1,8%. Si tratta di una riduzione dovuta da un lato alla riduzione dei prezzi di beni e servizi e, dall'altro, alla moderazione dei volumi dei medesimi beni e servizi, ovvero si spende meno per ogni prestazione e le prestazioni diminuiscono. Come appena sottolineato, oltre il 75% della CSBM è finanziato dalla *securité sociale*⁴⁹, oltre il 13% dalla previdenza complementare, circa l'8,5% dai cittadini e meno dell'1,5% dallo Stato e dalla comunità locali. E' in questo 1,5% che rientrano i costi che corrispondono da un lato alla spesa sanitaria dei più poveri, Francesi e stranieri, coperti dalla PUMA e dalla CMU-C, e dall'altro alle prestazioni versate agli invalidi di guerra (sempre meno per ovvie ragioni demografiche), alle prestazioni d'urgenza e all'*Aide Médicale d'Etat* (AME). Sono in questi ultimi due comparti che si inseriscono le spese per tutti coloro che non sono coperti dall'assicurazione sanitaria pubblica, ovvero i *sans-papiers*.

Nel 2016 il costo relativo all'AME è stato di 700 milioni di euro (con più di 315.000 beneficiari), mentre ammonta a 44,5 milioni quello della medicina d'urgenza non coperta dall'*assurance maladie*. E' abbastanza interessante constatare come il dibattito politico e mediatico si sia concentrato negli ultimi anni su questa spesa, che se rapportata all'intera CSBM ne rappresenta poco meno dello 0,36%, piuttosto che sul totale 1,5% di costi del sistema sanitario a diretto carico dell'erario⁵⁰. La soppressione dell'AME è stata oggetto di dibattito anche nella campagna presidenziale 2017, e diversi candidati, tra cui non solo Marine Le Pen, ma anche François Fillon, ne hanno sostenuto le ragioni. Sotto il profilo prettamente economico si tratta di un capitolo di spesa minore, ma sotto un profilo sanitario esso rappresenta un presidio di cruciale importanza per la salute pubblica, aiutando a prevenire la diffusione di malattie che, se non curate, rischierebbero di diventare un serio problema sanitario e di costare molto di più al Paese⁵¹. Di nuovo, il dibattito politico e mediatico sembra sostanzialmente prescindere dai dati.

Dopo decenni di severo deficit, nel 2016 il ministro della *Securité sociale* ha annunciato che nel 2017 si raggiungerà un sostanziale pareggio di bilancio, malgrado la *branche maladie* continui a registrare un deficit stimato di 400 milioni di euro. La riduzione dei costi,

dunque, resta un tema reale, tanto più se si considera che, a partire dalla *loi constitutionnelle no 96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale* l'articolo 34 della Costituzione francese prevede che le leggi di finanziamento della *sécurité sociale* determinino le condizioni generali della propria sostenibilità economica. Ciò implica, da un lato che il pareggio di bilancio diventi parametro costituzionalizzato per definire le misure adottate in ambito socio-sanitario e, dall'altro, che nessuna legge ordinaria possa introdurre misure che abbiano un impatto sulle "condizioni generali" dell'equilibrio finanziario della *sécurité sociale*, così come definito dalla legge di finanziamento della *sécurité sociale* per l'anno di riferimento. Malgrado sia sul secondo aspetto che si sia maggiormente concentrata la giurisprudenza, soprattutto amministrativa, di rilievo per la nostra analisi è piuttosto il necessario bilanciamento tra tutela della salute e risorse economiche.

Pronunciandosi per la prima volta in materia nella sentenza n. 97-393 del 1997 sulla costituzionalità della *loi de financement de la sécurité sociale pour 1998*, il Conseil Constitutionnel ha sostenuto come, in effetti spetti al legislatore conciliare le diverse esigenze dell'equilibrio finanziario con i doveri solidaristici e la tutela della salute individuale e pubblica, dal momento che i due tipi di esigenze possono facilmente essere in conflitto⁵². Il Conseil, inoltre, ha pienamente riconosciuto il valore costituzionale dell'equilibrio finanziario della *securité sociale*, valore che è stato ripreso e ribadito nella *Décision n° 2002-463* del 12 dicembre 2002.

La necessità di una conciliazione tra diritto alla tutela della salute e disponibilità di risorse, che dunque pone, in un certo senso, delle condizioni alla tutela della salute, è ribadito nella successiva giurisprudenza del Conseil Constitutionnel (*Décision n° 2004-504 DC* du 12 août 2004; *Décision n° 2010-620 DC – 16 décembre 2010*)⁵³, senza però che siano stati discussi, ad oggi, casi eclatanti in cui il Conseil abbia dovuto pronunciarsi sulla correttezza di questo necessario bilanciamento. Infatti, "dopo la legge costituzionale del 1996 il Conseil aveva stabilito che il diritto alla protezione della salute avrebbe dovuto d'ora in poi conciliarsi con il principio dell'equilibrio finanziario della *securité sociale*. Si sarebbe potuto supporre, dunque, che la consacrazione del valore costituzionale di tale principio avrebbe potuto giustificare una rimessa in discussione di alcuni principi della medicina liberale per permettere una politica di controllo della spesa sanitaria fondata sul controllo dell'offerta delle cure. Ma ciò non si è avverato"⁵⁴.

6. L'impatto dell'immigrazione sull'*Etat-providence*

Al di là della retorica e delle polemiche politiche e mediatiche che ruotano principalmente attorno all'*Aide Médical d'Etat*, che come sottolineato pesa per circa lo 0,36% del costo dei servizi sanitari, ma che in effetti ha tutte le caratteristiche per essere l'oggetto privilegiato del dibattito sia perché facilmente identificabile (ovvero non sono necessari complicati calcoli per determinarne il costo), sia perché apparentemente senza "benefici" se non il rispetto dei diritti fondamentali di una popolazione altresì fortemente stigmatizzata e la tutela, in via generica, della salute pubblica, sia infine perché rivolto appunto ai *sans-papier*, calco-

lare l'effettivo impatto del fenomeno migratorio sul sistema sanitario francese e più in generale sull'*Etat-providence* resta esercizio complesso.

Per lungo tempo le politiche francesi atte a favorire e addirittura a sollecitare l'immigrazione sono state un chiaro indicatore della prevalenza dei benefici rispetto ai costi per il sistema-Paese nel suo complesso. Nel corso degli ultimi decenni il quadro è profondamente mutato ed è diventato più articolato, così che sarebbe fuorviante desumere il vantaggio o lo svantaggio derivante dal fenomeno migratorio dalla semplice analisi delle politiche di immigrazione. Non ci sono dati né studi che esplicitamente misurino l'impatto dell'immigrazione sul sistema sanitario, anche perché, come già sottolineato, la stessa nozione di immigrato spesso non dà conto né *de jure* né *de facto* della posizione dell'individuo nel tessuto sociale francese. Inevitabile, allora, fondare l'analisi su stime e studi di natura differente, dalla demografia all'economia della sanità.

Malgrado la Francia abbia il secondo più alto tasso di natalità dei Paesi UE (12 nuovi nati ogni 1000 abitanti nel 2016⁵⁵- appunto il secondo dopo l'Irlanda) ed il più alto tasso di fertilità (1,96 figli per donna nel 2015⁵⁶) la popolazione invecchia. L'effetto dell'invecchiamento della popolazione sui costi del sistema sanitario, oltre che, ovviamente sulla tipologia di cure e servizi, è da tempo al centro della riflessione scientifica, tanto che l'equazione : invecchiamento della popolazione e aumento dei costi risulta quasi banale⁵⁷.

Sulla base dei trend di medio periodo, nel 2012 la Commissione Europea aveva calcolato un aumento superiore al 3% della spesa pubblica francese semplicemente legato all'invecchiamento della popolazione, in larga parte dovuto all'aumento dei costi relativi alla spesa sanitaria⁵⁸. Si tratta di un aumento difficilmente compensabile, se non attraverso un incremento rapido della popolazione attiva, capace di controbilanciare il trend demografico della popolazione autoctona. Senza entrare nel dibattito sulla policy di "immigrazione sostitutiva"⁵⁹ come efficace strumento per assicurare la sostenibilità dell'*état-providence*, ed in particolare per quanto riguarda il sistema pensionistico e il sistema sanitario su cui l'impatto diretto (maggiore spesa sanitaria) ed indiretto (minore porzione di popolazione attiva) dell'età è più forte, *sufficit* in questa sede sottolineare come studi economici dimostrino che l'immigrazione contribuisce a ridurre il peso della tassazione legato ad un incremento della spesa sociale dovuto all'invecchiamento della popolazione e a un corrispettivo decremento della popolazione attiva⁶⁰. "L'immigrazione riduce il peso delle tasse su una popolazione che invecchia. In assenza di immigrazione, i costi per la protezione sociale crescerebbero dal 1,9% del PIL (stime con immigrazione ai tassi attuali) al 2,9% nel 2060, per raggiungere il 3,4% nel 2100, contro l'1,4% se si mantenesse l'attuale tasso di immigrazione"⁶¹.

Si tratta di un dato in chiara contro-tendenza rispetto al discorso mediatico sull'immigrazione, assai più frequentemente dipinta come un peso piuttosto che come risorsa economica. "Anche se in media gli immigrati sembrano pagare meno tasse e ricevere più benefici rispetto ai «nativi», la differenza della struttura dell'età della popolazione immigrata rispetto a quella dei Francesi comporta che il contributo medio netto di un immigrato al budget statale è superiore a quello di un «nativo»"⁶². Ed il beneficio risulterebbe ancora maggiore se le politiche di immigrazione fossero maggiormente selettive in favore di lavoratori qualificati, il cui contributo specifico al PIL risulterebbe maggiore rispetto alla manodopera non qualificata⁶³,

ed in effetti proprio questa è, almeno nelle intenzioni, la direzione assunta dalla recente riforma della normativa in materia di immigrazione, come già sottolineato. Interessante è, allora, entrare, per quanto ci è possibile, nel dettaglio dell'analisi.

Vi è una consolidata letteratura scientifica che dimostra che in Francia, come nella grande maggioranza dei Paesi industrializzati, le persone che fanno parte delle classi sociali più elevate in media godono di uno stato di salute migliore⁶⁴. Partendo da questo presupposto, e considerando la popolazione immigrata come una popolazione tendenzialmente più esposta alla marginalità sociale ed economica, ci aspetteremmo che gli immigrati godano in media di uno stato di salute peggiore rispetto alla popolazione autoctona. Ciò è sostanzialmente smentito dalla concomitanza di alcuni fattori: da un lato il cosiddetto "effetto migrante sano"⁶⁵, per cui a migrare sono le persone che mediamente hanno condizioni di salute migliori nelle società di partenza. Ne deriva che "le persone di immigrazione recente hanno uno stato di salute globalmente migliore delle popolazioni autoctone"⁶⁶ e di conseguenza in termini di spesa sanitaria essi costano meno, in media, delle popolazioni autoctone appartenenti alla medesima fascia di età. A ciò si aggiunge il cosiddetto "effetto salmone" ovvero la tendenza degli immigrati di ritornare al Paese d'origine dopo la pensione o comunque verso il termine della vita⁶⁷, così che essi pesano in genere meno sul sistema socio-sanitario esattamente quando in genere maggiori sono i costi. Ma è altresì vero che un numero consistente di studi in contesti differenti dimostrano come lo stato di salute degli immigrati si degradi nel corso della permanenza nei Paesi di accoglienza per una serie di fattori tra cui : isolamento e sradicamento⁶⁸; maggiore esposizione alla marginalità sociale⁶⁹; remunerazioni più basse, discriminazioni sul mercato del lavoro e condizioni di lavoro più dure⁷⁰; minore conoscenza del sistema dei servizi e difficoltà di comunicazione⁷¹; ed infine una diversa percezione delle malattie e dei fattori di rischio⁷².

L'effetto del migrante sano e la preferenza a favore del ritorno al Paese d'origine al deteriorarsi delle condizioni di salute vengono dunque parzialmente controbilanciati dal peggioramento della salute degli immigrati al permanere in Francia. Se valutati nel tempo e soprattutto nel passaggio dagli immigrati di prima e di seconda generazione, dunque, i costi per la salute degli stranieri arrivano ad equivalere a quelli della popolazione autoctona⁷³.

Rispetto alla popolazione autoctona, però, gli immigrati restano più esposti a malattie particolarmente stigmatizzanti e facilmente identificabili come le malattie degli immigrati quali la tubercolosi (dei circa 5.000 casi nel 2013, il 65% coinvolgeva *primo-arrivants* d'origine africana); la scabbia, l'epatite B e l'HIV (per tutte queste patologie – ed in particolar modo HIV che viene spesso scoperto solo quando ormai la malattia ha raggiunto lo stadio di AIDS conclamato- il depistaggio tardivo compromette più seriamente la salute dell'individuo, e rappresenta inoltre un maggior pericolo per la comunità)⁷⁴.

La migrazione, inoltre, accresce la vulnerabilità psichica, e ne sono particolarmente esposti rifugiati e richiedenti asilo, così come essa accresce la vulnerabilità delle donne, maggiormente esposte rispetto alla popolazione femminile francese sia alle malattie sessualmente trasmesse, sia ai tumori legati all'apparato genitale in quanto più riluttanti a ricorrere alle cure mediche e ai protocolli di prevenzione. Il tasso di mortalità materna legato al parto resta più elevato nella popolazione straniera (12,5 su 100.000 nascite) rispetto alle

donne francesi (7,9 su 100.000 nascite), malgrado alcuni fattori di rischio quali il fumo e l'età siano più ridotti⁷⁵.

Occorre ricordare, infine, che “il ricorso ai servizi sanitari degli immigrati, quale che sia il loro status (individui in situazione regolare, irregolare, rifugiati, richiedenti asilo) è reso complesso dalla moltiplicazione dei livelli di intervento e dei livelli decisionali da cui tali servizi dipendono. Ciò dipende, infatti, contemporaneamente dal quadro delle politiche sanitarie, da quello delle politiche migratorie e da quello delle politiche dell'assistenza sociale”⁷⁶. Se dunque per un verso la molteplicità dei luoghi di cura a cui gli immigrati possono accedere (le strutture sanitarie comuni -pubbliche e private; le strutture di accoglienza pubbliche per le persone in situazione di precarietà sociale; le strutture pubbliche destinate specificamente ai bisogni degli immigrati – come ad esempio l'*Aide médicale a Calais*; ed infine le strutture del *bénévolat social*) moltiplica le opportunità di tutela della salute, per un altro verso questo panorama frastagliato rende più complicato comprendere il funzionamento del sistema sanitario da parte degli immigrati e rende più frequenti sovrapposizioni di servizi o lacune.

Ultimo dato interessante da discutere prima di procedere alla conclusione del ragionamento è la frequenza del ricorso al sistema sanitario ed il fenomeno della migrazione a scopo sanitario, che rappresenterebbe un costo netto per il Paese di accoglienza, non potendo trarre che un beneficio ridotto (ed a volte anche nullo) dalla presenza dello straniero malato sul proprio territorio. Secondo il rapporto di *Médecins du Monde* del 2009 sull'accesso alle cure in Europa da parte degli immigrati, “la salute è citata solo nel 6% delle motivazioni che sostanziano la migrazione, ovvero solo una minima parte degli immigrati sono venuti in Europa per «approfittare» del sistema sanitario e sociale in Francia e per farsi curare”⁷⁷. I dati dell'INSEE dimostrano, poi, che gli immigrati tendono in media a non abusare del sistema sanitario. Se è vero che tendenzialmente essi vanno più di frequente all'ospedale rispetto ai Francesi (il 13% delle persone straniere tra 30 e 44 anni è andata all'ospedale almeno una volta nel corso dell'anno, contro l'11% dei «nativi»), gli immigrati consultano meno spesso il medico generico, ed ancora meno frequentemente i dentisti (57% contro 62%) ed i medici specialisti (48% contro 57%)⁷⁸.

7. Riflessioni conclusive

La Francia, Paese di immigrazione da lungo tempo, nel corso dei decenni ha definito il proprio sistema sanitario così da cercare di garantire il rispetto dei diritti fondamentali di tutti gli individui ed assicurare, al contempo, la sostenibilità del sistema. Malgrado il dibattito politico ed il discorso mediatico si sia concentrato molto sulle possibili conseguenze negative dell'immigrazione sulla qualità e sulla quantità dei servizi in ambito sanitario, nonché sulle minacce vis-à-vis la salute pubblica portate da fenomeni migratori mal governati, l'analisi di dati demografici ed economici, della letteratura scientifica e di normativa e giurisprudenza in materia mostrano una realtà capace di governare la complessità delle sfide poste dai flussi migratori degli ultimi decenni.

Tutti gli immigrati e gli stranieri con regolare titolo di soggiorno sono coperti dalla *secutité sociale* o dalla *couverture maladie universelle complémentaire*, e, come abbiamo visto,

in media contribuiscono di più al mantenimento dell'*Etat-providence* rispetto a quanto costano. E tale effetto positivo sarebbe addirittura maggiore se si riuscisse a contenere il processo di progressivo deterioramento delle condizioni di salute degli immigrati una volta stabiliti in Francia. Se dunque ad orientare le decisioni pubbliche deve essere principalmente un'analisi costi-benefici, il dibattito potrebbe spostarsi su un versante che molto ha a che fare con la marginalità sociale (ricordiamo che gli studi in materia individuano isolamento, sradicamento, remunerazioni più basse, discriminazioni sul mercato del lavoro e condizioni di lavoro più dure, minore conoscenza del sistema dei servizi e difficoltà di comunicazione come cause principali di questo fenomeno). Il focus dell'analisi dovrebbe spostarsi, allora, dall'impatto dell'immigrazione sul sistema sanitario alle "ineguaglianze sociali in termini di salute"⁷⁹, ma ciò condurrebbe troppo lontano il nostro discorso.

La questione si pone per i *sans-papiers*, per i rifugiati, i titolari di protezione sussidiaria ed i richiedenti asilo, che invece rappresentano un costo puro, almeno finché non rientrano nel circuito virtuoso della regolarità del soggiorno a cui si lega la quotizzazione sul salario e la relativa copertura sanitaria ovvero la PUMA⁸⁰. Si tratta, purtuttavia, di un costo che non supera lo 0,4% della spesa sanitaria nazionale.

Senza sottovalutare le istanze di chi si preoccupa per il contenimento dei costi della spesa pubblica, è lecito domandarsi, però, se il dibattito attuale su costo dei diritti e la dignità umana, intrinsecamente legati alla nozione di salute e di sanità⁸¹, non rischi di rappresentare un passo indietro rispetto all'apertura della legge 15 luglio 1893.

Concludiamo con un'ultima osservazione sull'impatto dell'immigrazione sui servizi sanitari che ha a che fare con i costi, le politiche di razionalizzazione della spesa e di efficienza delle cure e la questione della prossimità dei servizi. Anche in Francia, così come in altri Paesi europei ed in primo luogo in Italia, le riforme del sistema sanitario hanno progressivamente puntato alla soppressione degli "ospedali di prossimità", i piccoli ospedali il cui bacino di utenza non è più sufficiente ad assicurare la sostenibilità dei costi e la qualità delle cure⁸². La lontananza dai luoghi di cura, però, impoverisce il territorio e spesso riduce i tassi di sopravvivenza dei malati⁸³. L'azione di ripopolamento da parte della popolazione immigrata, soprattutto nelle zone rurali ed in generale nelle periferie dell'*Héxagone*, costituisce un argine, ancora debole per la verità, al fenomeno dello spopolamento e dell'invecchiamento della popolazione indigena e alla rarefazione dei servizi pubblici, quelli sanitari in primis⁸⁴. Le comunità locali possono allora trarre vantaggio, in termini di servizi al territorio, dai numeri degli immigrati, e soprattutto dalla composizione demografica dei *primo-arrivants*, in controtendenza rispetto a quella della popolazione francese⁸⁵. Certo, si tratta di servizi che costano e che forse non rispondono ai criteri di razionalizzazione della spesa pubblica, ma che si traducono in benefici importanti per la popolazione autoctona.

Note

1 Si ricorda che il diritto d'asilo è iscritto nel DNA dell'ordinamento francese, tanto che trova cristallizzazione nel preambolo della Costituzione del 1946 in cui si legge che "ogni persona perseguitata a causa della sua azione a favore della libertà ha diritto d'asilo sui territori della Repubblica". Sul valore del diritto d'asilo nell'ordinamento francese, si rinvia a : A. Le Pors, *Le droit d'asile*, Paris, Presses universitaires de France, 2005.

2 G. Noiriel, *Etat, nation et immigration*, Paris, Gallimar 2001, p. 102.

3<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/immigration/chiffres.shtml> (consultato il 24 febbraio 2017).

4 Secondo i dati del bilancio demografico 2017 presentati dall'Insee ad inizio 2017, la popolazione totale francese, compresa quella dei territori d'oltremare, era di 66.990.826 persone. Si veda: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926> (consultato il 7 marzo 2017).

5 IOM, *World Migration Records 2015*, Ginevra, 2015.

6 Ibidem, p. 17.

7 In particolare, assai acceso il dibattito sul diritto, parafrasando Hannah Arendt, degli stranieri ad "avere diritto" ai diritti sociali. Senza la pretesa di esaustività nella ricostruzione dei profili di tale dibattito, sufficit rinviare a C. Corsi, *Lo Stato e lo straniero*, Padova, CEDAM; 2001; C. Corsi, *Prestazioni sociali e cittadinanza*, in *Diritto, immigrazione, cittadinanza*, 2/2009; S. Rodotà, *Il diritto di avere diritti*, Roma-Bari, Laterza, 2012; T.H. Marshall, *Cittadinanza e classe sociale* (trad. it.), Torino, UTET 1976; A. Di Stasi, *I diritti sociali tra status civitatis, cittadinanza europea e integrazione sociale*, in ID. (a cura di) *I diritti sociali degli stranieri. Principi e disciplina in Italia e in Europa*, Roma, Eidos 2008; É. Balibar, *Cittadinanza*, Torino, Bollati Boringhieri, 2012; G. Romeo, *La cittadinanza sociale nell'era del cosmopolitismo: uno studio comparato*, Padova, CEDAM, 2011; S. Benhabib, *I diritti degli altri. Stranieri, residenti, cittadini*, Milano, Giuffré, 2006; B. Pezzini, *La decisione sui diritti sociali*, Milano, Giuffré, 2001; S. Holmes, C. Sunstein, *Il costo dei diritti. Perché la libertà dipende dalle tasse* (trad.it.), Bologna, Il Mulino, 2000.

8 D. Schnapper, *Qu'est-ce que la citoyenneté?*, Paris, Gallimard, 2000, p. 111.

9 Il tema dell'Etat-providence è ampiamente arato dalla dottrina sotto diverse approcci disciplinari. Senza ambizioni di esaustività si rinvia a : P. Rosanvallon, *La crise de l'Etat-providence*, Paris, Seuil, 1981; L. Mannori, B. Sordi, "Giustizia e amministrazione" in M. Fioravanti (cur) *Lo stato moderno in Europa*, Roma-Bari, Laterza, 2002; E. Mostacci, *L'État providence: singularità e contaminazioni nello sviluppo dello Stato sociale francese*, DPCE 2013.

10 La Documentation française, *Immigration et politique migratoire en France*, Paris, 2016

11 Per una ricostruzione dei diversi statuti degli stranieri in Francia si veda anche: E. Grosso, L'integrazione alla francese, in G. Cerrina Feroni, V. Federico (cur), *Società multiculturali e percorsi di integrazione*, Firenze, FUP, 2017; M. Calamo Specchia, "La condizione giuridica dello straniero extracomunitario in Francia tra "Droit d'asile" e "Droits de résident"", *Politica del Diritto*, n.1, 1998; E. Grosso, "Si fa presto a dire "ius soli". Considerazioni sparse sull'acquisto della cittadinanza nel diritto comparato", *Diritto, Immigrazione e cittadinanza*, n.2, 2013; P. Henriot, "L'etranger sous le regard du juge. La condition d'etranger devant les juridictions françaises", *Diritto, Immigrazione e cittadinanza*, n.3-4, 2015; K. Blairon, "L'immigrazione, ovvero la variabile geometria dei diritti fondamentali nel diritto costituzionale francese", in S. Gambino, G. D'Ignazio (cur), *Immigrazione e diritti fondamentali*, Milano, Giuffrè, 2010.

12 Servizio istituito dall'allora primo ministro Michel Rocard nel 1989 con funzione consultiva e dissolto a fine 2012.

13 <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1198> (consultato il 17 marzo 2017).

14 F. Héran, *Parlons d'immigration en 30 questions*, Paris, La Documentation Française, 2016, p. 15.

15 Per una discussione sui criteri di attribuzione della nazionalità francese secondo i classici principi dello ius soli, ius sanguinis e naturalizzazione, si veda : P. Weil, *Etre français : les quatre piliers de la nationalité*, Paris, ed. L'Aube, 2016; F. Jault-Seseke et alii, *Droit de la nationalité et des étrangers*, Paris, PUF, 2015

16 J.Y. Blum Le Coat e M. Eberhard, *Les immigrées en France*, Paris, La Documentation Française, 2014.

17 F. Meslé F., L. Toulement L, J. Véron, *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*, Paris, Armand Colin, 2011

18 Si veda in proposito: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F299> (visitato il 20 marzo 2017).

19 Interessante notare come il registro di stato civile nazionale e laico, ovvero non più basato sui registri parrocchiali di battesimi e funerali, da cui erano evidentemente esclusi ebrei e protestanti pur presenti sul territorio francese, nasca con l'ordinanza del 20 settembre 1792 dell'Assemblea legislativa, in forza della Costituzione del 3 settembre 1791 che stabiliva che "Le pouvoir législatif établira pour tous le habitants, sans distinction, le mode par lequel les naissances, les mariages et les décès seront constatés, et il désignera les officiers publics qui en resevront et conserveront les actes" (titolo II art. 7). Per più di un secolo, dunque, la costituenda nazione francese si fonda su un criterio inclusivo di definizione degli abitanti del Paese. Per un'analisi più approfondita: G. Noiriel, *La Tyrannie du national. Le droit d'asile en Europe*, Paris, Calmann-Levy, 1991.

20 Interessante notare, infatti, che in epoca rivoluzionaria i concetti di *homme* e *citoyen* non si contrapponevano in maniera antitetica, e da qui deriva, secondo D. Lochak, la

compresenza dei due termini nell'intitolazione della *Déclaration* del 1789. In epoca rivoluzionaria il passaggio dalla condizione di *étranger* a quello di *citoyen* era fluida, così da non creare tensioni né da dare origine alla definizione dei diritti attribuiti all'uno o all'altro status. D. Lochak, *Étrangers. De quel droit?*, Paris, PUF, 1985.

21 N. Fischer, C. Hamidi, *Les politiques migratoires*, Paris, La Découverte, 2016, p. 66-67.

22 In proposito: R. Schor, *Histoire de l'immigration en France de la fin du XIXe siècle à nos jours*, Paris, Armand Colin, 1996.

23 P. Blanchard, H. Dubucs, Y. Gastaut, *Atlas des immigrations en France*, Paris, Autrement, 2016, p. 30.

24 J. Siméant, *La cause des sans-papiers*. Paris, Presses de Sciences Po, 1998.

25 V. Federico, *Twists and turns in the language of rights*, in S. Bagni, G.A. Figueroa Mejía, G. Pavani (cur), *La ciencia del derecho Constitucional comparado Libro homenaje a Lucio Pegoraro*, México, Tirant Lo Blanch, 2017.

26 Sullo statuto costituzionale dello straniero in Francia si veda: D. Turpin, *Le statut constitutionnel de l'étranger*, in *Les petits affiches*, 15 mars 1991, n. 32; D. Lochak, *Étrangers: de quel droit?*, Paris, PUF, 1985; M. Calamo Specchia, op. cit., 1998; E.V. Zonca, *Cittadinanza sociale e diritti degli stranieri*, Padova, CEDAM, 2016.

27 Si veda: E. Grosso, op. cit 2017; D. Schnapper, *La Communauté des citoyens, sur l'idée moderne de nation*, Paris, Gallimard, 1994.

28http://www.lemonde.fr/societe/article/2006/04/27/pour-nicolas-sarkozy-l-immigration-choisie-est-un-rempart-contre-le-racisme_765946_3224.html (consultato il 23 marzo 2017).

29 <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/3/7/INTX1412529L/jo/texte> (consultato il 23 marzo 2017).

30 Per un'analisi critica della nuova normativa si rinvia a E. Grosso, op. cit. 2017.

31<http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Donnees-statistiques/Donnees-de-l-immigration-de-l-asile-et-de-l-acces-a-la-nationalite-française> (consultato il 24 marzo 2016).

32[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Non-national_population_by_group_of_citizenship,_1_January_2015_\(%C2%B9\)_YB16-fr.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Non-national_population_by_group_of_citizenship,_1_January_2015_(%C2%B9)_YB16-fr.png) (consultato il 24 marzo 2017).

33<https://ldhsarlat.wordpress.com/2017/01/05/les-sans-papiers-en-france/> (consultato il 24 marzo 2017).

34 L'assicurazione sanitaria è composta da differenti regimi sanitari: il regime generale che copre i lavoratori nei settori di industria e commercio ed i loro familiari, il regime agricolo per agricoltori, lavoratori agricoli e familiari, il regime dei lavoratori autonomi e liberi pro-

fessionisti e familiari, ed infine i beneficiari della *protection universelle maladie (PUMA)*, che a partire dal 1 gennaio 2016 ha sostituito la precedente copertura sanitaria universale che permette a tutte le persone sprovviste di altra assicurazione sanitaria di avere accesso alle cure. Per le persone coperte dalla PUMA, l'assistenza sanitaria è completamente gratuita per coloro che hanno un reddito (non da lavoro ovviamente altrimenti sarebbero coperti dalle suddette assicurazioni sanitarie) inferiore ai 9.611 euro annuali. La PUMA, come discuteremo, copre anche gli stranieri residenti sul territorio francese da almeno tre mesi.

35 In proposito si rinvia a: D. Benamouzig, *La santé au miroir de l'économie: Une histoire de l'économie de la santé en France*, Paris, Presses universitaires de France, 2015.

36 Come si legge nel rapporto "Santé et territoires : à la recherche de l'équilibre" redatto dalla senatrice M. T. Bruguière e presentato alla *Délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation* del Senato in data 14 gennaio 2011, "La santé, en tant que compétence, ne relève pas des collectivités territoriales. L'organisation du système de santé reste centralisée. C'est l'État (ou des organismes qui en dépendent) qui en assure le financement et perçoit à cette fin les cotisations nécessaires ; c'est lui qui procède aux remboursements, dans des conditions qu'il définit... Cette situation fait l'objet d'un consensus et une décentralisation du système de santé n'est donc pas à l'ordre du jour. La conduite de la politique de santé est également, dans une très large mesure, centralisée... ou recentralisée, puisque l'Acte I de la décentralisation avait prévu un partage de compétence (attribuant par exemple aux départements la lutte contre les fléaux sociaux) sur lequel est largement revenu l'Acte II, dans un souci de clarification. La santé est d'ailleurs, à ce jour, le seul domaine ayant formellement fait l'objet d'une recentralisation." (rapporto consultabile al: <http://www.senat.fr/rap/r10-600/r10-6000.html#toc12>, consultato il 27 marzo 2017).

37 A partire da novembre 2017, progressivamente e su base volontaria, si passerà alla copertura del cd *tiers payant* direttamente da parte delle *assurances maladies*, in forza alla loi santé n. 650/15 du 17 dicembre 2015 e confermata dalla decisione del 21 gennaio 2016 del Conseil Constitutionnel.

38 B. Bonnici, *La politique de la santé en France*, Paris, PUF, 2010.

39 J.J. Dupeyroux, M. Borgetto, R. Lafore, *Droit de la sécurité sociale*, Paris, Dalloz, 2015. Il dibattito teorico sul diritto di accesso degli stranieri ai diritti la letteratura è invero vastissima. Senza entrare nel dibattito sul fondamento universalistico dei diritti fondamentali, si rinvia semplicemente ad alcuni grandi pensatori :N. Bobbio, *L'età dei diritti*, Torino, Einaudi, 1997; L. Ferrajoli, *I diritti fondamentali. Un dibattito teorico*, Roma-Bari, Laterza, 2001; R. Dworkin, *Taking rights seriously*, Cambridge (Mass.)-London, Harvard University Press, 1977.

40 Sul diritto alla salute come *noyau dur* del diritto alla vita e alla dignità umana, ampia è la giurisprudenza del Conseil Constitutionnel che ha da tempo riconosciuto anche gli stranieri, ivi compresi i *sans papiers*, l'accesso alle cure urgenti "*dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une alteration grave et durable de l'état de santé*

de la personne ou d'un enfant à naître" Cons. const. déc. 2003-488 DC, 29.12. 2003. Per una discussione della giurisprudenza costituzionale si rinvia a E.V. Zonca, op. cit.

41 D. Raynaud, "L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins," *Etudes et résultats de l'Insee*, n. 229, 2003. I dati non fanno una distinzione tra Francesi e stranieri o immigrati. In effetti in Francia lo stato di salute della popolazione straniera e di quella immigrata è stato relativamente poco studiato a paragone di altre realtà caratterizzate da comparabili flussi migratori. Ciò è dovuto soprattutto alla mancanza di informazioni su nazionalità e/o Paese di origine nella grande maggioranza delle indagini statistiche sulla sanità fino all'inizio del XXI secolo (in proposito si rinvia alla riflessione di A. Chenu, "Le repérage de la situation sociale", *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000, pp. 93-107. Si tratta di una conseguenza diretta della loi du 6 janvier 1978, la cosiddetta "loi informatique et libertés" che vieta la raccolta di dati che facciano emergere in maniera chiara le origini "razziali" o etniche, così come l'appartenenza religiosa delle persone, elemento tipico del modello di integrazione di stampo assimilazionista che relega nella sfera privata, e dunque irrilevante vis-à-vis la pubblica amministrazione, eventuali appartenenze diverse rispetto alla cittadinanza. Per un approfondimento: D. Schnapper, *La communauté des citoyens. Sur l'idée moderne de définition*, Paris, Gallimard, 1994.

42 https://www.cmu.fr/annuaire_statistiques.php (consultato il 28 marzo 2017).

43 https://www.cmu.fr/effectifs_cmuc.php (consultato il 28 marzo 2017).

44 A.C. Hoyez, "L'accès aux soins des migrants en France et la culture de l'initiative locale. Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales", *Cybergeo: European journal of geography*, 2011, p. 6.

45 D. Maille, A. Toullier, "Le dix ans de la CMU. Un bilan contrasté pour l'accès aux soins des migrants", *Hommes et migrations*, n. 1282, 2009, p. 27.

46 In proposito si rinvia a : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079> (consultato il 28 marzo 2017).

47 Si veda, ad esempio, la riflessione del Presidente di Medecins du Monde <http://www.rfi.fr/emission/20161118-difficultes-acces-soins-migrants-francoise-sivignon-medecins-du-monde> (consultato il 2 aprile 2017).

48 E. Carde, "Quinze ans de réforme de l'accès à une couverture maladie des sans-papiers : de l'Aide sociale aux politiques d'immigration", *Mouvements*, 2009/3 (n° 59), p. 143-156, p. 150. Sul medesimo tono: D. Maille, A. Veisse, "Exclus des soins à l'heure de la CMU: comment réintégrer le système de santé?", *La Revue du Praticien, médecine générale*, 14 (502), 2000, p.1111-1114; D. Maille, A. Toullier, P. Volovitch, "L'aide médicale d'État: comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel", *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 4, 2005, p.543-554.

49 Quattro sono i pilastri della sécurité sociale: la branche maladie (ovvero l'assurance-maladie che copre i costi della sanità); la branche accidents du travail et maladies professionnelles; la branche retraite e la branche famille. Secondo i dati del Ministero della Sécurité

sociale, il solo settore in deficit per il 2017 sarà quello della branche maladie. http://www.lemonde.fr/financement-de-la-sante/article/2016/09/22/le-deficit-de-la-securite-sociale-reduit-a-son-plus-bas-niveau-depuis-2002_5002108_1655421.html (consultato il 3 aprile 2017).

⁵⁰ Si vedano, a puro titolo esemplificativo: <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2015/11/02/20002-20151102ARTFIG00325-sante-le-cout-incontrole-de-l-aide-medicale-d-etat.php>; http://www.liberation.fr/debats/2017/02/13/les-bons-comptes-de-l-aide-medicale-d-etat_1548235 (consultati il 3 aprile 2017). Giova ricordare qui che la mancanza di statistiche in cui emergano con chiarezza dati di carattere etnico-nazionale sulla popolazione coperta da PUMA e CMU-C scoraggia il dibattito politico a concentrarsi su questa voce del bilancio della sanità, in quanto si rischierebbe la stigmatizzazione della povertà in quanto tale, e si colpirebbero fasce deboli della popolazione francese. Assai più semplice, invece, identificare nei beneficiari dell'AME un gruppo di popolazione specifico.

⁵¹http://www.francetvinfo.fr/sante/patient/droits-et-demarches/aide-medicale-d-etat-pourquoi-sa-suppression-nuirait-a-la-sante-des-francais_2162608.html (consultato il 3 aprile 2017).

⁵² Per una discussione puntuale della sentenza, si rinvia a : R. Pellet, "Le Conseil constitutionnel et l'équilibre financier de la Sécurité sociale." *Droit social* (1999): 21-32.

⁵³ Per una discussione più approfondita dell'equilibrio di bilancio come "esigenza costituzionale" atta a limitare diritti fondamentali (in primis quello alla salute) si rinvia a : T. Dubut, "Le juge constitutionnel et les concepts." *Revue française de droit constitutionnel* 4 (2009): 749-764.

⁵⁴ R. Pellet, Le juge constitutionnel et la maîtrise des dépenses de santé, *Les Tribunes de la santé*, vol. n° 5, no. 4, 2004, p. 78.

⁵⁵ Dati Eurostat: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Fertility_statistics (consultato il 30 marzo 2017)

⁵⁶ Dati Eurostat: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Fertility_statistics (consultato il 30 marzo 2017)

⁵⁷ Per una riflessione francese in proposito si rinvia, *inter alia* a: J. Légaré, "Conséquences économiques, sociales et culturelles du vieillissement de la population." *Démographie: Analyse et synthèse* 6 (2004): 117-135; D. Polton, C. Sermet, "Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé?." *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 5.6 (2006): 49-52; M. Duée, Michel, C. Rebillard, "La dépendance des personnes âgées: une projection en 2040." *Données sociales-La société française* 7 (2006): 15.

⁵⁸ European Commission, "The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU members States (2010-2060)", Bruxelles, 2012.

59 Molto è stato scritto sulla nozione di "immigrazione sostitutiva" ed il dibattito accademico e politico è acceso. Per un approfondimento si rinvia, tra i tanti a: L.F. Bouvier, Replacement migration: Is it a solution to declining and aging populations?. *Population & Environment* 22.4 (2001): 377-381; K. Saczuk, Development and critique of the concept of replacement migration. *International Migration and the Future of Populations and Labour in Europe*. Springer Netherlands, 2013. 233-242.

60 Rispetto ad interventi atti a innalzare l'indice di fertilità e quindi il tasso di natalità, nel breve periodo l'immigrazione sostitutiva, che prevede, ovviamente, precise misure atte a governare i flussi migratori, presenta due vantaggi: in primo luogo ha un effetto immediato, immettendo nel mondo del lavoro giovani così da mitigare l'invecchiamento della popolazione autoctona (da ricordare, infatti, che l'età media dei *primo-arrivant* extra-europei in Francia è di 28 anni); in secondo luogo si tratta di uno strumento relativamente più facile da controllare da parte dei policy-makers rispetto alla fertilità. Per uno studio dell'impatto delle politiche pubbliche sul tasso di fertilità si veda, tra i tanti, F. G. Castles, "The world turned upside down: below replacement fertility, changing preferences and family-friendly public policy in 21 OECD countries." *Journal of European social policy* 13.3 (2003): 209-227.

61 X. Chojnicki, L. Ragot, "Impacts of Immigration on an Ageing Welfare State: an Applied General Equilibrium Model for France", in *Fiscal Studies*, vol. 37, n.2, 2016, p. 261.

62 X. Chojnicki, "Impact budgétaire de l'immigration en France", in *Revue économique* vol. 62, n.3, 2011, p. 542.

63 X. Chojnicki, L. Ragot, *op. cit.*, p. 282.

64 J. Cambois, F. Jusot, "Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue d'études comparatives", in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol. 2, n.3, 2007; A. Leclerc et alii, *Les inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, 2000.

65 Per lo studio del fenomeno applicato al caso francese: C. Attias-Donfut, P. Tessier. "Santé et vieillissement des immigrés." *Retraite et société* 3 (2005): 89-129; C. Berchet, F. Jusot. "L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France." *Revue économique* 61.6 (2010): 1075-1098.

66 F. Jusot, J. Silva, P. Dourgnon, C. Sermet, Inégalités de santé liées à l'immigration en France: Effet des conditions de vie ou sélection à la migration?, *Revue économique* 60.2 (2009), p. 386.

67 R. Boulogne, "Mortality differences between the foreign-born and locally-born population in France (2004–2007)." *Social science & medicine* 74.8 (2012): 1213-1223; N. Vailant, F. C. Wolff. "Origin differences in self-reported health among older migrants living in France." *Public health* 124.2 (2010): 90-98.

68 Secondo uno studio effettuato sulla popolazione straniera dell'Ile de France, il 50% dei fruitori dell'*aide médicale d'Etat* dichiara di soffrire di isolamento sociale. Cfr B. Boisguerin, B. Haury. "L'état de santé des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État en con-

tact avec le dispositif de soins." *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 56.6 (2008): S362-S363.

69 F. Jusot, J. Silva, P. Dourgnon, C. Sermet, op. cit.

70 Insee, *Le immigrés en France*, Paris, Insee, 2005.

71 F. Jusot, J. Silva, P. Dourgnon, C. Sermet, op. cit.

72 D. Fassin, "Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration." *Hommes et migrations* 1225.1 (2000): 5-12.

73 F. Jusot, J. Silva, P. Dourgnon, C. Sermet, op. cit.

74<http://www.carnetsdesante.fr/La-sante-des-immigres> (consultato il 4 aprile 2017).

75 M.J. Saurel-Cubizolles, et al. "Santé périnatale des femmes étrangères en France." *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2 (2012): 30-34.

76 A.C. Hoyez, "L'accès aux soins des migrants en France et la culture de l'initiative locale. Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationale" in *Espaces, Société, Territoire*, 2011, p. 256.

77 MDM, *L'Accès aux soins: un droit non respecté en Europe*, 2009, consultabile al sito: <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/presse/2012/02/20/lacces-aux-soins-un-droit-fondamental-non-respecte-en-europe-0> (consultato il 31 marzo 2017).

78<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/d000538-l-avenir-du-systeme-de-sante-en-france/des-depenses-de-sante-en-constante-augmentation>

79 B. Palier, *La réforme des systèmes de santé*, Paris, PUF, 2012

80http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/10/13/a-quoi-les-migrants-ont-ils-vraiment-droit-en-france_5012683_4355770.html

81 Tra i molti si vedano, ad esempio nel caso della giurisprudenza della Corte costituzionale italiana, F. Minni, A. Morrone, "Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana" *Rivista AIC*, n. 3.2013.

82 Si rinvia, ad esempio, a : http://www.lemonde.fr/politique/article/2017/02/21/securite-sociale-medicaments-hopitaux-ce-que-proposent-les-candidats-en-matiere-de-sante_5083137_823448.html ; http://www.lemonde.fr/economie/article/2015/05/29/contre-la-fermeture-des-hopitaux-de-proximite_4643791_3234.html (consultato il 4 aprile 2017)

83 J-C. Bontron, L. M. Voisin, "Les soins hospitaliers en milieu rural, éléments d'un débat." *Pour* 2 (2012): 57-64.

84 C. Gucher, "Vieillesse dans les espaces ruraux en France et «effets de milieu»: enjeux humains et territoriaux des mutations démographiques", *Chaiers québécois de démographie*, 43.1, 2014, pp. 103-131.

85 Si pensi, ad esempio, ai reparti di maternità degli *hopitaux de proximités*, che, senza l'apporto importante della popolazione straniera raggiungerebbero con ancora maggiore difficoltà i numeri minimi per garantire la funzionalità dei servizi. Per il caso della comunità di Clermond, in Picardia: <http://www.courrier-picard.fr/34073/article/2017-05-31/la-maternite-de-clermont-un-enjeu-important-des-legislatives> (consultato il 24 marzo 2017).