

C A R I T A S D I O C E S A N A D I R O M A

Il diritto alla salute degli immigrati

Scenario nazionale e politiche locali

di Salvatore Geraci e Barbara Martinelli

LUGLIO 2002



Questa pubblicazione è l'aggiornamento di una analoga ricerca condotta dall'Area sanitaria della Caritas di Roma e pubblicata alla fine del 1996 nel volume "Immigrazione e salute: un diritto di carta?" a cura di Salvatore Geraci, edizione Anterem.

Negli anni 1999 e 2000 il progetto di ricerca è stato finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Affari Sociali, **Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati** presieduta dalla prof.ssa Giovanna Zincone, e risultati parziali sono stati pubblicati nei due rapporti che la Commissione ha editato (Primo e Secondo Rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia, il Mulino, 2000 e 2001).

La documentazione è stata ampliata grazie alla collaborazione della **Commissione per la salute degli immigrati** del Ministero della sanità (1999-2001) e del **Gruppo di lavoro Salute e Immigrazione** dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (1999 e 2000).

Indispensabile per il continuo aggiornamento è la rete di contatti istituzionali e non della **Società Italiana di Medicina delle Migrazioni** che ha patrocinato questa pubblicazione.

Negli anni sono stati individuati dei **referenti regionali** che hanno con noi strettamente collaborato.

Oltre ai curatori di questo rapporto, negli anni sono stati molti i **volontari della Caritas** che hanno partecipato e reso possibile la ricerca.

A tutti gli "attori" di questo lavoro, mai conclusivo, un sentito ringraziamento.

Per i dati sull'immigrazione si ringrazia l'equipe del **Dossier Statistico Immigrazione Caritas**.

Salvatore Geraci: laureato in Medicina e Chirurgia, è responsabile dell'Area sanitaria della Caritas di Roma; da oltre 16 anni impegnato in questo specifico campo; direttore del Corso residenziale Medicina delle Migrazioni giunto alla decima edizione; presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, partecipa a vari "tavoli" istituzionali sul tema "Immigrazione e salute".

Barbara Martinelli: laureata in Economia e Commercio con una tesi su "L'evoluzione dell status giuridico dello straniero extracomunitario in Italia nella disciplina del rapporto di lavoro, della tutela previdenziale e sanitaria alla luce dell'attuale legge quadro sull'immigrazione"; dal 1999 è referente dell'Area sanitaria della Caritas romana per l'Osservatorio sulle politiche sanitarie locali circa gli immigrati e gli zingari. Fa parte dell'equipe di direzione del Centro studi e documentazione dell'Area sanitaria.

Quaderni di InformaArea, n. 2, luglio 2002

È possibile riprodurre parzialmente dati e considerazioni contenuti in questo volume, informandone gli autori, citandone la fonte e trasmettendo copia dell'eventuale lavoro prodotto.

Eventuali suggerimenti ed aggiornamenti sono graditi.

Area Sanitaria Caritas di Roma

via Marsala, 103 - 00185 Roma

tel. 06.4454791 fax 06.4457095

email: caritas@iol.it

Caritas Diocesana di Roma

Piazza S. Giovanni in Laterano, 6 - 00184 Roma

indice

presentazione

MONS. GUERINO DI TORA.....pag.	5
--------------------------------	---

introduzione

DOTT. SALVATORE GERACI.....	7
-----------------------------	---

premessa metodologica

Metodologia della ricerca	9
Gruppo di lavoro	9
Percorsi ed obiettivi intermedi.....	9
Costituzione della rete dei referenti regionali	10
Confronto con il quadro normativo nazionale.....	11
Predisposizione di schede specifiche come strumento di analisi	11
Variabili analizzate per le politiche a favore degli immigrati	11
Realizzazione di una nuova griglia sintetica per l'analisi comparativa delle azioni locali (Az. Usl).....	12

capitolo 1

il diritto alla salute per gli immigrati

Premessa.....	15
Immigrazione e salute.....	16
Evoluzione della normativa nazionale	17
La programmazione sanitaria attuale.....	23

capitolo 2

le politiche locali

Considerazioni generali	27
Nord Italia	29
Centro Italia.....	33
Sud Italia e Isole.....	37
Conclusione?	39

bibliografia.....	41
-------------------	----

schede regionali

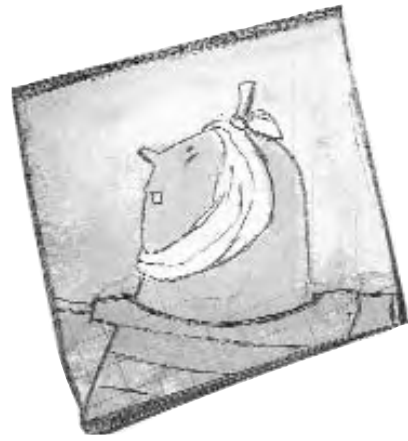
Abruzzo.....	44
Basilicata	46
Calabria	47
Campania	48
Emilia Romagna.....	50

Friuli Venezia Giulia	53
Lazio.....	55
Liguria	59
Lombardia	61
Marche	63
Molise.....	65
Piemonte	66
Puglia	68
Sardegna.....	70
Sicilia.....	71
Toscana.....	73
P. A. Trento.....	76
P. A. Bolzano	80
Umbria	81
Valle d'Aosta.....	84
Veneto	86
 <i>allegati</i>	
Servizi da "riorientare": il documento del Gruppo Salute e Immigrazione del CNEL	92
Le 10 regole per l'assistenza sanitaria agli immigrati: il decalogo per gli operatori	95
Le 10 regole per l'assistenza sanitaria agli immigrati: il decalogo per gli utenti	96
Assistenza sanitaria agli stranieri: guida pratica alla normativa vigente.....	97
Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286: artt. 34, 35 e 36.....	99
Decreto del Presidente della repubblica 31 agosto 1999, n. 394: artt. 42, 43 e 44	101
Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 del Ministero della sanità	103
 <i>elenco siti utili</i>	 111
 <i>caritas diocesana di roma: area sanitaria</i>	 112

presentazione

MONS. GUERINO DI TORA

direttore Caritas Diocesana di Roma



Non ci stancheremo mai di ripeterlo. L'immigrazione, la presenza di donne, uomini, bambini stranieri ed immigrati nel nostro paese è una grande opportunità, un'occasione, una risorsa.

E non perchè la popolazione italiana sta invecchiando e serve qualcuno che paghi la nostra pensione o perchè servono "braccia" e lavoratori per occupazioni che gli italiani non vogliono più fare.

Non per il fatto che le scuole soprattutto materne ed elementari si ripopolano, i reparti di ostetricia risuonano di pianti di bimbi come trenta anni fa, e gli studi dei pediatri sono sempre più colorati.

Nemmeno è una risorsa perchè altrimenti non sapremmo a chi affidare i nostri figli piccoli o nostri vecchi genitori, o perchè altrimenti i reparti di medicina e di chirurgia collasserebbero per mancanza di personale infermieristico e molte fabbriche e piccole imprese del "mitico nord-est" chiuderebbero e i pomodori delle assolate piane del sud seccerebbero sulle piante.

L'opportunità è l'incontro, la relazione con persone di culture e tradizioni diverse dalla nostra, l'occasione è quella di restituire quanto, nel nome di una economia globale, abbiamo preso e stiamo continuando a prendere dai loro paesi quasi che il mondo fosse un supermercato per una minoranza di spreconi opulenti. La risorsa è il costringerci a ripensare a dei diritti dati per scontati e che invece necessitano una costante rivisitazione, rivedere una organizzazione socio-assistenziale ormai per tanti versi sclerotizzata e che spesso non riesce a rispondere nemmeno ai bisogni degli italiani e non solo dei più deboli.

L'immigrazione ha spinto la Caritas di Roma, una ventina di anni fa, ad occuparsi di salute non solo in termini assistenziali ma anche nella riflessione, nello studio e conoscenza, nella difesa di diritti irrinunciabili come appunto quello alla salute.

Questa ricerca nasce da lontano, da quando il diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria era nascosto per molti immigrati e addirittura negato per altri.

Nascosto agli immigrati regolarmente presenti da una miriade di norme e procedure burocratico-amministrative che lo rendevano di fatto non fruibile.

Negato agli stranieri temporaneamente non in regola con le norme del soggiorno, gli irregolari e clandestini, veri uomini e donne ombra nel nostro paese: fino ad una manciata di anni fa, non era permesso loro di ammalarsi e se dovevano farlo doveva essere in forma grave, altrimenti non potevano essere assistiti.

Anche grazie al nostro impegno e di molti altri con cui abbiamo condiviso la stessa strada, il diritto è emerso, è stato garantito per legge, è diffusamente conosciuto.

La popolazione di immigrati in Italia, ha cominciato ad utilizzare i servizi e così stanno emergendo alcune aree critiche per la salute ma anche l'inadeguatezza della nostra organizzazione soprattutto a livello locale.

Proprio localmente si è spostata la sfida di civiltà che è quella di garantire a tutti il diritto alla salute ed è proprio a livello locale dove si è spostata anche la nostra attenzione.

Questa ricerca vuole essere uno strumento di conoscenza di quello che si sta facendo dal punto di vista normativo e programmatico a livello regionale per garantire la salute degli stranieri ma anche uno stimolo per quelle realtà territoriali, e sono ancora troppe, dove poco si è fatto.

Ed alla fine scopriremo che porre attenzione a questa specifica realtà, significa migliorare la qualità dei servizi per tutti, vecchi e nuovi cittadini, in un percorso comune di crescita e di feconda convivenza.

introduzione

DR. SALVATORE GERACI

responsabile Area sanitaria Caritas di Roma

presidente Società Italiana di Medicina delle Migrazioni



*La medicina è una scienza sociale
e la politica è medicina su grande scala.
(Rudolf Virchow: patologo tedesco vissuto nel XIX secolo)*

Abbiamo avuto modo di dirlo più volte ed intendiamo anche in questa sede sottolinearlo: oggi in Italia disponiamo di un corpo legislativo che consente a tutti i cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, percorsi di protezione per la loro salute, garantendo, almeno teoricamente, l'accesso ai servizi sanitari in gran parte dei casi alle stesse condizioni dei cittadini italiani.

Quasi tutti coloro che sono presenti regolarmente in Italia devono (è un diritto/dovere) essere iscritti al Servizio sanitario nazionale ed anche coloro che sono presenti temporaneamente, sebbene in condizione di irregolarità giuridica, hanno garantite le prestazioni urgenti, essenziali, continuative e preventive in una logica di tutela del singolo che diventa tutela della collettività.

Per i minori e le donne straniere si è costruito un sistema che permette di intercettare con certezza il bisogno sanitario, spesso intrecciato con quello sociale, e che fornisce gli strumenti, almeno normativi, per rispondere concretamente.

Nonostante la nuova legge sull'immigrazione a firma di Bossi e Fini (al momento della stesura di questo testo, il disegno di legge è all'esame del Senato) abbia una impostazione diversa dalla legge nazionale n. 40 del 1998, gli articoli di tutela sanitaria per gli stranieri non vengono modificati a sottolineare una sostanziale condivisione politica circa questo tema. Ciò per altro è dimostrato dal fatto che Regioni di colore politico diverso da chi ha predisposto l'articolato sanitario (in quel periodo era ministro della sanità l'on. Rosy Bindi che a sua volta riprendeva una impostazione specifica sul tema proposta dal suo predecessore, prof. Elio Guzzanti) hanno non solo cercato di far conoscere ed applicare la normativa ma l'hanno implementata a livello locale (due esempi per tutti sono la Regione Lazio e il Veneto).

Ed è a livello locale, considerato anche l'avanzato federalismo proprio in sanità, che bisogna guardare perchè delle buone norme nazionali diventino prassi e il diritto dalla carta si realizzi anche nell'accessibilità e fruibilità delle prestazioni; bisogna vigilare perchè la burocrazia, nazionale e locale, non ricominci a tessere la sua ragnatela che spesso paralizza anche le migliori intenzioni di tutela.

Riportiamo in questo volume i risultati di una ricerca o meglio *i dati in itinere di una osservazione continua* sulle norme e sulle politiche locali in tema di promozione della salute degli immigrati in Italia, perchè possa essere un altro tassello di quel puzzle, mai finito e a volte interrotto (vedi la nuova normativa nazionale) delle politiche di accoglienza, inserimento ed integrazione dei cittadini immigrati, di questi nuovi concittadini.

premessa metodologica



METODOLOGIA DELLA RICERCA

Questo rapporto fa riferimento ad una ricerca che nasce da lontano: dal 1994, quando come Area sanitaria della Caritas, abbiamo deciso di monitorare le norme a livello nazionale e locale che garantiscono la tutela e la promozione della salute della popolazione straniera in Italia. L'esigenza nasceva dall'esperienza del Poliambulatorio Caritas alla stazione Termini di Roma, dove ogni giorno si incontravano, e si incontrano, decine di immigrati che non riuscivano a fruire delle prestazioni sanitarie del Servizio sanitario nazionale (Ssn) per vari motivi, in primo luogo perché le difficoltà amministrative, burocratiche e relazionali erano, e in parte lo sono ancora, una vera barriera spesso invalicabile. Questo monitoraggio continuo ha prodotto nel tempo varie pubblicazioni, in particolare ricordiamo il volume "Immigrazione e salute: un diritto di carta?" con la presentazione dell'allora Ministro della sanità, on. Rosy Bindi; pubblicazioni e rapporti che hanno realmente stimolato a legiferare nel senso di inclusione nel sistema dei diritti sanitari, e dei doveri, anche degli stranieri a diverso titolo presenti nel nostro paese.

L'interesse suscitato dalla ricerca ha indotto la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Affari Sociali, Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati presieduta dalla prof.ssa Giovanna Zincone, a finanziarla per due anni, ed ancora il Ministero della sanità ad utilizzarla come strumento di lavoro per la Commissione per la salute degli immigrati istituita alla fine degli anni novanta ed operativa fino a metà 2001.

Per lavorare al meglio, ci siamo dati degli strumenti metodologici finalizzati ad ottenere rigosità e struttura e, contemporaneamente, a creare informazione e formazione non solo per i destinatari ma anche per gli stessi ricercatori coinvolti in questo lavoro. La metodologia con il tempo, con l'esperienza e con i contatti e canali consolidati, si è modificata ma sostanzialmente è possibile ricondurla ai punti fondanti che riportiamo di seguito.

GRUPPO DI LAVORO

È stato costituito un gruppo di lavoro, già nel 1995, modificatosi nel 1999, che unisce ad una completa condivisione delle finalità, componenti diversificate per esperienze ed attività professionale: la revisione critica dei risultati e le valutazioni periodiche del metodo sono state guidate dall'esperienza e dalle conoscenze dei responsabili dell'Area sanitaria della Caritas, a contatto quotidiano con aspetti teorici e realizzazioni concrete da parte degli Enti e strutture locali.

Per gli specifici orientamenti professionali in campo legislativo, economico e socio-sanitario, i ricercatori, comunque coinvolti in esperienze di volontariato nell'ambito dell'assistenza sanitaria agli immigrati, hanno lavorato sottolineando i diversi aspetti di questa problematica.

Per tali motivi i risultati ottenuti dai singoli ricercatori e le successive analisi sono state sottoposte a valutazione di gruppo, in riunioni periodiche, per ottenere un prodotto finale più completo e contemporaneamente una crescita e arricchimento di tutti i ricercatori.

Da metà del 2000 si è deciso di ridefinire e ridimensionare il gruppo di lavoro incaricando una persona, in continuità con quanto fatto gli anni precedenti, che potesse mantenere i contatti, raccogliere e realizzare una prima analisi del materiale, ed infine fare riferimento ad alcuni consulenti che potessero dare delle chiavi di lettura e degli input interpretativi adeguati. In una parola da gruppo di lavoro finalizzato ad una ricerca puntuale, si è dato avvio ad un **Osservatorio permanente**.

PERCORSI ED OBIETTIVI INTERMEDI

Il momento iniziale del percorso metodologico è stata l'elaborazione di una tabella con obiettivi intermedi e finali e rispettivi tempi di realizzo, compresi i rapporti periodici per gli eventuali committenti, utili anche ai ricercatori per la strutturazione del lavoro successivo.

La seconda tappa metodologica è stata quella di coinvolgere nella ricerca della legislazione regionale, delle delibere e dei progetti realizzati o in fase di realizzo, i responsabili di specifici uffici regionali, preziosi referenti per l'ovvio ruolo istituzionale e per l'imprevedibile sensibilità personale.

Per tale motivo, agli inizi della ricerca, abbiamo contattato gli uffici romani delle singole regioni da cui abbiamo ottenuto gli organigrammi relativi agli assessorati competenti; successivamente abbiamo contattato direttamente i funzionari degli uffici immigrazione, sanità, servizi sociali, agenzie e strutture universitarie coinvolte in progetti di collaborazione, attraverso telefonate di preavviso e comunicazioni scritte; infine si sono rese necessarie, in alcuni casi, telefonate di conferma e sollecito delle risposte. Periodicamente è stato necessario aggiornare l'intero indirizzario.

Tale lavoro capillare è risultato utile perché finalizzato:

- all'ottenimento più completo del materiale legislativo;
- alla sensibilizzazione dei vari interlocutori, coinvolti in assai varia misura nel campo della salute degli immigrati;
- alla strutturazione di un indirizzario utile alla nostra ricerca e ad eventuali processi di collegamento interregionale.

Peraltro nel corso di questa fase sono stati utilizzati come "indicatori di interesse" delle diverse regioni i tempi di risposta e i tempi di invio dei materiali richiesti, così come la richiesta dei rapporti precedentemente pubblicati dall'Area sanitaria della Caritas inerenti gli aspetti socio-sanitari della popolazione migrante.

Il terzo momento è stato caratterizzato dall'analisi del materiale legislativo già in nostro possesso riguardante esclusivamente le leggi regionali in materia di immigrazione relativamente al periodo 1988-1995, esteso poi al 1998 e quindi aggiornato annualmente.

L'analisi continua delle leggi ha portato alla formulazione di una **griglia** le cui voci rappresentano i concetti principali affrontati dal legislatore; l'elaborazione della griglia è stata parte essenziale di una prima fase finalizzata:

- a identificare politiche locali, anche se di limitata attualità nei confronti della legislazione nazionale, per la risposta al bisogno di salute degli immigrati;
- a preparare il confronto fra questi aspetti ed i corrispondenti dell'attuale legge nazionale;
- a capire la proiezione o la arretratezza delle singole regioni nell'affrontare tali argomenti rispetto agli input nazionali e delle regioni circostanti;
- a realizzare uno strumento sintetico di agevole consultazione per la realizzazione di una rete interregionale di coordinamento fra politica, amministrazione e volontariato.

Dopo aver analizzato il materiale normativo in nostro possesso abbiamo provveduto a formulare delle **schede regionali** che abbiamo inviato a ciascuna Regione per verificare la validità e l'accuratezza della nostra interpretazione della normativa. Abbiamo dato così la possibilità alla Regione di apportare le eventuali correzioni che ritenesse opportune.

Periodicamente abbiamo redatto dei rapporti preliminari e rapporti finali per anno (1996; 1999 e 2000) che abbiamo inviato alle Regioni ed a vari ambiti istituzionali individuati come destinatari utili per la prosecuzione ed ampliamento della ricerca (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro e Ministero della Sanità). Si è deciso inoltre di allargare l'analisi ai documenti programmatici regionali (Piani sanitari regionali) come indicatori di attenzione alla problematica in oggetto.

Infine si è voluto, almeno per un periodo (2000-2001), "capillarizzare" l'indagine riferendoci direttamente a livello di singole Aziende Usl, chiedendo tramite lettera, di inviarci materiale relativo al tema della ricerca con il doppio intento di acquisire direttamente elementi di una progettualità locale e di avere indirettamente informazioni su eventuali disposizioni regionali e di come queste siano state recepite territorialmente. Le risposte delle Aziende Usl che, per scelta metodologica, non sono state ulteriormente sollecitate, sono state utilizzate anch'esse come "indicatori d'interesse".

La raccolta, la catalogazione e l'analisi del materiale ha permesso la stesura del presente rapporto finale della ricerca che può dare una valutazione quantitativa e qualitativa dell'impegno a vari livelli per garantire il diritto alla salute ed all'accesso alle prestazioni sanitarie della popolazione straniera.

L'invio ai vari referenti di questa pubblicazione vuole anche essere lo stimolo per continuare un monitoraggio, una azione di rete, un continuo scambio e sollecitazione a livello locale, istituzionale e non, perché il processo di inserimento e di integrazione, anche sanitaria, di questi nuovi cittadini sia sempre più adeguato ed arricchente.

COSTITUZIONE DELLA RETE DEI REFERENTI REGIONALI

Preliminare alla richiesta di collaborazione ufficiale è stato il contatto telefonico con gli uffici regionali a Roma; durante questa fase sono emersi alcuni aspetti relativi alla gestione delle problematiche salute e immigrazione, confermati in seguito nel contatto diretto con le strutture politico-amministrative delle varie regioni.

Gli uffici regionali contattati a Roma non sono stati sempre in grado di fornire indicazioni su servizi e funzionari utili per individuare i referenti diretti ai fini della nostra ricerca.

Inoltre a livello istituzionale più alto è stato difficile trovare un'unica sede di riferimento per la gestione di un tema così complesso quale la tutela della salute per immigrati.

Nel processo di costruzione della rete dei referenti si è rivelata di valido supporto la partecipazione a seminari e convegni interregionali sul tema immigrazione e salute. In queste occasioni gli incontri diretti con chi opera quotidianamente per la tutela della salute degli immigrati nelle strutture sanitarie pubbliche e nel privato sociale, ci ha permesso di recepire gli orientamenti politico-istituzionali ed amministrativi delle singole regioni. Tali

testimoni privilegiati rappresentano uno snodo della rete particolarmente significativo nei processi di comunicazione interregionale. In particolare sono stati incontrati operatori oltre che a Roma e in varie città del Lazio, anche a Milano, Brescia, Novara, Genova, Udine, Foggia, Bergamo, Palermo, Modena, Venezia, Lucca, Napoli, Caserta, Padova, Vicenza, Verona, Prato, Firenze, Terni, Reggio Emilia, Sassari, Bari, Siena, ...).

Infine si è cercato di valorizzare alcuni ambiti istituzionali con cui si è lavorato nell'ottica di creare una rete di referenti:

- **Gruppo Salute e Immigrazione** dell'*Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri* del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) che per il 2000 si è posto la finalità di "fornire una proposta organizzativa agli Enti locali ed alle Aziende sanitarie per favorire l'accesso ai servizi ed alle prestazioni dei cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale (anche eventualmente con dei processi di offerta attiva)".
- **Commissione di studio sugli aspetti sanitari dell'immigrazione** istituita dal Ministro della sanità presso il Servizio Studi e Documentazione del Ministero della sanità che ha avuto, tra gli altri, i seguenti obiettivi: monitoraggio dello stato di applicazione della normativa vigente; verifica del grado di accessibilità e dell'organizzazione dei servizi sanitari; studio dei modelli assistenziali per la promozione della salute e per l'assistenza sanitaria; stesura del Progetto obiettivo "Salute degli immigrati" previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000.

In tali ambiti si è lavorato sia con esperti sul tema sia con rappresentanti di Enti locali, istituzioni ed associazioni impegnati sul campo, istituzionale e no, della promozione della salute dei cittadini stranieri. Sono stati condivisi i risultati periodici di questa ricerca, è stata verificata l'impostazione metodologica, sono state raccolte indicazioni e ulteriori materiali.

CONFRONTO CON IL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

Poiché il primo passo per rendere fruibile un servizio così complesso quale è quello sanitario, implica norme chiare che ne regolamentino l'accesso e rendano leggibile il diritto a chi deve fruirne, si è ritenuto importante mettere in luce come la legge regionale si situi rispetto al quadro normativo nazionale.

PREDISPOSIZIONE DI SCHEDE SPECIFICHE COME STRUMENTO DI ANALISI

Le caratteristiche di analisi e contemporaneamente di sintesi hanno individuato nelle **schede regionali** costruite mediante una **griglia** disegnata "ad hoc", uno strumento valido per l'analisi legislativa all'interno di ogni singola Regione e per la comparazione fra le diverse regioni, degli "indici di sensibilità" riguardo la tutela della salute degli immigrati.

Questo strumento comparativo è stato applicato per aggiornare continuamente le schede regionali.

VARIABILI ANALIZZATE PER LE POLITICHE A FAVORE DEGLI IMMIGRATI

I principali concetti di riferimento evidenziati nelle schede regionali sono strettamente legati alla tutela della salute ed all'accesso ai servizi per l'assistenza sanitaria: è necessario però sottolineare che alcune voci, solo apparentemente distanti dal concetto di salute, sono state ritenute importanti ed inserite nella griglia per una più completa valutazione.

La griglia per l'analisi della normativa e le schede regionali che ne derivano si articola nelle seguenti voci:

Destinatari

Si è scelto di inserire, come voce della griglia, i destinatari della legge in parte per evidenziare la grande eterogeneità esistente nell'approccio delle diverse regioni al tema dell'immigrazione, e in parte perché è importante sottolineare gli effettivi destinatari dei benefici delle leggi analizzate.

La fascia dei destinatari della legge si è notevolmente ampliata con l'emanazione della legge quadro sull'immigrazione, confluita con Decreto Legislativo (D.lgs.) n. 286/1998 nel Testo Unico (TU). Il TU identifica come destinatari della normativa nazionale i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea e gli apolidi, senza distinguere più tra lavoratore extracomunitario, cittadino extracomunitario, residenti, dimoranti, familiari, minori ed altre categorie, come riscontrato nelle leggi regionali analizzate. Pertanto si intuisce come le regioni, che nelle rispettive leggi fanno riferimento a questa tipologia di destinatari, dovranno provvedere ad uniformarsi alla legge nazionale, alcune cambiando radicalmente i destinatari della propria normativa, altre che nello spirito e nella sostanza hanno già anticipato la Legge (L.) 40/1998, apportando semplicemente qualche integrazione.

Istituzione della Consulta

Di questa istituzione, prevista dalla L. 39/1990, si sottolineano due interessanti risvolti. Da una parte l'impegno a considerare pareri diversi relativi a molteplici aspetti quali l'identità culturale, la formazione scolastica e pro-

fessionale, l'assistenza sociale e sanitaria, essenziali a favorire l'integrazione dell'immigrato nella società italiana; dall'altra il tentativo di facilitare la partecipazione attiva dello straniero all'interno della possibile definizione di politiche. Grazie alla presenza di rappresentanti degli immigrati e delle associazioni più qualificate per la gestione del fenomeno immigrazione, è infatti possibile captare più rapidamente i problemi e rispondere con soluzioni più mirate ed efficaci. Accanto a questo "strumento", che però spesso non ha risposto alle aspettative e che continuerà ad essere normato dalle regioni, l'articolo 3, comma 6 del TU prevede i Consigli Territoriali per l'immigrazione istituiti a livello provinciale, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri da adottarsi di concerto con il Ministro dell'Interno. E' responsabilità del Prefetto assicurare la formazione e il funzionamento di detti Consigli. Questi Consigli hanno compiti di analisi delle esigenze degli immigrati e di promozione degli interventi da adottare a livello locale, in collegamento con le Consulte regionali, e sono coordinati dalla Consulta per l'immigrazione istituita a livello nazionale.

Collaborazioni con Università, con Enti o associazioni

La partecipazione attiva alla gestione del problema della salute dei migranti da parte di strutture del privato sociale permette di leggere con una certa precisione i bisogni ai quali le strutture pubbliche non sempre hanno saputo dare una risposta. Inoltre, generalmente, tale partecipazione costituisce un "valore aggiunto" rispetto agli standard sanitari del territorio. E' indubbio d'altra parte che l'auspicabile integrazione fra pubblico e privato sociale possa favorire una migliore comprensione del fenomeno migratorio nonché un'ottimizzazione nell'articolazione della risposta al bisogno di salute di una determinata popolazione.

In alcune leggi regionali è stata espressa la volontà di cercare una collaborazione per la gestione della tutela della salute con strutture estranee all'amministrazione locale, in particolare con le Università e gli Istituti di Ricerca, per coinvolgerle nella valutazione del fenomeno immigratorio. Le strutture del volontariato vengono invece valorizzate per la realizzazione di progetti concreti intesi a favorire la promozione della salute degli immigrati.

Tutela della salute

Questo punto è il fulcro della ricerca ed è stato elaborato attraverso l'integrazione di diversi articoli presenti all'interno della stessa legge, da quello relativo alle finalità fino a quello che descrive le modalità d'accesso ai servizi sanitari. Considerarli tutti è stato necessario perché si è voluti partire da un concetto di salute inteso in senso globale come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Nella valutazione abbiamo tenuto davanti, come ideale punto d'arrivo, le innovazioni apportate dal TU in ambito sanitario.

E' interessante notare che questi stessi aspetti innovativi della tutela della salute della popolazione immigrata si sono riscontrati a volte in alcune leggi o delibere regionali prodotte prima del TU. Ciò conferma il loro carattere innovativo e anticipatorio rispetto al contesto nazionale di riferimento.

La griglia ridisegnata, pone come voci di confronto anche alcuni ambiti di promozione della salute individuati come prioritari dal Piano sanitario nazionale e dal primo Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, promulgato con Decreto del Presidente della Repubblica il 5 agosto 1998 (Parte terza: politiche di integrazione. Garantire pari opportunità di accesso e tutelare le differenze).

È stato scelto questo metodo per indicare chiaramente alcuni punti qualificanti che le nuove normative regionali necessarie dopo il TU, devono tenere presenti nel ridefinire i propri obiettivi locali.

La lettura, considerando la prevedibile inadeguatezza delle leggi regionali attuali rispetto al nuovo quadro normativo di riferimento, è stata estesa a delibere locali particolarmente significative. In alcune regioni si è cercato di andare ulteriormente in profondità nell'analisi ricercando progetti e norme a livello Comunale se non in ambito delle singole Aziende sanitarie.

REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA GRIGLIA SINTETICA PER L'ANALISI COMPARATIVA DELLE AZIONI LOCALI (AZ. USL)

L'aver coinvolto strutturalmente nella ricerca, seppur limitatamente nel tempo, anche le realtà territoriali del Ssn, ha imposto la realizzazione di un nuovo strumento di lavoro che potesse sintetizzare i dati raccolti. È così stata elaborata una nuova griglia di comparazione per la popolazione immigrata, tenendo conto di quanto emerso in particolare nei lavori del gruppo del CNEL sull'accesso degli immigrati ai servizi sanitari. Sono state individuate le seguenti voci tematiche da monitorare nelle politiche aziendali:

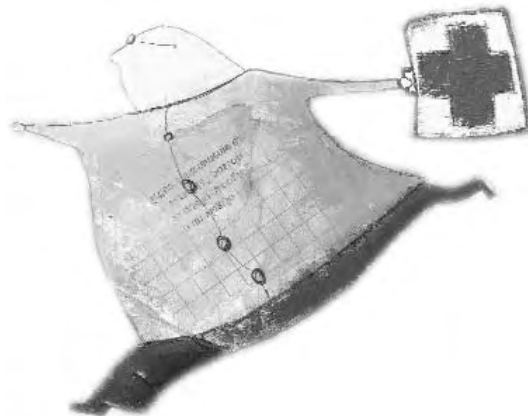
- *formazione specifica degli operatori*: verificare se nelle priorità formative di un'Azienda sanitaria fosse presente un'attenzione particolare al tema dell'immigrazione (anche se con aspetti diversi: informazione sulla normativa, formazione relazionale, aggiornamento su patologie, ...) ci è parso un indicatore essenziale;
- *strumenti di orientamento, guide per gli utenti*: come il precedente è un indicatore per valutare l'attenzione

per garantire l'accesso a tutti gli stranieri (sia quelli in condizione di regolarità giuridica sia quelli irregolari e clandestini);

- *programmi/progetti nell'area materno-infantile e per la salute della donna*: è una delle aree critiche della salute degli immigrati (sia regolari e clandestini) e ciò giustifica una organizzazione specifica e maggiormente sensibile;
- *ambulatori dedicati agli immigrati irregolari (stp)*: è un ambito di specifico intervento che la normativa nazionale rimanda alle Regioni e di conseguenza alle Aziende sanitarie. Le politiche locali condizionano tale scelta che però indica una particolare attenzione al tema;
- *progetti sulla prostituzione straniera* (riduzione del danno, orientamento sanitario, ...): tra le situazioni sociali che condizionano maggiormente la salute e sono significative per diffusione e consistenza quantitativa, ci è sembrato un sensibile indicatore di attività;
- *osservatorio sul fenomeno/flussi di dati*: la conoscenza ed il monitoraggio del fenomeno, della domanda di salute e delle risposte più o meno organizzate sul piano qualitativo e quantitativo, è un punto irrinunciabile di ogni ambito progettuale specifico.

capitolo I

il diritto alla salute per gli immigrati



PREMESSA

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti” (art. 32 della Costituzione Italiana). Da questo articolo si può evincere come la stessa Costituzione con il termine “individuo” includa nell’ambito della tutela non solo il cittadino italiano, ma chiunque si trovi all’interno dei confini della Repubblica, operando così secondo una logica di tutela e prevenzione collettiva; infatti tutelando il singolo essere umano, senza esclusione alcuna, si riesce a realizzare anche l’interesse della collettività. Tale tutela, che risponde anche ad un’esigenza di solidarietà umana, richiede però un impegno da parte di ognuno affinché anche i meno abbienti possano godere delle prestazioni necessarie per il mantenimento e/o il recupero della salute. Come enunciato altrettanto chiaramente all’art. 53 della Costituzione, tale impegno consiste nella compartecipazione di tutti alla spesa sostenuta dallo Stato, attraverso un gettito contributivo differenziato in base al reddito.

La Legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978 segna il passaggio da un sistema fondato sull’INAM e su una rete di Casse Mutue, a base corporativa o di categoria, ad un sistema di erogazione delle prestazioni a carattere universalistico con l’istituzione del Servizio sanitario nazionale. Tale cambiamento contribuisce a superare il concetto tradizionale di tutela legato alla comparsa della malattia che imponeva il verificarsi dell’evento per poter intervenire e non contemplava la possibilità di interventi preventivi.

Progressivamente si va oggi affermando una concezione della salute come definita dall’Organizzazione Mondiale della Sanità: “la salute è uno stato di benessere fisico, psichico e sociale e non consiste più soltanto in un’assenza di malattia o d’infermità”, in una prospettiva che esalta il risultato da raggiungere (lo stato di benessere) e dunque privilegia il momento preventivo su quello curativo. L’OMS ha il compito di promuovere la cooperazione internazionale per il miglioramento e la protezione della salute dei popoli. A questo proposito è importante ricordare la Carta di Ottawa elaborata il 21 novembre 1986 durante la prima Conferenza Internazionale sul tema della promozione della salute che mirava a conferire alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul livello di salute e migliorarlo.

LE ATTIVITÀ E LE STRATEGIE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ “CARTA DI OTTAWA”

• Le tre attività essenziali

- 1) **to enable:** è l’attività finalizzata a mettere in grado gli individui e la comunità di controllare e migliorare la salute;
- 2) **to mediate:** è l’attività finalizzata ad attivare la mediazione tra gli interessi diversi e, non di rado, in contrapposizione tra differenti organizzazioni per il raggiungimento della salute;
- 3) **to advocate:** è l’attività finalizzata a patrocinare e sostenere i meno favoriti nella Comunità in nome dell’equità.

• Le cinque azioni strategiche

- 1) Costruire politiche pubbliche per la salute
- 2) Creare ambienti che favoriscono le scelte sane delle persone
- 3) Sviluppare e favorire le azioni della comunità
- 4) Aumentare la capacità e le risorse individuali
- 5) Riorientare i servizi sanitari

A questa conferenza organizzata congiuntamente dall'OMS, dal Ministero della sanità e del benessere sociale del Canada e dall'Associazione canadese di sanità pubblica, hanno partecipato ben 212 delegati di 38 Paesi. Questi si sono prefissati l'obiettivo di condividere un'azione mirante alla salute per tutti nell'anno 2000; l'ampia partecipazione sottolinea come il cammino verso una nuova concezione della salute pubblica sia ormai manifesto in tutto il mondo. L'impegno consiste nell'affrontare i problemi come l'inquinamento, i rischi lavorativi, la mancanza di alloggi per sovrappopolazione, nel colmare le differenze del livello di salute presente nelle varie società, nell'intervenire nel campo delle politiche pubbliche sulla salute per garantire un trattamento uguale per tutti in ogni settore.

La salute è stata riconosciuta non solo come un bene prezioso per l'essere umano, ma anche una ricchezza fondamentale per il progresso sociale, economico ed individuale che supera i confini territoriali dello Stato. Dal momento che lo stato di salute non è legato soltanto al settore sanitario, ma è influenzato da numerosi fattori, politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici, considerarli tutti è opportuno, se si vuole raggiungere l'obiettivo prefissato.

L'OMS ha contribuito a promuovere un cambio di atteggiamento da parte delle politiche sanitarie dei vari paesi da politiche "passive" - attesa della malattia per porvi rimedio - ad "attive" e cioè una vera "offerta di salute" intesa soprattutto come prevenzione. Ma l'OMS ha potuto sperimentare le difficoltà del far seguire a dichiarazioni di principio, anche se largamente condivise, le azioni operative che possano modificare l'organizzazione sociale e sanitaria e quindi il livello di salute. L'obiettivo "salute per tutti" è stato così proiettato in avanti negli anni, "il benessere fisico, psichico e sociale" è stato ridefinito come "migliore equilibrio possibile" relativo alle condizioni di vita, politiche e sociali, del contesto a cui ci si riferisce.

Oltre all'OMS altre organizzazioni internazionali hanno importanza in ambito sanitario. L'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) che apporta il suo contributo in termini di analisi dei costi e degli aspetti economici del settore sanitario; l'UNESCO (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura); l'UNICEF (Fondo per l'Infanzia), l'UNICRI (Istituto delle Nazioni Unite per le Ricerche sul Crimine e la Giustizia), infine l'IOM (Organizzazione Mondiale per la Migrazione) interessata a sostenere misure di promozione della salute destinate agli immigrati.

Questo processo "virtuoso" ha subito purtroppo un rallentamento da quando nel 1993, a seguito della pubblicazione del Rapporto della Banca Mondiale Investing in Health, essa *"ha di fatto sostituito l'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'indicare - e in certi casi imporre - le linee di politica sanitaria internazionale, che sono quelle della sanità a pagamento, delle privatizzazioni dei servizi e delle assicurazioni: in una parola della salute come bene di consumo, a disposizione di chi vuole, ma soprattutto di chi ha i mezzi per acquistarla. Gli stessi G8 definiscono la salute come strumento di crescita economica, senza riconoscerla esplicitamente come diritto umano"* (Dichiarazione di Erice sull'equità e il diritto alla salute, marzo 2001).

Tutto ciò ci fa capire come esista una stretta correlazione tra processi economici, politiche sociali e sanitarie. L'immigrazione si situa a livello internazionale e locale all'interno di un quadro di riferimento, anche in termini di diritti, estremamente complesso e fortemente condizionato e condizionante. Monitorare tale evento è anche occasione per valutare la legittimità e l'equità di politiche attente ai bisogni, alla dignità, all'autonomia di ogni essere umano soprattutto se in condizione di debolezza.

IMMIGRAZIONE E SALUTE

Questo il quadro internazionale di riferimento che ha nel tempo definito diritti e doveri per adeguate politiche sull'immigrazione anche nel campo della promozione della salute. L'Italia con la sua storia di paese di immigrazione relativamente recente, sta tentando di coniugare le istanze della definizione di principi universalistici come quello del diritto alla salute per tutti, con un modello di organizzazione dell'assistenza che possa favorire l'accesso e la fruibilità delle prestazioni e con un'analisi, seppur ancora frammentaria, dei problemi e dei bisogni di salute della popolazione immigrata.

Lo straniero immigrato, in genere è arrivato, ed arriva in larga parte ancora oggi, nel nostro Paese con un patrimonio di salute pressoché integro; del resto prevalendo un'emigrazione spinta da necessità economiche ed indirizzata alla ricerca di un lavoro per lo più di tipo manuale, la possibilità di riuscita del progetto migratorio è indissolubilmente legata all'integrità fisica. Non è casuale che ad emigrare siano proprio quelle persone che appartengono nel loro Paese alle classi meno svantaggiate, che hanno per lo più un grado di istruzione media, sono dotati di un buon spirito d'iniziativa e spiccano per attitudini caratteriali, adattabilità, intraprendenza, equilibrio, e per caratteristiche socio-economiche; queste persone hanno maggiore possibilità di avere successo nel Paese ospitante. Una volta giunto in Italia trascorre sempre un certo lasso di tempo, in genere qualche mese, prima che l'immigrato abbia necessità di ricorrere alle strutture sanitarie, il cosiddetto "intervallo di benessere". Le patologie di importazione si sono dimostrate statisticamente nella prima generazione di migranti di minor frequenza di quelle acquisite

nel Paese ospitante e di quelle di adattamento; si può ancora parlare del cosiddetto "effetto migrante sano" in cui l'autoselezione avviene nel Paese d'origine; pertanto nel caso dell'immigrazione per lavoro giungono da noi persone che si trovano in un buono stato di salute.

Una prima fase dell'immigrazione è stata caratterizzata prevalentemente proprio da *pionieri* e se l'effetto migrante sano è ancora oggi valido per chi sceglie di emigrare e valuta la possibilità di sopportare il costo dell'emigrazione chiaramente non solo in termini economici, certamente già dall'inizio e soprattutto adesso, queste considerazioni sulla condizione della salute all'arrivo del migrante non valgono per chi è costretto a partire, a scappare spesso, da gravi situazioni politiche, di guerra, di persecuzione, che pongono a rischio non solo il proprio futuro ma anche l'immediato presente. Sono questi, in misura diversa ma sempre con una particolare vulnerabilità, i profughi, gli sfollati ed i rifugiati.

L'effetto migrante sano tende anche ad avere minor importanza man mano che l'immigrazione si stabilizza nel paese ospite. Tale effetto non è sempre riscontrabile nei confronti di chi viene con progetti migratori "trainati" da altri o semplicemente per percorrere strade tracciate e semplificate da parenti o amici. Il profilo di salute inoltre cambia man mano che cambia il profilo demografico dell'immigrato perché si verifica una sedimentazione sul territorio (nuove generazioni, anziani, ...). Da non dimenticare il costo fisico di un percorso migratorio sempre più difficile e logorante soprattutto per chi entra irregolarmente o chi fugge, sfruttato da chi approfitta della disperazione.

Certo è che qualunque sia il patrimonio di salute in "dotazione" al migrante, più o meno rapidamente viene dissipato per una serie di "fattori di rischio" per malattie che incombono nel paese ospite soprattutto se i processi di integrazione sono lenti e vischiosi: il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza di lavoro e di reddito, la sottoccupazione in professioni lavorative rischiose e non tutelate, il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse spesso inserite in una condizione di status nutrizionale compromesso.

Non si può trascurare l'effetto che hanno sull'equilibrio psichico la lontananza dagli affetti, le difficoltà di comunicazione e d'inserimento sociale, il forte disagio causato dallo sradicamento culturale. Progressivamente la situazione di disagio, accompagnata da una sempre più accentuata fragilità psico-fisica, espone maggiormente l'immigrato alle comuni patologie, respiratorie, gastrointestinali, dermatologiche, ortopediche etc., a cui è soggetta anche la popolazione italiana; non vi è quindi evidenza di una specificità patologica dello straniero. Tuttavia le difficoltà che quest'ultimo dovrà affrontare per usufruire dei servizi sanitari, una volta affetto da queste patologie, saranno ben maggiori rispetto al cittadino italiano.

Del resto, la Legge quadro sull'immigrazione n. 40/98, confluita con D.lgs. n. 286/98 nel Testo Unico ha reso possibile l'accesso ai servizi sanitari a tutti gli stranieri extracomunitari, ma possibilità d'accesso non significa automaticamente fruizione delle prestazioni. Una legge può garantire un diritto a livello legale, ma perché questo diventi reale è necessaria un'adeguata politica sanitaria. E dal momento che l'efficacia di una politica sanitaria è strettamente legata alla capacità di rilevare i bisogni sanitari della popolazione di riferimento, è indispensabile una corretta e costante rilevazione del bisogno sanitario degli immigrati.

EVOLUZIONE DELLA NORMATIVA NAZIONALE RELATIVA ALL'IMMIGRAZIONE DAL 1986 AL 2000: DALL'EMERGENZA AD UN CONTESTO ORGANICO E PROGRAMMATO

Pur avviatosi sul finire degli anni settanta, il fenomeno dell'immigrazione straniera viene istituzionalmente ignorato fino al dicembre 1986. Gli unici atti formali che dal dopoguerra alla seconda metà degli anni ottanta hanno delineato una politica immigratoria sono state circolari amministrative che sempre più hanno teso a controllare e limitare la presenza dell'immigrato e quindi impedito di fatto riconoscimento e possibilità di inserimento. Solo a partire dalla fine dell'1986, nel lasso di pochi anni, lo status giuridico e il trattamento riconosciuto al cittadino straniero extracomunitario, che vive legalmente in Italia, si è radicalmente modificato. Tale cambiamento, imposto dalla complessità del fenomeno diventato ormai strutturale alla società italiana, si è manifestato in modo sempre più evidente soprattutto con l'emanazione della legge quadro sull'immigrazione nel 1998.

È con la **Legge n. 943/86**, il primo intervento legislativo specifico sull'immigrazione, che i lavoratori stranieri in regola con le leggi dello Stato italiano e in possesso del certificato di residenza hanno ottenuto di godere, se non altro sul piano teorico, degli stessi diritti sociali e sindacali dei lavoratori italiani, come sancito nell'art. 1. Tuttavia la tutela della salute per lo straniero extracomunitario resta ancora molto diversificata poiché la legge fa riferimento esclusivamente al lavoratore e alla sua famiglia.

Anche il secondo intervento legislativo sull'immigrazione, la **Legge n. 39/90**, non ha apportato novità rilevanti riguardo alla tutela della salute per gli stranieri extracomunitari pur stabilendo all'art. 9 c.12 che: *"I cittadini extracomunitari e gli apolidi, che chiedono di regolarizzare la loro posizione ai sensi del comma 1e che non hanno diritto ad altro titolo sono, a domanda assicurati al Ssn ed iscritti alla USL del comune di effettiva dimora. Limitatamente all'anno 1990, i predetti cittadini sono esonerati dal versamento dei contributi dovuti ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legge (D.L.) n. 663/79"*.

Maggiore attenzione in materia sanitaria ha invece dimostrato il D.L. n. 489 del 18 novembre 1995 che ha esteso il diritto alle cure ordinarie e continuative ed i programmi di medicina preventiva anche agli irregolari e ai clandestini, sostituendo espressamente l'art. 5 c. 7 del D.L. n. 663/79 con il seguente art. 13:

“Agli stranieri temporaneamente presenti nel territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva. E' altresì garantita la tutela sociale della maternità e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane. L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti le prestazioni preventive, quelle della tutela della maternità e della gravidanza, nonché le altre prestazioni individuate con il decreto del Ministro della Sanità, adottato di concerto con il Ministero del tesoro, nell'ambito del Fondo sanitario nazionale, utilizzando, ove necessario, quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali”.

Peraltro dopo ben cinque reiterazioni di questo decreto, di cui l'ultima scaduta il 15 novembre 1996, il quadro normativo di riferimento è tornato ad essere quello preesistente al decreto, anche se un'Ordinanza del Ministero della sanità, datata proprio 15 novembre 1996, con validità di 90 giorni e reiterata con alcuni vuoti temporali fino alla emanazione della Legge 40/98, fa salve le novità introdotte con il citato articolo.

Un traguardo importante per la tutela della salute dello straniero extracomunitario si è raggiunto, come abbiamo scritto, con l'emanazione della Legge quadro sull'immigrazione n. 40/98 confluita con D.lgs. n. 286/98 nel TU, che negli articoli 34-35-36 riguardanti le disposizioni in materia sanitaria, ha affrontato ed in parte risolto i “punti critici” che hanno fino ad oggi impedito allo straniero di godere di un diritto che, secondo il dettato costituzionale, dovrebbe essere effettivamente garantito ad ogni individuo. Significativi sono stati i cambiamenti apportati in questa materia sia per coloro che possono iscriversi al Ssn, sia per i cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno che oggi hanno la possibilità di godere di un diritto per tanti anni negato o nascosto.

Come si evince dall'art. 34 (Assistenza per gli stranieri iscritti al Ssn), viene estesa l'obbligatorietà di iscrizione al Ssn e poiché la residenza in Italia non è più requisito necessario per tale iscrizione ma è sufficiente essere regolarmente soggiornanti, si realizza un notevole aumento dei destinatari della norma e di fatto una reale possibilità di godere di tale diritto. Lo straniero extracomunitario non è più costretto a rinunciare, per motivi burocratici, alla copertura sanitaria anche solo temporaneamente, poiché l'iscrizione non scade più né durante il rinnovo del permesso di soggiorno né in caso di nuova iscrizione sul permesso dei genitori dei figli nati in Italia.

Come indicato espressamente al c. 1 e 2 dell'art. 34:

“1. Hanno l'obbligo di iscrizione al Ssn e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal Ssn e alla sua validità temporale:

a) gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento;

b) gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza.

2. L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti. Nelle more dell'iscrizione al Ssn, ai minori figli di stranieri iscritti al Ssn è assicurato, fino dalla nascita, il medesimo trattamento dei minori iscritti”.

Coloro che non rientrano tra le categorie indicate ai precedenti commi, sono tenuti ad assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità stipulando un'apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale; oppure possono iscriversi alternativamente al Ssn, versando un contributo annuale di importo percentuale, pari a quello previsto per il cittadino italiano, sul reddito guadagnato nell'anno precedente in Italia o all'estero; in questo caso sono tutelati anche i familiari a carico. L'ammontare previsto del contributo, determinato con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, non può comunque essere inferiore al contributo minimo previsto dalle norme vigenti. Da questa norma ancora una volta si evidenzia una non del tutto rimossa distanza tra il cittadino straniero e quello italiano, dal momento che per quest'ultimo non esiste un contributo minimo, ma un reddito minimo al di sotto del quale l'iscrizione al Ssn diventa gratuita.

Gli stranieri soggiornanti in Italia, titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio o gli stranieri regolarmente soggiornanti collocati alla pari, possono iscriversi volontariamente al Ssn pagando un contributo annuale forfettario, per altro ridotto rispetto ad altre forme di iscrizione volontaria, negli importi e secondo le modalità previste dal Ministro della Sanità di concerto con il Ministro del Tesoro. L'assistenza in questo caso non è però estesa ai familiari a carico a meno che non si decida di pagare per intero il contributo previsto. Lo straniero assicurato al Ssn è iscritto nell'Azienda sanitaria locale del comune in cui dimora, le modalità per l'iscrizione sono definite nel Regolamento d'attuazione.

Quest'ultimo, seppur con enorme ritardo rispetto ai tempi previsti dal TU (D.lgs n. 286/98 art. 1, comma 6: *"Il regolamento di attuazione del presente testo unico, di seguito denominato regolamento di attuazione, è emanato ai sensi dell'art. 17 comma 1 della Legge 23.08.1988 n. 400, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della L. 40 del 06.03.1998"*) è stato emanato con Decreto del Presidente della Repubblica n. 394 il 31.08.1999.

Nell'art. 42 relativo all'assistenza sanitaria per gli stranieri iscritti al Ssn sotto riportato vengono specificate le modalità pratiche per procedere all'iscrizione al Ssn.

"1. Lo straniero in possesso del permesso di soggiorno per uno dei motivi di cui all'articolo 34, comma 1, del testo unico e per il quale sussistono le condizioni ivi previste è tenuto a richiedere l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale ed è iscritto, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistibili dell'Azienda Unità sanitaria locale, d'ora in avanti indicata con la sigla USL nel cui territorio ha residenza ovvero, in assenza di essa, nel cui territorio ha effettiva dimora, a parità di condizioni con il cittadino italiano. L'iscrizione è altresì dovuta, a parità di condizioni con il cittadino italiano nelle medesime circostanze, allo straniero regolarmente iscritto nelle liste di collocamento. Alle medesime condizioni di parità sono assicurate anche l'assistenza riabilitativa e protesica.

2. In mancanza di iscrizione anagrafica, per luogo di effettiva dimora si intende quello indicato nel permesso di soggiorno, fermo restando il disposto dell'articolo 6, comma 7 e 8, del testo unico. L'iscrizione alla USL è valida per tutta la durata del permesso di soggiorno.

3. Per il lavoratore straniero stagionale l'iscrizione è effettuata, per tutta la durata dell'attività lavorativa, presso l'USL del comune indicato ai fini del rilascio del permesso di soggiorno.

4. L'iscrizione cessa in caso di scadenza del permesso di soggiorno, salvo il caso che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno o il permesso di soggiorno rinnovato. L'iscrizione cessa altresì per mancato rinnovo, revoca o annullamento del permesso di soggiorno ovvero per espulsione, comunicati alla USL a cura della questura, salvo che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la pendenza del ricorso contro i suddetti provvedimenti. L'iscrizione parimenti cessa negli altri casi in cui vengono meno le condizioni di cui al comma 1.

5. L'iscrizione al Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 34, comma 1, del testo unico, non è dovuta per gli stranieri di cui all'articolo 27, comma 1, lettere a), i), q) del testo unico, che non siano tenuti a corrispondere in Italia, per l'attività ivi svolta, l'imposta sul reddito delle persone fisiche, fermo restando l'obbligo, per sé e per i familiari a carico, della copertura assicurativa di cui all'articolo 34, comma 3, del testo unico. L'iscrizione non è dovuta neppure per gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per affari.

6. Fuori dai casi di cui all'articolo 34, comma 1, del testo unico, in alternativa all'assicurazione contro il rischio di malattia, infortunio e maternità prevista dall'articolo 34, comma 3, del medesimo testo unico, e fatta salva la specifica disciplina di cui al successivo comma 4 dello stesso articolo, concernente gli stranieri regolarmente soggiornanti per motivi di studio o collocati "alla pari", lo straniero che abbia richiesto un permesso di soggiorno di durata superiore a tre mesi, può chiedere l'iscrizione volontaria al Servizio sanitario nazionale, previa corresponsione del contributo prescritto".

L'art. 35 del TU che disciplina l'assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Ssn, finalmente in modo stabile, permette agli stranieri irregolari di accedere nei presidi pubblici ed accreditati, alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative per infortunio e malattie ed estende anche a loro i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Per il pagamento delle relative prestazioni le tariffe sono determinate dall'art. 8 c. 5 e dall'art. 7 del D.lgs. 502/82 e successive modifiche. Inoltre tale articolo garantisce e disciplina la tutela sociale della gravidanza e della maternità a parità di trattamento con le cittadine italiane; la tutela della salute del minore; le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettive autorizzate dalla Regione, gli interventi di profilassi internazionale, la diagnosi e la cura di malattie infettive. Qualora i richiedenti delle suindicate prestazioni siano privi di risorse economiche sufficienti, vengono erogate senza onere a loro carico, salvo le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Tuttavia risulta difficile per chi è privo di risorse economiche sufficienti riuscire a pagare le quote di partecipazione alle spese a volte troppo alte e che spesso bloccano anche gli italiani. E' auspicabile che

in futuro si avvii un ripensamento dei livelli di protezione sociale e sanitaria, anche attraverso agevolazioni a livello economico, per facilitare effettivamente tutte quelle persone che vivono in condizioni di marginalità operando attraverso soglie di esenzione modulari.

La Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 chiarisce, tra l'altro, fornendone le definizioni, cosa si debba intendere per "cure urgenti" e cosa per "cure essenziali": per cure urgenti si intendono "le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona"; per cure essenziali si intendono "le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)".

Relativamente all'organizzazione dell'offerta assistenziale, il Regolamento di attuazione - in coerenza con l'ottica federalista - prevede (art. 43, comma 8) che "le regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative previste dall'articolo 35, comma 3, del TU, possano essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica". Per la registrazione e rendicontazione delle prestazioni erogate agli immigrati illegali e per le eventuali prescrizioni diagnostico-terapeutiche, il Regolamento di attuazione (art. 43, comma 3) prevede l'utilizzo di un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice, rilasciabile da parte di tutte le strutture sanitarie pubbliche, è riconosciuto su tutto il territorio nazionale ed identifica l'assistito per tutte le prestazioni previste. Nella consapevolezza che la condizione di irregolarità - che la legge nel suo complesso si propone di combattere - si può facilmente accompagnare a condizioni di forte precarietà economica, al comma 4 dell'art. 35 del TU si prevede che le prestazioni citate siano erogate "senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani". Il Regolamento di attuazione (art. 43, comma 4), specifica che lo stato di indigenza può essere attestato attraverso autodichiarazione presentata all'ente sanitario erogante. L'articolo 35, comma 5 del TU precisa inoltre che "L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano" (c. 5 art. 35). Questa norma consentirà agli immigrati irregolari di accedere con più tranquillità alle strutture sanitarie senza avere il timore di essere segnalati alle autorità di polizia solo per il fatto di essere ricorsi a delle cure mediche.

L'art. 43 del Regolamento d'attuazione inoltre specifica:

"3. La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti degli stranieri privi di permesso di soggiorno vengono effettuate, nei limiti indicati dall'articolo 35, comma 3, del testo unico, utilizzando un codice a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice identificativo è composto, oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Il codice, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, identifica l'assistito per tutte le prestazioni di cui all'articolo 35, comma 3 del testo unico. Tale codice deve essere utilizzato anche per la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate ai fini del rimborso e la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini, da parte delle farmacie convenzionate.

4. Gli oneri per le prestazioni sanitarie di cui all'articolo 35, comma 3, del testo unico, erogate ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti, comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente non versate, sono a carico della USL competente per il luogo in cui le prestazioni sono state erogate. In caso di prestazioni sanitarie lasciate insolite dal cittadino straniero, l'azienda ospedaliera ne chiede il pagamento alla USL, ovvero, se si tratta di prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, al Ministero dell'Interno, secondo procedure concordate. Lo stato d'indigenza può essere attestato attraverso autodichiarazione presentata all'ente sanitario erogante".

Infine per rendere adeguatamente operativo il dettato normativo viene specificato:

"8. Le regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative previste dall'articolo 35, comma 3, del testo unico, possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica".

A sostegno delle spese sostenute per erogare tali prestazioni, il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) ha stanziato, negli ultimi cinque anni, la somma di 60 miliardi di lire annue da dividere tra le regioni per l'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale.

**DELIBERAZIONI CIPE A FAVORE DEI CITTADINI STRANIERI
(FONDO SANITARIO NAZIONALE - PARTE CORRENTE)**

<i>Regioni</i>	<i>Delib. 30.1.1997 Anno 1996</i>	<i>Delib. 5.8.1998 Anno 1997</i>	<i>Delib. 21.4.1999 Anno 1998</i>	<i>Delib. 15.2.2000 Anno 1999</i>	<i>Delib. 21.12.2001 Anno 2000 ⁽¹⁾</i>
	£	£	£	£	£
Abruzzo	773.000.000	828.000.000	942.000.000	965.000.000	870.000.000
Basilicata	198.000.000	200.000.000	241.000.000	232.000.000	225.000.000
Calabria	1.305.000.000	1.608.000.000	1.689.000.000	1.029.000.000	891.000.000
Campania	7.317.000.000	6.588.000.000	5.607.000.000	4.577.000.000	3.146.000.000
Emilia Romagna	3.395.000.000	3.353.000.000	3.810.000.000	3.592.000.000	6.287.000.000
Friuli V.G.	449.000.000	*	*	*	*
Lazio	13.199.000.000	12.334.000.000	12.169.000.000	12.164.000.000	10.441.000.000
Liguria	1.317.000.000	1.288.000.000	1.299.000.000	1.423.000.000	2.215.000.000
Lombardia	12.845.000.000	13.352.000.000	13.788.000.000	15.831.000.000	13.997.000.000
Marche	730.000.000	773.000.000	869.000.000	897.000.000	967.000.000
Molise	62.000.000	63.000.000	93.000.000	95.000.000	93.000.000
Piemonte	4.478.000.000	4.612.000.000	4.781.000.000	4.743.000.000	6.299.000.000
Puglia	2.059.000.000	2.306.000.000	2.516.000.000	2.249.000.000	1.471.000.000
Sardegna	450.000.000	423.000.000	469.000.000	458.000.000	246.000.000 ^o
Sicilia	2.648.000.000	2.314.000.000	2.561.000.000	2.089.000.000	1.240.000.000 ^o
Toscana	3.927.000.000	4.817.000.000	3.805.000.000	4.141.000.000	6.340.000.000
Umbria	680.000.000	735.000.000	870.000.000	1.056.000.000	1.402.000.000
Veneto	4.168.000.000	4.406.000.000	4.491.000.000	4.459.000.000	3.869.000.000

(*) esclusa dalla ripartizione ai sensi dell'articolo 32, comma 16, della Legge 449/97 in quanto provvede al finanziamento del Ssn nel proprio territorio senza alcun apporto a carico dello Stato.

(^o) Al netto delle riduzioni di Legge

(1) A causa di arrotondamenti non segnalati in Gazzetta, il totale è £ 59.999.000.000, pari a Euro 30.987.000

Nonostante le regole dettate da questa legge quadro sull'immigrazione, restano ovviamente salve le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri in Italia in base a trattati e accordi internazionali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia.

Infine l'art. 36 disciplina l'ingresso e il soggiorno per cure mediche. Lo straniero che vuole ricevere cure mediche in Italia e l'eventuale accompagnatore, possono presentare una dichiarazione, rilasciata dalla struttura sanitaria prescelta, che indichi il tipo di cura, la data d'inizio e la durata del trattamento terapeutico, per ottenere uno specifico visto d'ingresso ed il relativo permesso di soggiorno. Inoltre devono attestare di aver depositato una somma a titolo cauzionale che tenga conto del costo presumibile delle prestazioni sanitarie richieste. Deve anche essere documentata la disponibilità in Italia di vitto e alloggio per l'accompagnatore per tutto il periodo di convalescenza dell'interessato. La domanda di rilascio del visto, rilascio o rinnovo del permesso di soggiorno, può anche essere presentata da un familiare o da chiunque vi abbia interesse. Il permesso dura fino alla durata presunta del trattamento terapeutico ed è anche rinnovabile finché continuano ad essere documentate le terapie necessarie.

Il trasferimento per cure mediche in Italia può avvenire anche per motivi umanitari, definiti ai sensi dell'art.12 c. 2 lettera c) del D.lgs n. 502/92, come modificato dal D.lgs n. 517/93 previa autorizzazione del Ministero della Sanità d'intesa con il Ministero degli affari esteri. In questo caso le spese sostenute dalle Aziende sanitarie locali e dalle strutture ospedaliere sono rimborsate dal Fondo sanitario nazionale.

L'articolo 44 del Regolamento d'attuazione vengono esplicitate le procedure relative all'ingresso e al soggiorno dello straniero che si reca in Italia per sostenere delle cure mediche.

"1. Il cittadino straniero che intende effettuare, dietro pagamento dei relativi oneri, cure mediche in Italia, richiede il visto ed il relativo permesso di soggiorno, rispettivamente, alla competente rappresentanza diplomatica o consolare ed alla questura, allegando la seguente documentazione:

- a) dichiarazione della struttura sanitaria prescelta, pubblica o privata accreditata, che indichi il tipo di cura, la data di inizio e la durata presumibile della stessa, osservate le disposizioni in vigore per la tutela dei dati personali.*
- b) Attestazione dell'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale sulla base del costo presumibile*

delle prestazioni richieste. Il deposito cauzionale, in lire italiane, in euro o in dollari statunitensi, dovrà essere versato alla struttura prescelta.

c) Documentazione comprovante la disponibilità in Italia di risorse sufficienti per l'integrale pagamento delle spese sanitarie e di quelle di vitto e alloggio fuori dalla struttura sanitaria e di rimpatrio per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore.

2. Con l'autorizzazione di cui all'articolo 36, comma 2, del testo unico sono stabilite le modalità per il trasferimento per cure in Italia nei casi dalla stessa disposizione e per quelli da effettuarsi nell'ambito dei programmi di cui all'articolo 32, comma 15, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449".

Come già citato, a completare tale quadro è stata emanata una Circolare del Ministero della sanità (n. 5 del 24.03.2000) che ha voluto dare dei chiarimenti ed indicare delle procedure amministrative a supporto della normativa nazionale.

PRINCIPALI INDICAZIONI PREVISTE DALLA NORMATIVA IN VIGORE

Inclusione nel 'sistema salute' dei cittadini stranieri regolarmente soggiornanti

- Estensione della obbligatorietà di iscrizione al Ssn e previsione di copertura sanitaria per tutti gli stranieri presenti sul territorio nazionale
(teoricamente: 85,4% iscritti obbligatoriamente + 10,3% iscritti facoltativamente)
 - Superamento temporaneità iscrizione al Ssn
(validità dell'iscrizione anche in corso di rinnovo permesso di soggiorno)
- Eliminazione del requisito della residenza per l'iscrivibilità al Ssn
 - Parità di diritti e doveri
(ad es.: equiparazione dei disoccupati stranieri a quelli italiani)

Ampliamento delle garanzie di assistenza per gli Stranieri Temporaneamente Presenti (irregolari e clandestini)

- Garanzia di cure ospedaliere e ambulatoriali per urgenze, malattie essenziali, medicina preventiva e riabilitativa
 - Particolare tutela per donne e minori
- Attenzione alle malattie infettive ed alla profilassi internazionale
- Divieto di segnalazione all'autorità prefettizia dell'irregolare che ha usufruito di una prestazione sanitaria

Pianificazione degli ingressi per cure mediche

- Trasferimento deciso individualmente a carico dell'assistito o di sponsor
- Trasferimento in Italia per cure in ambito di interventi umanitari statali a carico del Ministero della sanità
- Trasferimento in Italia per cure in ambito di programmi umanitari regionali a carico della parte dedicata del Fondo sanitario nazionale

**LE TAPPE FONDAMENTALI DELL'ITER NORMATIVO NAZIONALE SULL'IMMIGRAZIONE
CHE HANNO RAPPRESENTATO IL RIFERIMENTO PER L'ANALISI DELLE NORMATIVE REGIONALI**

1986:

• Emanazione della Legge Nazionale n. 943 del 30.12.1986: *"Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine"*.

1990:

• Emanazione della Legge Nazionale n. 39 del 28.02.1990: *"Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea"*.

1995:

• Emanazione del Decreto Legge n. 489 del 18.11.1995: *"Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea"*.

1998:

(• Emanazione del Decreto del Presidente della Repubblica del 23.07.1998: *"Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000"*)

• Emanazione del Decreto Legislativo n. 286 del 25.07.1998: *"Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"*.

• Emanazione del Decreto del Presidente della Repubblica n. 158 del 05.08.1998: *"Approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell'art. 3 della legge 6 marzo 1998, n. 40"*.

1999:

• Emanazione del Decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 31.08.1999: *"Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286"*.

LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA ATTUALE

A sostenere e rafforzare quanto delineato dal quadro legislativo appena esposto, pochi mesi dopo l'emanazione del TU è arrivato il *Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000* (approvato con D.P.R. del 23 luglio 1998). Tale documento, per la rilevanza che ha rivestito in termini di programmazione su base nazionale, ha assunto, per quanto di nostro interesse, un significato storico: per la prima volta infatti la salute degli stranieri immigrati è stata riconosciuta tra le priorità del Servizio sanitario nazionale e dell'intera collettività che esso tutela.

Il Piano presentava infatti una sezione dedicata agli immigrati quali destinatari di interventi specifici. Nella prima parte del documento, dedicata agli obiettivi di salute, la popolazione migrante è stata espressamente compresa tra i 'soggetti deboli' di cui l'Obiettivo IV si propone di 'rafforzare la tutela'.

In sintesi, il Piano sanitario nazionale (Psn) ha identificato come obiettivi prioritari, da raggiungere entro il triennio:

- l'accesso all'assistenza sanitaria, secondo le normative vigenti, che deve essere garantito agli immigrati in tutto il territorio nazionale;
- la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana, che deve essere estesa alla popolazione immigrata.

A questo scopo, nel triennio 1998-2000, dovevano "essere sviluppate le seguenti attività rivolte allo sviluppo di politiche intersettoriali di salvaguardia della salute degli immigrati:

- sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;
 - formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute;
 - organizzazione dell'offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati".
-

Tra i documenti e provvedimenti previsti dal Psn quali adempimenti prioritari, vi era inoltre un Progetto obiettivo dal titolo "Salute degli immigrati", la cui stesura è stata affidata ad una Commissione istituita presso il Servizio studi e documentazione dell'allora Ministero della sanità, che ha licenziato un documento che non ha avuto finora alcuna ufficializzazione. La stessa Commissione ha promosso alcune attività, tra cui, in primis, la costituzione di un Coordinamento di referenti regionali sul tema, ed altre iniziative di sensibilizzazione e divulgazione (ad esempio la presentazione di 'decaloghi' - documenti schematici di indirizzo operativo - rivolti ad operatori sanitari e ad utenti immigrati, tradotti in varie lingue e reperibili sul portale del Ministero della salute). La Commissione, pur avendo avuto rinnovato il proprio mandato per gli anni 2001 e 2002, non è più stata convocata.

Anche la nuova proposta di Piano per il triennio 2002-2004 prevede, all'interno della parte seconda, nel capitolo dedicato alla "salute e il sociale" una sezione specifica sull'assistenza agli stranieri, che, tra l'altro, riporta:

... Il tempo intercorso dal momento della migrazione configura esperienze di svantaggio molto diverse. In prossimità dell'immigrazione prevalgono il trauma del distacco dalla casa e dal Paese di origine e le condizioni di estremo disagio nella ricerca di un tetto e di un lavoro, di relazioni sociali, di affetti, e di un riconoscimento giuridico. In questa fase, gli immigrati condividono con gli italiani senza fissa dimora condizioni di svantaggio estremo. In un secondo momento, diventano più importanti le difficoltà di integrazione o di interazione e convivenza con la cultura ospite e con il sistema dei servizi e le difficoltà di apprendere la lingua accrescono le barriere alla fruizione dei servizi ed alla soddisfazione delle necessità quotidiane. Osservando il flusso di utilizzo di alcuni servizi sanitari da parte degli stranieri, si evidenzia una sostanziale mancanza di elasticità dell'offerta di servizi, a fronte dei nuovi problemi di salute di questi nuovi gruppi di clienti. ...

Nel quadro dei molteplici interventi necessari per superare l'emarginazione degli immigrati bisognosi, un importante aspetto è quello di assicurare l'accesso delle popolazioni immigrate al Servizio sanitario nazionale adeguando l'offerta di assistenza pubblica in modo da renderla visibile, facilmente accessibile, attivamente disponibile e in sintonia con i bisogni di questi nuovi gruppi di popolazione, in conformità a quanto previsto dal testo unico sull'immigrazione che ha sancito il diritto alle cure urgenti ed essenziali e alla continuità della cura anche per gli immigrati irregolari. In tale contesto, sono necessari, fra l'altro, sia interventi di tipo informativo dell'utenza immigrata sull'offerta dei servizi da parte delle USL che l'individuazione all'interno di ciascuna USL di unità di personale esperte e particolarmente idonee per questo tipo di rapporti. ...

Altre azioni prioritarie riguardano i seguenti aspetti:

- migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle IVG;
- ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione;
- raggiungere una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana;
- ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.

Anche i "Documenti programmatici relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato...", predisposti dal Governo e a cui si rimanda per una lettura più approfondita, hanno enfatizzato l'importanza dell'accessibilità, da parte degli stranieri, ai servizi sanitari (ed in particolare a quelli pubblici), come elemento chiave per una loro progressiva integrazione.

Tali documenti hanno riconosciuto al fenomeno migratorio una valenza strutturale e non legata all'emergenza e proposto la politica di integrazione perseguita dal Governo come un tentativo di "mettere gli stranieri nella condizione di vivere 'normalmente'...", cercando di risolvere quelle condizioni penalizzanti rispetto ai cittadini italiani in condizioni economiche e sociali comparabili, di cui l'accesso ai servizi sanitari è espressione primaria. In particolare, nel primo Documento programmatico emanato si sottolineava come "la difficoltà di utilizzare i servizi sanitari è anch'esso un problema che molti stranieri condividono con i cittadini italiani. Anche in questo campo quindi l'obiettivo di una politica di integrazione è quello di dare agli stranieri le informazioni necessarie sul funzionamento e sulle prestazioni del Servizio sanitario nazionale e sulle modalità di accesso. Ci sono però due aspetti molto particolari da considerare nella previsione di un'assistenza sanitaria efficace: la forte connotazione culturale della malattia, della cura, del rapporto con il proprio corpo e della manifestazione agli altri della propria malattia; la condizione di illegalità di alcuni stranieri presenti sul nostro territorio ai quali assicurare uno dei diritti fondamentali come quello della salute". Omissis "...più articolata dovrà invece essere l'applicazione della legge per venire incontro alle esigenze evidenziate nel primo punto, in quanto presuppongono, anche nell'ambito dei servizi sanitari pubblici, modalità di prestazione che rispettino le esigenze di persone appartenenti ad altre culture (es. medici donne per

alcune specializzazioni, mediatori culturali)".

All'interno di un quadro normativo coerente e moderno costruito con una chiara volontà di inclusione ordinaria degli stranieri nel sistema di tutela della salute di tutti i cittadini e di intercettare il bisogno e la domanda di salute anche dei soggetti ai margini del sistema, consci di alcuni limiti ed ambiti di discrezionalità applicativa, è stato avviato a più livelli un percorso di approfondimento dei bisogni di salute di questa popolazione e di definizione di precisi indirizzi di azione, che pongono l'Italia in una linea avanzata rispetto ad altri paesi europei ed occidentali interessati, come noi, dal fenomeno immigratorio.

Tuttavia non possiamo tacere la preoccupazione che alcuni recenti atti possano compromettere questo complesso ed articolato percorso. L'art. 80, comma 19 della L. 388/2000 (finanziaria 2001), nell'ambito delle provvidenze e delle prestazioni, anche economiche di assistenza sociale nei confronti di cittadini extracomunitari relativamente al morbo di Hansen, alla tubercolosi e all'invalidità civile, cecità civile e sordomutismo, esclude da tali opportunità gli stranieri titolari di permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno (possibilità prevista dal TU), limitando tali prestazioni esclusivamente agli stranieri titolari di carta di soggiorno o dei minori iscritti nella carta di soggiorno dei genitori.

Ed ancora, nel recente Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 che definisce a livello nazionale i Livelli essenziali d'assistenza (Lea), tra le prestazioni garantite agli immigrati STP, non sono previste esplicitamente proprio quelle essenziali. Infine il Disegno di legge governativo sull'immigrazione pur non intervenendo direttamente sugli articoli sanitari ma *"legando il permesso di soggiorno al contratto di lavoro proiettando un'immagine strumentale dello straniero ridotto a mera forza lavoro e con rischi di ricattabilità e di sfruttamento lavorativo nocivo e gli impone una precarietà dei progetti. Ostacolando, inoltre, la legalizzazione (sponsor, sanatorie per chi lavora, etc.) si favorisce l'irregolarità che si è dimostrata un fattore di rischio significativo per la salute. Gli stessi criteri restrittivi per i ricongiungimenti familiari ostacolano progetti a lungo termine e la stabilità affettivo-emotiva degli immigrati con danni per il benessere psico-fisico. L'adozione di una procedura semplificata per l'asilo, con il rischio di facile esclusione da percorsi di protezione garantiti, può provocare danni significativi per la salute di questi soggetti che sono i più deboli tra gli immigrati"*. (Documento VII Consensus Conference sui temi sanitari dell'immigrazione - Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Erice, 2002).

In conclusione, se si avrà il coraggio di proseguire in una nuova organizzazione sanitaria più attenta alle diversità delle condizioni sociali e sanitarie ed ai bisogni che ne conseguono, ciò non potrà che garantire un livello di assistenza migliore e quindi una concreta promozione della salute per tutti i cittadini, italiani e stranieri.

PRINCIPALI DISPOSIZIONI D'INTERESSE SANITARIO RELATIVE ALL'IMMIGRAZIONE

• Legge 40 del 6 marzo 1998

<<Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero>>

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 1998.

Articoli sanitari: 32, 33 e 34

• Circolare del Ministro della sanità del 22 aprile 1998 (DPS-X-40/98/1010)

Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 1998 – Serie generale.

• Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286

<<Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero>>.

Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 – Serie generale. **Articoli sanitari: 34, 35 e 36**

• Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998

<<Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000>>, Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998 – Serie generale.

• Decreto del Ministro della Sanità del 2 novembre 1998

Istituzione della Commissione per lo studio delle problematiche relative all'emanazione del regolamento di attuazione della legge 6 marzo 1998, n. 40, sulla disciplina dell'immigrazione. (Rinnovata con Decreti ministeriali del 18 aprile 2000 e 30 maggio 2001)

• Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica

Deliberazione 30 gennaio 1997. <<Fondo sanitario nazionale 1996 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, Ordinanza Ministeriale>>, Gazzetta Ufficiale del 26 marzo 1997 – Serie generale.

Deliberazione 5 agosto 1998. <<Fondo sanitario nazionale 1997 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40>>, Gazzetta Ufficiale del 30 settembre 1998 – Serie generale.

Deliberazione 21 aprile 1999. <<Fondo sanitario nazionale 1998 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40>>, Gazzetta Ufficiale del 7 settembre 1999 – Serie generale.

Deliberazione 15 febbraio 2000. <<Fondo sanitario nazionale 1999 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40>>, Gazzetta Ufficiale del 17 aprile 2000 – Serie generale.

Deliberazione 21 dicembre 2001. <<Fondo sanitario nazionale 2000 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40>>, Gazzetta Ufficiale del 20 marzo 2002 – Serie generale.

• Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394

<<Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286>>, Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 258 del 3 novembre 1999 – Serie generale.

La parte sanitaria è trattata in modo specifico agli articoli 42, 43 e 44.

• Circolare del Ministro della sanità n. 5 del 24 marzo 2000 (DPS-X-40-286/98)

"Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione" e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria", Gazzetta Ufficiale n. 126 del 1 giugno 2000 – Serie generale.

• Telex Ministero della sanità n. DPS-X-40-286/98-240 del 3 aprile 2000

"Regolarizzazione ex DPCM 16 ottobre 1998 - Attività lavorativa stranieri in attesa rilascio permesso di soggiorno"

• Decreto Presidente Repubblica 30 marzo 2001

<<Approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell'art. 3 della L. 6 marzo 1998, n. 40>>. Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 112 del 16 maggio 2001

Capitolo 4: politiche di integrazione. Salute

(Precedente documento programmatico 1998-2000: Decreto del Presidente della Repubblica 5 agosto 1998. Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 215 del 15 settembre 1998 – Serie generale).

capitolo 2

le politiche locali



CONSIDERAZIONI GENERALI

L'ente di programmazione per eccellenza è la Regione: ad essa spetta la traduzione degli input dati dalla normativa nazionale in adeguate politiche locali; spetta, ad esempio, contestualizzare le norme e parcellizzarle sia nella definizione puntuale dei destinatari e delle procedure e sia, se necessario, nell'individuare ulteriori percorsi di tutela dei cittadini. Questo vale in particolare per la sanità, ed infatti in un recente passato alcune normative (leggi regionali, delibere ed altri atti) hanno potuto supplire un vuoto, o meglio una confusione della normativa nazionale proprio nell'ambito delle politiche sanitarie per gli immigrati, producendo per altro una grande variabilità applicativa nella possibilità di accesso e fruibilità dei servizi sanitari da parte degli stranieri. Ciò valeva già nel passato e vale ancora con maggior forza ed autonomia oggi nel progressivo processo di federalismo e devoluzione.

Per questo la ricerca ha voluto porre l'attenzione proprio all'ambito regionale con il monitoraggio delle normative specifiche sull'immigrazione con riferimento alla promozione della salute di questa popolazione.

Si è fatto ciò con un **metodo partecipativo**; si sono coinvolti gli uffici ed i funzionari che in ambito regionale si occupano di tali temi, con il dichiarato obiettivo di creare una rete, seppur informale, di contatti e condividere delle conoscenze per stimolare quegli ambiti più deboli o con minor azione propositiva. Già da questa azione si possono fare alcune prime considerazioni; di **metodo**: certamente faticoso e lento, pochissime sono state le realtà territoriali che hanno risposto nei tempi dati con l'invio di materiale pertinente alla ricerca, e poche sono state le persone che hanno espressamente richiesto di conoscere la "produzione" di altre Regioni. L'impressione avuta è stata quella di un certo interesse da parte degli operatori/funzionari contattati, ma ciò è stato spesso sommerso da un sovraccarico di lavoro quotidiano che non permette un adeguato approfondimento e coinvolgimento. Nel **merito** invece è da sottolineare come situazioni che richiedono competenze di assessorati diversi (in genere alle politiche sociali o all'immigrazione e quello alla sanità, ma anche altri) non sono supportati da politiche di coordinamento e/o collegamento. Lo standard è che un assessorato sappia nulla o comunque poco dell'attività dell'altro e che tra gli stessi uffici del medesimo assessorato le informazioni siano insufficienti se non contraddittorie.

Ad arginare tale situazione poco o nulla hanno potuto le Consulte regionali che si sono attivate entro la metà degli anni novanta seppur con gravi ritardi soprattutto nelle Regioni del centro-sud. La loro operatività è stata limitata, come cita la sintesi dei Gruppi di lavoro dell'*Organismo Nazionale di Coordinamento per le Politiche di Integrazione Sociale degli Stranieri* del CNEL (Roma, luglio 1999, pg. 2), con riunioni sporadiche e scarsamente incisive sulle scelte e sulle politiche ma anche sul collegamento dei vari ambiti locali. La normativa nazionale, pur mantenendo a livello regionale tale tavolo di lavoro (D. lgs 286/98, art. 42, comma 6), definisce un altro ambito di "analisi delle esigenze e di promozione degli interventi da attuare a livello locale" attraverso l'istituzione di Consigli territoriali per l'immigrazione (D. lgs. 286/98, art. 3, comma 6) composte da rappresentanti delle competenti amministrazioni locali dello Stato, la Regione, gli enti (ed il Regolamento d'attuazione all'art. 57, comma 2, prevede la possibilità della partecipazione delle Aziende sanitarie locali) e le associazioni. L'auspicio è che possa avvenire almeno a tale livello un adeguato coordinamento sia in ambito di programmazione, di monitoraggio e di promozione di azioni positive come quelle per un reale accesso e fruizione dei servizi socio-sanitari (vedi anche documento CNEL citato pg. 4). Non esiste ad oggi un puntuale monitoraggio di tali iniziative, in genere l'aspetto sanitario viene trattato in eventuali gruppi di lavoro specifici in cui tali Consigli territoriali si sono strutturati.

Il materiale raccolto, le informazioni ricevute anche attraverso il contatto diretto con testimoni privilegiati a livello nazionale e locale, le "reti istituzionali e non" create (abbiamo già citato il ruolo del gruppo specifico del CNEL, della Commissione del Ministero della sanità, della richiesta di informazioni alle Aziende sanitarie locali, ...), hanno permesso di avere una "fotografia" della situazione Regione per Regione che di seguito riportiamo.

In questo rapporto abbiamo complessivamente esaminato, oltre tutte le normative nazionali sull'immigrazione e per la tutela della salute per questi "nuovi cittadini", **20** Leggi regionali (3 sono state abrogate), **1** Legge provinciale

ed **1** progetto di Legge provinciale sull'immigrazione, **12** modifiche, **37** altre Leggi regionali collegate, **89** Delibere regionali (70 di Giunta e 19 di Consiglio), **9** Delibere di Giunta provinciale, **55** Circolari e Note regionali con specifica attenzione circa gli aspetti sanitari, **56** progetti specifici, **16** Piani sanitari regionali e **4** bozze di Piano.

Attraverso un'analisi accurata del materiale, supportata dalla creazione di apposite schede regionali costruite mediante una griglia disegnata "ad hoc", si è cercato di comprendere il percorso normativo sviluppato da ogni Regione per rendere realizzabile la tutela della salute per immigrati.

**NORMATIVA LOCALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI IMMIGRATI
COME INDICE DI SENSIBILITÀ REGIONALE
ADEGUAMENTO O ANTICIPAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE RISPETTO ALLA NORMATIVA NAZIONALE**

	<i>Legge Regionale</i>	<i>Legge Nazionale</i>	<i>Note</i>
Abruzzo	n. 10/1990	n. 943/1986	
Basilicata	n. 21/1996	n. 489/1995	
Calabria	n. 17/1990	n. 39/1990	(1)
Campania	n. 33/1994	n. 489/1995	(3)
Emilia Romagna	n. 14/1990	n. 943/1986	
Friuli V. G.	n. 46/1990	n. 39/1990	
Lazio	n. 17/1990	n. 39/1990	
Liguria	n. 7/1990	n. 943/1986	
Lombardia	n. 38/1988	n. 39/1990	(2)
Marche	n. 2/1998	n. 286/1998	
Molise	-	-	
Piemonte	n. 64/1989	n. 39/1990	(3)
Puglia	n. 26/2000	n. 286/1998	
Sardegna	n. 46/1990	n. 39/1990	
Sicilia	(n. 55/1980)	-	
Toscana	n. 22/1990	n. 489/1995	(3)
P. A. Trento	L.P. n. 13/1990 (D.I. n.128/2001)	n. 39/1990	
P. A. Bolzano	-	-	
Umbria	n. 18/1990	n. 39/1990	
Valle D'Aosta	n. 51/1995	n. 39/1990	
Veneto	n. 9/1990	n. 489/1995	(3)

(1) Valorizzazione del privato sociale;

(2) Destinatari della L. R. tutti gli stranieri dimoranti;

(3) Assistenza sanitaria per interventi non differibili anche per immigrati irregolari

Il ritardo nell'emanazione del Regolamento d'attuazione del TU, il rinnovo dei Consigli regionali e le ultime elezioni politiche nazionali, possono, in parte, giustificare l'esitazione delle regioni ad adeguarsi, con un specifico atto legislativo locale ad una normativa nazionale che suscita un ampio dibattito politico. Non sorprende dunque che negli ultimi anni solo la Puglia ha legiferato in materia, l'Emilia Romagna ha proposto un disegno di legge ormai decaduto e la provincia di Trento non ha ancora approvato il proprio Disegno di legge presentato nel 2001.

Comunque c'è da dire che diverse regioni, pur non avendo emanato una nuova legge regionale sull'immigrazione, hanno recepito le direttive nazionali attraverso iniziative a carattere locale, concretizzatesi in Delibere e Circolari regionali, ambiti specifici nei Piani sanitari regionali e Piani per la politica migratoria (anche se in quest'ultimi non si sono riscontrati progetti di tipo sanitario, possibilità prevista dalla normativa nazionale).

PIANI SANITARI REGIONALI E ATTI EMANATIVI

Piano Sanitario Regionale/Provinciale

Abruzzo	P.S.R. 1999-2001 (L. R. 37/99)
Basilicata	P.S.R. 1997-1999 (Del. C.R. 478/96)
Calabria	P.S.R.1995-1997 (L.R. 9/95)
Campania	Proposta P.S.R. 2002-2004 (Prop. L.R. 165/02)
Emilia Romagna	P.S.R. 1999-2001 (Del. C.R. n. 1235/99)
Friuli V. G.	P.I.M.T./P.S.R. 2000-2002 (Del. 3854/99)
Lazio	Presa atto proposta P.S.R. 2002-2004 (Del. G.R. 2035/01)
Liguria	Revisione P.S.R. 1999-2001 (Del. G.R. 2354/01)
Lombardia	P.S.S.R. 2002-2004 (Del. G.R. VII/6347/01)
Marche	P.S.R. 1998-2000 (L. R. 34/98)
Molise	P.S.R.1997-1999 (Del. C.R. 505/96)
Piemonte	P.S.R. 1997-1999 (L.R. 61/97)
Puglia	P.S.R. 2002 2004 (Del. G.R. 2087/01)
Sardegna	-
Sicilia	P.S.R. 2000-2002 (Dec. Pres. 11.05.00)
Toscana	P.S.R. 2002-2004 (Del. C.R. 60/02)
P. A. Trento	P.S. Provinciale 2000-2002 (Del. C.P. 1354/00)
P. A. Bolzano	P.S. Provinciale 2000-2002 (Del. C.P. 3028/99)
Umbria	P.S.R. 1999-2001 (Del. C.R. 647/99 integ. Del. C.R. 765/00 e 767/00)
Valle D'Aosta	P.S.R. 2002 - 2004 (L.R. 18/01);
Veneto	P.S.R. 1996-1998 (L.R. 5/96) aggiornato con atti amministrativi

aggiornato aprile 2002

E' interessante soffermare l'attenzione, anche se brevemente, sugli aspetti rilevanti che caratterizzano le regioni italiane in materia sanitaria per gli immigrati rimandando alla descrizione analitica delle schede eventuali approfondimenti.

NORD ITALIA

Nel nord Italia - ad eccezione della Provincia autonoma di Bolzano che non ha ancora legiferato sull'immigrazione ma ha prodotto un piano di interventi a favore dei profughi - tutte le altre regioni si sono mostrate attive e propositive seppure con diverse modalità.

Infatti il **Friuli Venezia Giulia** pur non avendo ancora emanato una nuova legge regionale in sintonia con la normativa nazionale, si è dotato di riferimenti organizzativi che si sono mostrati particolarmente efficaci: prima l'Ente Regionale per i problemi dei migranti (ERMI) e dal 2001 il Servizio autonomo per l'immigrazione con la previsione di costituire anche uno specifico Osservatorio per la prevenzione e la tutela sanitaria.

Ciò in continuazione con una tradizione di collaborazione tra le varie ASL, che gestiscono progetti di informazione sanitaria e provvedono anche all'organizzazione di iniziative di prevenzione e di assistenza socio-sanitaria. Particolare attenzione a questo tema è posto dalle Aziende sanitarie di Trieste (Asl 1) e di Udine (Asl 4) che nel tempo hanno costruito sintonia di intendi, capacità di lavoro comune e di programmazione che spesso acquisisce lo spessore di politica regionale.

Il 18.12.2000 è stata emanata una Circolare che definisce criteri e procedure in particolare per l'attribuzione del codice STP.

Friuli Venezia Giulia - Azienda Servizi Sanitari n. 4 - Medio Friuli

Progetto: Tutela della salute dei cittadini Immigrati

L'Azienda Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli" recependo quanto previsto dal Psn 1998-2000 all'obiettivo IV "Rafforzare la Tutela dei soggetti deboli, garanzie di assistenza dei deboli", ed in relazione da quanto previsto dagli art. 32 e 33 della L. 40/1998 ha costituito un gruppo lavoro permanente misto costituito da rappresentanti della stessa e delle principali associazioni di volontariato che operano in Udine (Associazione "Medici Contro"; Casa dell'Immacolata di Udine).

L'attività svolta ha visto anche il coinvolgimento di altri soggetti quali:

- gli operatori del Centro di Ascolto del Comune di Udine;
- la Provincia di Udine;
- i rappresentanti dell'Ermi. (Ente Regionale Migranti).

Tale Gruppo di lavoro ha elaborato un progetto di "Tutela della salute dei cittadini immigrati", gli obiettivi per il 2000 di questo progetto sono stati i seguenti:

- 1) Avvio dell'attività di mediazione di comunità, culturale e linguistica, all'interno dei servizi e degli ambulatori del Dipartimento di Prevenzione e del Distretto di Udine, compreso sportello informativo e interventi su chiamata per tutte le strutture dell'Azienda sanitaria.
- 2) Protocollo d'intesa con l'Associazione di Volontariato "Medici Contro" per la questione di un ambulatorio di prima accoglienza per immigrati anche STP non iscritti al Ssn (art. 42 DPR 394) nella sede del distretto e per la sorveglianza epidemiologica.
- 3) Formazione culturale degli operatori sanitari e amministrativi su immigrazione e salute (aspetti legislativi, sanitari, culturali, etc.) in collaborazione il Centro formazione dell'Azienda sanitaria.
- 4) Redazione e distribuzione di materiale informativo e di educazione sanitaria per gli immigrati in collaborazione con le loro associazioni.

Il progetto mira a rendere leggibili, accessibili e fruibili i diritti sanitari garantiti dalla nuova legislazione in materia di immigrazione impegnandosi a rimuovere gli ostacoli di natura sociale e culturale, che possono costituire i principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato.

In **Liguria** invece interessante si è mostrato il Piano sanitario regionale per il triennio 1999/2001 che all'obiettivo 1.6 "Promuovere la sicurezza per i soggetti immigrati" riporta:

"Numerosi fattori epidemiologici e condizioni socio-economiche rendono lo stato della salute degli immigrati stranieri meritevole di particolare tutela (...). Gli aspetti più rilevanti di ordine sanitario riguardano quel complesso di situazioni legate alla povertà e alle difficili condizioni di vita relative alla inadeguata alimentazione, abitazione e socialità, e alla discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari (...).

Gli obiettivi tendenziali corrispondono a quelli previsti dal PSR 1998-2000:

- 1) *garantire uniformità d'accesso all'assistenza sanitaria a tutti gli immigrati. Ai cittadini stranieri non in regola con le norme d'ingresso e soggiorno sono garantite comunque, in base al TU ed al suo regolamento d'attuazione le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva e salvaguardia della salute individuale e collettiva.*
- 2) *Estendere gli obiettivi di copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana ai soggetti immigrati.*

(...) Azioni del triennio 1999-2001:

- *programmi di formazione del personale sanitario sia relativamente agli aspetti clinici e di prevenzione delle patologie d'importazione, sia agli aspetti di comunicazione nel rapporto interculturale, finalizzati anche all'acquisizione di conoscenze relative alla dimensione salute-malattia sotto il profilo sia antropologico che igienico-sanitario;*
- *sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;*
- *indirizzo per interventi di prevenzione collettiva (vaccinazioni obbligatorie ed interventi di profilassi (omissis));*
- *indirizzi per la garanzia degli interventi di assistenza sanitaria estesi ad ogni soggetto presente sul territorio, in particolare per l'accesso tempestivo alle prestazioni sanitarie essenziali e per la tutela della maternità e della gravidanza (...);*
- *campagne di educazione sanitaria a supporto dell'uniformità di accesso all'assistenza sanitaria in base alla normativa vigente, per tutti i soggetti immigrati, incluso la copertura vaccinale con gli stessi obiettivi previsti per i cittadini italiani prevedendo l'utilizzo di mediatori culturali".*

Solo recentemente la Regione ha dato supporto a tale impostazione programmatica in particolare promuovendo un corso d'aggiornamento obbligatorio (maggio 2000 - maggio 2001) "Formazione interculturale per personale delle Aziende sanitarie liguri" e, attraverso una Circolare, ha dato indicazioni operative per adeguarsi alle norme nazionali. La revisione e l'aggiornamento al Piano citato ha individuato tre ambiti specifici di impegno:

- *attivare programmi di formazione rivolti sia al personale delle Aziende sanitarie, sia ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, finalizzati alla conoscenza degli aspetti clinici e di prevenzione delle patologie d'importazione;*
- *consentire, come per i cittadini residenti, l'accesso unificato alle prestazioni attraverso il filtro operato dal distretto, che deve garantire la lettura della specifica domanda e l'orientamento verso risposte assistenziali appropriate, efficaci e integrate (territorio/ospedale);*
- *attivare interventi di profilassi vaccinale.*

Nel caso della **Lombardia** il Programma pluriennale degli interventi per l'immigrazione 1999-2000 fornisce indicazioni agli Enti locali ed alle associazioni del privato sociale per quanto riguarda la presentazione dei progetti relativi alla realizzazione dei Centri di prima accoglienza ed interventi a favore dell'integrazione sociale, culturale e lavorativa degli immigrati. Il programma prende in considerazione obiettivi strettamente socio-assistenziali, come la tutela di donne e minori e campagne vaccinali e di profilassi. Inoltre dopo una iniziale stasi, la Regione ha emanato una serie di Circolari atte a rendere operative le norme nazionali in materia di assistenza sanitaria agli immigrati.

Infine vogliamo evidenziare l'orientamento che traspare dal Piano socio-sanitario regionale 2002-2004: "Libertà e innovazione al servizio della salute" approvato dalla Giunta regionale alla fine del 2001.

L'azione regionale sarà mirata a costruire relazioni positive tra cittadini italiani ed immigrati, a garantire pari opportunità di accesso ai servizi e a tutelare le differenze, assicurare la presenza legale e contrastare l'illegalità, conoscere la consistenza e l'evoluzione del fenomeno migratorio nei suoi diversi aspetti socio-economici e culturali.

Sarà compito della Regione definire, annualmente, le priorità d'intervento, che verranno attuate secondo le necessità locali e che, in ogni caso, riguarderanno in particolare la tutela della salute; l'inserimento lavorativo; la formazione e l'orientamento professionale; la formazione linguistica e la mediazione culturale; l'informazione agli operatori e agli immigrati; le risposte alle domande di accoglienza e di alloggio.

Inoltre andrà completato il processo di revisione della legislazione regionale in materia di immigrazione al fine di renderla più coerente con gli obiettivi programmatori.

L'attività dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la Multiculturalità, dovrà provvedere a fornire un quadro informativo integrato, sufficientemente ampio e attendibile, sulla popolazione immigrata e sul grado di interrelazione con la società di accoglienza: La raccolta sistematica degli elementi di conoscenza sulla popolazione immigrata, sui fenomeni e sugli interventi costituirà il supporto alla programmazione regionale dei flussi e alla gestione del processo migratorio in funzione con una gestione compatibile con le esigenze territoriali.

Non si tratta quindi soltanto di funzioni di tipo esclusivamente amministrativo, ma di una accoglienza globale del bisogno, che si riflette sulla dotazione di personale: accanto a personale amministrativo è indispensabile la presenza di personale del profilo sanitario (medico, infermiere, assistente sanitario, psicologo...) e di figure di mediatori culturali in grado non solo di gestire la comunicazione attraverso madre-lingua o lingue veicolari, ma anche di agire sui modelli culturali, in modo da permettere una migliore lettura dei bisogni ed una maggiore accessibilità ed accettabilità degli interventi richiesti/proposti.

In **Piemonte** è interessante la delibera regionale che regola l'accesso alle strutture sanitarie degli immigrati irregolari istituendo dei Centri di Informazione Salute Immigrati (ISI) presso le Aziende sanitarie della Regione.

Regione Piemonte

Centri Informazione Salute Immigrati

Con l'obiettivo di promuovere l'accesso al Ssn, assicurare il coordinamento e l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie (di prevenzione e di assistenza) ai cittadini stranieri, garantendo altresì il funzionamento di idonei flussi informativi necessari a fini epidemiologici ed economici, sono stati sperimentati nella Regione Piemonte "sportelli" dedicati, collocati di norma nei presidi territoriali (ne è previsto uno per ASL di capoluogo di provincia), denominati ISI (Informazione Salute Immigrati).

Nei centri ISI si svolgono funzioni di:

- individuazione, comprensione ed accoglienza del bisogno di salute del cittadino immigrato e del contesto sociale in cui si esprime;
- erogazione delle prestazioni amministrative legate all'accesso al Ssn (iscrizione per gli aventi diritto, codice "STP" per gli irregolari) e rilascio dei relativi documenti;
- erogazione di prestazioni di tipo preventivo, diagnostico e terapeutico: sia direttamente in sede ISI, sia attraverso l'utilizzo delle strutture aziendali ambulatoriali e di ricovero (previa la definizione di apposite procedure, e con l'utilizzo di mediatori per l'accompagnamento);
- informazione, rivolta sia all'utenza che ai vari servizi dell'Azienda, e a tutti coloro che lavorano nell'ambito dell'assistenza agli stranieri, in particolar modo quelli non aventi diritto all'iscrizione al Ssn;
- educazione e promozione della salute, a livello individuale (counseling) o collettivo, su rischi specifici o sull'empowerment di gruppi e comunità;
- raccolta ed elaborazione di dati epidemiologici e gestionali (in raccordo con il livello regionale), attraverso un

- apposito flusso informativo;
- formazione permanente del personale, in modo che sia capace di:
 - stabilire una corretta comunicazione con i soggetti arrivati all'ISI,
 - individuare i bisogni di salute (sanitari e non) dei soggetti (STP),
 - identificare e gestire le corrette procedure amministrative di risposta ai bisogni,
 - comunicare e collaborare efficacemente con i servizi che erogano agli STP le prestazioni di II livello.

Il **Veneto** anche sulla spinta di una crescente consistenza numerica degli stranieri nella Regione, ha costantemente governato le problematiche sanitarie con delibere, note e circolari regionali, prontamente adeguatesi alla normativa nazionale (già dal 1991 varie indicazioni e nel 1996 con la DGR 3264 ha definito un "Progetto regionale in materia di assistenza agli immigrati ed emarginati") ed enfatizzando l'importanza della formazione di tutti gli operatori socio-sanitari. Per altro questa Regione ha istituito, ai sensi della DGR n. 5105 del 28.12.1998, un gruppo tecnico regionale "Iniziativa sanitarie in materia di immigrazione" che dal 2000, dopo alcune esperienze pilota, ha pianificato un per-

Regione Veneto

Progetto Benessere Donne Straniere

E' uno dei primi progetti specifici della Regione che vuole porre attenzione particolare alle donne straniere. Il frequente ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza, accompagnata da una scarsa affluenza ai consultori familiari, ha evidenziato l'importanza e l'urgenza di proporre interventi educativi e preventivi nei confronti delle donne straniere, in particolare quelle di recente e recentissima immigrazione, per favorire una maggiore tutela sociale e sanitaria della maternità e della salute dei loro figli soprattutto nell'età da 0-3 anni.

Questi obiettivi si sono concretizzati attraverso la realizzazione del "progetto benessere donna Straniera" presente all'interno di un progetto più ampio: "Progetto regionale benessere donna". L'intento è di coinvolgere in programmi preventivi di tutela materno infantile le quote di popolazione che altrimenti resterebbero estranee alla cura dei servizi. L'obiettivo generale del progetto consiste nel promuovere forme di tutela del benessere sociale, psicologico-relazionale, familiare e sanitario delle donne straniere, in particolare di quelle di recente e recentissima immigrazione, quale premessa indispensabile per un soddisfacente livello di integrazione nella realtà sociale veneta.

Mentre gli obiettivi specifici consistono in :

- a) riduzione del tasso IVG nella popolazione straniera;
- b) aumento dell'accesso ai consultori fam. per la procreazione responsabile e per la tutela sociale e sanitaria della maternità;
- c) aumento dell'accesso ai consultori pediatrici da parte delle madri straniere per i bilanci di salute dei figli in età 0-3 anni;
- d) aumento delle azioni integrate tra servizi comunali, distretti, consultori, privato sociale e volontariato a favore della tutela sociale individuale, familiare e minorile della popolazione straniera;
- e) aumento del numero di donne straniere che si sottopongono a indagini diagnostiche e profilassi sanitarie per la tutela della salute propria e dei figli.

L'erogazione di prestazioni sanitarie e sociali alla popolazione bersaglio opportunamente dettagliata nei progetti ULSS, avviene in regime di gratuità a norma dell'art. 5 del DM 1.2.1991. In particolare i servizi delle ULSS coinvolti nel progetto sono i consultori familiari, i servizi d'igiene pubblica e le divisioni di ostetricia e ginecologia. Oltre alle ULSS gli organismi esterni coinvolti sono i Comuni, le associazioni di volontariato, gli organismi sindacali ed altri ancora. Per la buona riuscita del progetto, nella fase specifica conclusasi ma ormai divenuto prassi permanente, è stata necessaria una forte integrazione tra i diversi servizi e soggetti sociali, con una attenzione particolare a percorsi informativi per la popolazione target e formativi per il personale socio-sanitario.

Infine l'**Emilia Romagna** si è rivelata una Regione che ha dato risposta ad ampio raggio sui temi della salute degli immigrati con delibere, circolari regionali e con il Piano sanitario regionale 1999-2001: "L'obiettivo prioritario è di creare le condizioni per un tempestivo accesso ai servizi da parte dei cittadini e delle cittadine stranieri immigrati, regolari e non, tramite azioni concertate dei soggetti pubblici (in primo luogo delle Aziende sanitarie), del privato sociale e del volontariato, che nel settore ha una presenza determinante ed una funzione non surrogabile".

In attuazione degli "Obiettivi di Salute" previsti dal Piano, risulta interessante segnalare il materiale prodotto dal "Gruppo di Lavoro Esclusione Sociale".

Il Gruppo di lavoro ha svolto il suo mandato in tappe successive che hanno visto:

- 1) la descrizione del fenomeno dell'esclusione sociale, delle sue diverse cause e componenti, della situazione attuale dei servizi e degli interventi offerti;
- 2) la rilevazione dei bisogni emergenti e dei relativi fattori determinanti;
- 3) la formulazione degli obiettivi di salute;
- 4) la strutturazione di possibili soluzioni mirate.

Pur consapevoli che immigrazione ed esclusione sociale non è un binomio necessario, è stata colta l'occasione

del lavoro del gruppo per individuare percorsi ed obiettivi di salute per l'intera popolazione straniera sia in condizioni

Regione Emilia Romagna - Azienda Usl città di Bologna

Assistenza Sanitaria per gli Stranieri a Bologna

Per tutti gli stranieri "presenti" è stato sottoscritto nel 1997 un protocollo d'intesa fra Regione Emilia-Romagna, Comune di Bologna, Azienda Usl della Città di Bologna, Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico Rizzoli, Azienda farmaceutica Comunale, Federfarma, Centro Unificato Prenotazioni (CUP), Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi per l'istituzione del tesserino di Soccorso che prevede l'erogazione di servizi ambulatoriali agli stranieri indigenti privi di assistenza sanitaria ed ai cittadini italiani senza risorse economiche. Il protocollo prevede che le associazioni di volontariato, convenzionate con l'Azienda Usl, svolgano il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) formulando le richieste di farmaci e visite specialistiche su ricettari propri, che il CUP e le farmacie riconoscono allo stesso modo di quelli del Ssn. Le associazioni di volontariato convenzionate (Sokos: 2 pomeriggi la settimana - Ambulatorio Biavati: tutti i giorni dell'anno) visitano ogni giorno 10-20 nuovi pazienti per i quali chiedono l'iscrizione al "tesserino di soccorso", effettuata presso lo sportello "scelta e revoca del medico" di un distretto cittadino. Il tesserino riporta i dati essenziali del paziente e la foto, viene "riconosciuto" da tutti gli erogatori di servizi cittadini, come la tessera del Ssn ed è valido per sei mesi.

Risultati conseguiti:

- Si è meglio definita l'entità e la tipologia della popolazione priva di assistenza.
- Si sono adottate strategie tese a riorientare i pazienti verso tipologie di prestazioni più appropriate (dal Pronto Soccorso ad un ambulatorio di base).
- Si sono adottati criteri più equi e trasparenti per assistere i pazienti indigenti e finanziare le Associazioni di volontariato.
- E' stata data notevole diffusione alle informazioni relative ai servizi esistenti per questa tipologia di pazienti.
- Si è creata una stretta rete pubblico - privato (Asilo notturno Beltrame, Istituzione dei servizi per l'Immigrazione, Ufficio Stranieri della Questura, Prefettura, Associazioni di volontariato, Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini, Distretti) che permetterà la semplificazione dei percorsi, nonché un'ottimizzazione dell'uso delle risorse anche attraverso un gruppo tecnico da convocare per problemi ed un gruppo permanente dei medici volontari.
- I vari servizi si stanno attrezzando in modo significativo e diffuso per offrire risposte al bisogno in modo personalizzato.
- Si stanno elaborando nuove strategie che più che subire i vari fenomeni così come si presentano, ne esaminano insieme tutti gli aspetti per elaborare programmi di intervento coordinati e, possibilmente tesi non solo a prender cura degli effetti, ma alla rimozione delle cause.

Le prospettive future: La Legge 40 ed il Piano sanitario nazionale tendono al superamento della logica dei servizi "dedicati" alle particolari esigenze di questi utenti, per favorire invece l'accesso e l'integrazione. Nell'ambito delle proposte della città per accogliere questi nuovi cittadini si porrà quindi più l'accento su interventi mirati all'attivazione delle competenze delle comunità immigrate e dei singoli, che sul sapere e l'esperienza dei servizi. E' in corso una sperimentazione di un nuovo progetto che è stato elaborato in collaborazione con le Istituzioni Sanitarie della città di Palermo, che prevede l'offerta attiva di servizi preventivi, di cura e di educazione sanitaria a 4.000 ospiti dei centri di accoglienza, anche attraverso interventi dei mediatori culturali e dei leaders delle comunità.

CENTRO ITALIA

Nel Centro Italia, ad eccezione del Molise che non ha prodotto ancora una normativa regionale sull'immigrazione e dell'Abruzzo che sul suo Piano sanitario regionale 1999-2001 accenna al tema degli immigrati, le altre quattro regioni (Lazio, Marche, Toscana, Umbria) rivelano iniziative particolarmente significative.

La normativa della Regione **Lazio** è densa di delibere e circolari regionali tra cui segnaliamo quelle per la regolamentazione dell'accesso all'assistenza sanitaria per gli stranieri temporaneamente presenti. Con tali strumenti si è prontamente adeguata alla normativa nazionale ed anzi ha chiarito ambiti di possibile ambiguità della stessa con riferimento anche alla componente regolare.

Altro elemento interessante è rappresentato dal coinvolgimento delle strutture pubbliche e quelle del volontariato "che nel corso degli anni hanno maturato un'esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione e dell'emarginazione allo scopo di facilitare l'applicazione delle presenti disposizioni" istituendo un gruppo di verifica e monitoraggio con una Delibera di Giunta dell'aprile 2001 che potrà proseguire i lavori di un analogo gruppo istituito nel 1997.

Il cambio della Giunta (da una di centro sinistra a una di centro destra) non ha prodotto apparenti modifiche nella gestione regionale del fenomeno se non nella percezione di alcuni operatori sanitari pubblici che di fatto hanno ridotto la loro 'disponibilità' nei confronti di utenti immigrati (irrigidimenti su norme emanate dalla precedente Giunta, interpretazioni discrezionali in senso restrittivo di alcuni provvedimenti ed indicazioni). Su sollecitazione

e proposta tecnica del GRIS (Gruppo Regionale Immigrazione e Salute: un organismo sorto spontaneamente nel 1995 a cui aderiscono oltre 50 tra istituzioni sanitarie pubbliche, del privato sociale e del volontariato) la Regione ha emanato con Delibera di Giunta le "Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla Unione Europea". Si tratta di una delle poche regioni in Italia che in modo esplicito e circostanziato si pone l'obiettivo di promuovere attivamente l'applicazione della normativa nazionale in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

Regione Lazio

Il Gruppo Regionale Immigrazione e Salute

Il Gruppo Immigrazione e Salute formatosi nel Lazio, GRIS, è un gruppo di spontanea adesione, non istituzionale, a cui sono invitati a partecipare strutture di volontariato, di privato sociale, associazioni di immigrati e strutture pubbliche coinvolte nella erogazione di servizi sanitari, di sostegno e di orientamento sanitario nei confronti di cittadini immigrati indipendentemente del loro status giuridico; possono aderire Enti Pubblici ed Istituzioni che ne condividono le finalità.

Finalità del GRIS è la reale e diffusa promozione della salute del cittadino immigrato.

Obiettivi condivisi sono:

- 1) essere un luogo d'informazione in particolare sugli aspetti normativi nazionali e locali, sulle iniziative intraprese e sugli ambiti assistenziali attivati;
- 2) essere un luogo di 'messa in rete' di competenze e risorse sia di tipo assistenziali sia formative;
- 3) essere propositivi in termini politico-organizzativi individuando aree critiche ed eventuali percorsi di tutela; in questo senso avere un'azione di stimolo e di pressione nei confronti degli Enti Locali e delle Direzioni delle varie Strutture Pubbliche.

Pur auspicando altri ambiti di lavoro comune in particolare la possibilità di gestire insieme progetti sia di tipo formativo, di riflessione e ricerca scientifica, di tipo assistenziale, si ritiene opportuno rimandare tale possibilità ad altri momenti e cioè dopo che sia stata verificata la capacità di lavoro comune.

Presupposto condiviso è che all'interno del GRIS ci sia pari dignità tra le varie componenti.

Il GRIS è espressione territoriale di una più vasta rete a livello nazionale che è la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) che ha come scopi:

- a) *Promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in Italia.*
- b) *Favorire attività volte ad incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni.*
- c) *Costituire un 'forum' per lo scambio, a livello nazionale ed internazionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato.*
- d) *Patrocinare attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati.*

La SIMM è una società scientifica senza scopo di lucro. Per il raggiungimento degli scopi statuari, la Società si avvale di un organismo tecnico: "Organismo di Collegamento Nazionale" delle organizzazioni e strutture sanitarie le cui attività si svolgano in favore degli immigrati. La partecipazione al collegamento nazionale avviene dietro presentazione di domanda scritta del responsabile della struttura con allegata documentazione dell'attività svolte nel campo della medicina della migrazione. Le domande sono vagliate ed accettate dal Consiglio di Presidenza. Almeno un responsabile/referente della struttura deve essere socio SIMM.

L'Organismo di Collegamento Nazionale può a sua volta distribuirsi in Unità Operative Territoriali previo comunicazione al Consiglio di Presidenza, il GRIS è una di tali Unità Operative.

La partecipazione alla SIMM garantisce una forma minima di autofinanziamento (quote dei soci) per gestire le spese correnti.

Dal punto di vista organizzativo si può aderire al GRIS con una richiesta formale o decidere di partecipare autonomamente alle riunioni.

Istituito alla fine del 1995, aderiscono attualmente al GRIS 28 organismi di tre province, di cui 12 strutture pubbliche, 3 enti locali e 13 gruppi provenienti dall'associazionismo.

Periodicamente si nominano dei portavoce che sono riferimento del gruppo e ci si avvale di una équipe di segreteria.

Per l'**Umbria** invece si evidenziano le delibere regionali che hanno provveduto a regolamentare la disciplina in materia di prestazioni sanitarie sia agli stranieri temporaneamente presenti (che vengono iscritti al SSR), sia ai residenti in Italia e l'atto di indirizzo programmatico generale (cap. 5.2 PSR 1999-2001) *Promozione e tutela della salute degli immigrati* con espliciti richiami all'attuale normativa nazionale definendo i seguenti obiettivi di salute prioritari:

- 1) *Accessibilità ai servizi: Informare tutti coloro che ottengono il permesso di soggiorno sui diritti di assistenza e modalità d'accesso; informare tutti gli immigrati sulla possibilità di accesso al Servizio Sanitari; garantire in almeno ogni centro di salute di ciascun distretto un punto di accesso "informale" agli immigrati irregolari.*
- 2) *Promozione e Prevenzione: garantire la copertura vaccinale secondo le indicazioni del Programma*

EPI OMS e del Piano nazionale vaccini; attivare interventi di educazione sanitaria sulla prevenzione delle malattie trasmissibili; ridurre del 50% la percentuale di abitazioni di immigrati extracomunitari irregolari non dotate di abitabilità rispetto alla base/line del 1999; verificare l'applicazione della normativa vigente in materia di sicurezza e diritto del lavoro a tutti i lavoratori immigrati.

3) Assistenza: garantire l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, territoriali ed ospedalieri; garantire l'accesso delle donne immigrate alla rete dei servizi consultoriali ed ospedalieri; garantire presso ciascun DSM un'area di ascolto per i problemi di salute mentale legati alla condizione di immigrato".

La Regione **Marche** si caratterizza per avere emanato una nuova legge regionale anche se subito prima dell'emanazione del TU sull'immigrazione. In particolare nell'articolo specifico dell'assistenza sanitaria si parla di campagne di prevenzione collettiva e di indagini epidemiologiche, comprese le campagne di educazione sanitaria e di prevenzione anche per l'immigrato, di promuovere attività formative specifiche per gli operatori socio-sanitari indispensabili per migliorare la capacità di lettura, interpretazione e comprensione delle differenze culturali intrinseche nel concetto di salute. Infine la Regione, per stimolare l'aggiornamento dei responsabili dei servizi sanitari, promuove seminari periodici di alto livello e direttamente o attraverso lo aziondo sanitario, di organismi nazionali, internazionali e le associazioni del volontariato che operano in ambito specifico.

Regione Marche

Attivazione servizio di Medicina di base per stranieri non iscritti al Ssn

Riportiamo il contenuto della Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria n. 5 di Jesi n. 49 del 25.01.2000: perché a nostro avviso di particolare interesse sia per i contenuti (attivazione di un servizio) ma soprattutto per come si è arrivati a questo atto (contesto normativo nazionale, delibera regionale, gruppo di lavoro all'interno dell'Azienda).

Il Direttore Generale

rilevata la presenza nel territorio della nostra Azienda di un numero considerevole di cittadini extracomunitari non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale perché non in possesso dei requisiti richiesti dalla Legge n. 40 del 06.03.98; preso atto che questi cittadini si rivolgono in caso di necessità al Pronto Soccorso degli Ospedali per prestazioni di 1° livello (visite medico-generiche, prescrizioni di farmaci, ecc.) essendo impossibilitati ad effettuare la scelta di un medico di medicina generale; constatato, di conseguenza, il problema causato al Servizio di Pronto Soccorso dal carico improprio di lavoro che è chiamato a svolgere per le richieste di questi cittadini extracomunitari che non hanno, oggettivamente, altro referente; vista la Legge n. 40 del 1998 -Titolo V- Capo I°; vista la DGR n. 1889 del 21.07.1997 con la quale i Direttori delle ASL sono autorizzati ad istituire a livello distrettuale ambulatori di Medicina Generale destinati a Cittadini stranieri temporaneamente presenti nel territorio di ciascuna ASL; visto il D.P.R. 484/96 artt. 60-61-62; sollecitato dal Gruppo di Lavoro Immigrati, costituitosi in seno all'Azienda, che ha già avviato una rilevazione dei dati riguardanti l'utenza straniera dei Servizi del Consultorio, del Poliambulatorio e degli Ospedali; stimato dallo stesso Gruppo di Lavoro Immigrati un fabbisogno di almeno 10 ore settimanali di attività di Medicina di Base, così articolate: Distretto A-Sede Jesi Via Guerri- 5 ore settimanali (2 sedute di 2,5 ore); Distretto B-Sede Cingoli e Filottrano- 2,5 ore settimanali (a settimane alterne); Distretto C- Sede Moie- 2,5 ore settimanali; indicato che con atto deliberativo 30.12.1999 n. 1940 è stato approvato il bilancio economico preventivo per l'anno 2000 di questa Azienda Sanitaria; dato atto che la responsabile del presente procedimento è Rossetti Dolores; sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

- 1) *Attivare il Servizio di Medicina di Base per i cittadini extracomunitari non iscritti al Ssn presenti nel territorio della Azienda, con le modalità descritte in premessa;*
- 2) *Dare incarico alla U.O. Affari Legali e Convenzioni di avviare le procedure previste dall'art.60 del D.P.R. 484/96 per conferire gli incarichi necessari ai medici iscritti in graduatoria regionale che ne facciano domanda;*
- 3) *La conseguente spesa per il pagamento dei medici addetti al Servizio, prevista in £. 18.000.000 per tutto l'anno 2000, farà carico al relativo budget e riferimento al Conto 03369090 del Piano dei Conti del bilancio economico preventivo per l'anno 2000 di questa azienda, inoltre verrà iscritta in contabilità finanziaria al cap. 042 133.*

L'impronta innovativa che caratterizza la legge regionale si evidenzia anche dall'art. 20 ("Protezione sociale") che ha posto una particolare attenzione alla tutela di coloro che sono vittima di situazioni di violenza o grave sfruttamento. Un riguardo specifico è rivolto alle donne e ai minori stranieri vittime del traffico finalizzato allo sfruttamento sessuale; per loro sono stati attivati, anche attraverso incentivi agli enti locali, progetti mirati a creare occasioni di accoglienza, rieducazione e reinserimento.

Infine la Regione **Toscana** ha provveduto con tempestività ad uniformarsi all'orientamento della nuova normativa nazionale, come si evince dalla Delibera n. 76/1999 che fornisce gli indirizzi per la programmazione degli interventi e la ripartizione dei finanziamenti della L. n. 40/1998.

Già il Piano sanitario regionale 1999-2001 affida ai Consultori per immigrati il duplice compito di elaborare pro-

getti mirati a specifiche problematiche sanitarie e di assicurare un'informazione ed un'accoglienza linguistico-culturale adeguate a questa nuova fascia della popolazione. Rilevante appare la figura del mediatore interculturale su cui la Regione vuole puntare per favorire la creazione di un rapporto relazionale fra l'utenza immigrata e i servizi pubblici.

Infine riteniamo estremamente significativo il Piano sanitario regionale 2002-2004 che non solo prevede un paragrafo specifico dedicato alla salute degli immigrati, ma si prefigge l'obiettivo di passare dall'erogazione di servizi di emergenza e di prima accoglienza a servizi che tengano conto delle differenti identità dei nuovi utenti.

In particolare gli obiettivi specifici sono i seguenti:

- realizzare in tutto il territorio regionale progetti aziendali tesi a garantire il diritto alla salute dei cittadini stranieri;
- riorientare i servizi tenendo conto della crescente presenza di stranieri, della difficoltà di accesso ai servizi di questi cittadini e della necessità di interventi mirati a specifiche realtà tecniche e culturali;
- valorizzare il ruolo del medico di medicina generale come soggetto primario responsabile della tutela della salute degli immigrati;
- sviluppare il raccordo con le strutture del volontariato, del privato sociale e con tutti gli enti pubblici e privati per realizzare l'integrazione delle politiche volte alla salute degli immigrati;
- attuare la Direttiva regionale sui programmi umanitari e di cooperazione internazionale, garantendo le cure mediche nelle strutture sanitarie regionali nell'ambito di tali programmi (Del. C.R. n. 279 del 28.12.2000);
- sviluppare specifici programmi di tutela della salute delle donne, dei bambini, della gravidanza rivolti alla popolazione degli immigrati.

Regione Toscana - Azienda Usl 10 di Firenze

Progetto interdipartimentale "assistenza alla popolazione immigrata: educazione alla salute in tema di pianificazione familiare, prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale e prevenzione oncologica"

Tale progetto (triennio 97-99) è stato realizzato dal Dipartimento di Attività Sanitarie di Comunità e dal Centro di Documentazione dell'UO di Eas (Educazione alla salute). Si tratta di un progetto di informazione e di educazione alla salute in tema di pianificazione familiare rivolto alla popolazione immigrata, in modo particolare alle donne.

L'attività ha coinvolto tutti i consultori familiari, oltre a quelli per extracomunitari, gli Ospedali dell'Azienda USL 10 di Firenze e dell'Azienda Careggi, che partecipa alla realizzazione di questo progetto, e le strutture del volontariato.

Gli obiettivi del progetto da realizzare nel triennio sono stati i seguenti:

- 1) Predisposizione e attuazione di un sistema di raccolta dati integrato fra Azienda Sanitaria di Firenze e Azienda Ospedaliera di Careggi per il monitoraggio della gravidanza e dell'interruzione di gravidanza nella donna immigrata.
- 2) Predisposizione e diffusione di materiale informativo ed educativo in tema di pianificazione familiare.
- 3) Predisposizione e diffusione di materiale informativo ed educativo in tema di prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale e monitoraggio di tali malattie.
- 4) Predisposizione e diffusione di materiale informativo ed educativo in tema di prevenzione oncologica ed effettuazione dei relativi screening nella popolazione immigrata.
- 5) Contenimento del trend positivo di IVG nelle donne immigrate.

Il materiale informativo, predisposto da un gruppo di lavoro multidisciplinare composto anche da rappresentanti delle comunità di immigrati e del volontariato, tradotto in diverse lingue, fornisce informazioni sulla gravidanza, puerperio, contraccezione, interruzione volontaria della gravidanza, prevenzione dei tumori dell'apparato femminile, sulla tutela della maternità sul lavoro e sulle procedure per il riconoscimento del nuovo nato. Tale materiale viene distribuito in tutti i consultori, nei presidi ospedalieri, negli ambulatori del volontariato e presso alcune sedi delle comunità di immigrati. Il progetto, che rientra fra le iniziative promosse dalla provincia di Firenze, nasce per rispondere ai bisogni emersi sia dall'analisi delle IVG effettuate negli Ospedali fiorentini, sia dalle segnalazioni degli operatori dei consultori per extracomunitari, che hanno messo in evidenza l'alto numero di interruzioni di gravidanza e di gravidanze ravvicinate delle donne immigrate.

SUD ITALIA E ISOLE

La Puglia è stata l'unica Regione ad avere prodotto una nuova legge locale dopo l'emanazione del Testo Unico sull'immigrazione ed il relativo Regolamento d'attuazione. Tale legge ha dato ampio spazio alle azioni e agli interventi di competenza dei Comuni e alla programmazione degli interventi di competenza della Regione,

nonché alla Consulta regionale dell'immigrazione extracomunitaria e al suo funzionamento. Nessun cambiamento rilevante invece, si è avuto in ambito sanitario, anzi nonostante sia stato abrogato l'art. 8 della L. 29/1990 (la vecchia legge regionale sull'immigrazione) relativo alla tutela della salute, nella nuova legge manca un articolo in merito. In verità solo a metà del 2000 la Regione con una Nota ha preso atto delle innovazioni riguardanti l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri sul territorio nazionale apportate dalla normativa nazionale ed ha inteso fornire ulteriori chiarimenti circa l'osservazione di alcuni aspetti procedurali che all'atto dell'iscrizione al Ssn avevano ingenerato qualche perplessità negli operatori delle strutture preposte all'utenza straniera. Un ritardo che ha penalizzato l'impegno di molti operatori sia del volontariato sia del pubblico che da tempo si adoperavano "sul campo" per garantire il diritto alla salute di questa popolazione. Un chiaro segnale positivo è stato apportato dal nuovo Piano sanitario regionale 2002-2004, *Piano della Salute e Sistema integrato di Interventi e Servizi Sociali* - in cui tra l'assistenza a *categorie particolari* sono stati inseriti anche gli stranieri extracomunitari non iscritti al Servizio sanitario nazionale ai quali deve essere garantito quanto previsto dalla normativa nazionale attraverso una capillare opera di educazione e sensibilizzazione che vede impegnate le strutture del Dipartimento di prevenzione, distrettuali ed ospedaliere, con l'imprescindibile collaborazione dei Comuni e delle associazioni di volontariato.

La Regione **Sicilia** durante il mese di dicembre 1999 ha emanato una circolare in cui informa le Aziende Sanitarie delle novità apportate dalla nuova normativa nazionale in ambito di assistenza sanitaria agli immigrati. Un primo segnale, fortemente voluto dall'associazionismo locale che da anni opera a favore degli stranieri, ma che ancora non si è tradotta nella definizione di una politica più attenta.

Anche la Regione **Campania** all'inizio del 2001 con una interessante Circolare sembra uscire da un torpore che aveva caratterizzato l'emanazione della nuova normativa sugli immigrati nonostante avesse alcune Aziende sanitarie particolarmente attente ed impegnate (Napoli 4 e Caserta 1). Questa Circolare ha coagulato un gruppo di lavoro pluridisciplinare e avanzato una proposta innovativa e cioè l'utilizzo dei Medici di Medicina Generale in strutture territoriali dedicate per l'assistenza di base agli immigrati temporaneamente presenti. Un ulteriore passo avanti c'è stato con la proposta del Piano sanitario regionale 2002-2004 che individua 6 filoni di attività:

- 1) *La sperimentazione di interventi integrati per una risposta globale ai bisogni della popolazione immigrata attraverso atti d'intesa e/o convenzioni con gli Enti Locali, AA.SS.LL., AA.OO., Organizzazioni di Volontariato;*
- 2) *l'attivazione di osservatori territoriali che colgano le problematiche sociosanitarie attraverso la creazione di una banca dati per il monitoraggio dello stato di salute e la valutazione dei bisogni della popolazione immigrata, con lo scopo parallelo di diffondere l'acquisizione delle varie competenze maturate nelle diverse aree di sperimentazione concernenti l'accoglimento, l'assistenza e l'integrazione degli immigrati;*
- 3) *la definizione di indirizzi che permettano la fruizione paritaria del servizio Sanitario Regionale da parte degli extracomunitari regolari, sia occupati che disoccupati, con la definizione di modalità esplicative sulle procedure che lascino poco spazio a interpretazioni sul territorio regionale;*
- 4) *la programmazione di interventi di educazione sanitaria per le malattie a trasmissione sessuale e per la prevenzione oncologica, nonché interventi di medicina preventiva in collaborazione con le associazioni di volontariato, già capillarmente presenti sul territorio, con particolare attenzione ad aree critiche della popolazione immigrata (dipendenza, prostituzione, detenzione) e – su altro versante - la copertura vaccinale dei bambini immigrati e la sorveglianza delle malattie infettive della popolazione infantile, in collaborazione con i pediatri di libera scelta;*
- 5) *l'attivazione di programmi d'intervento da realizzare con i medici di medicina generale, i pediatri di base, i distretti sanitari e le associazioni di volontariato, impegnati sul fronte dell'immigrazione, al fine di definire interventi specifici per soddisfare domande e bisogni provenienti da aree definite di utenza;*
- 6) *la realizzazione di interventi mirati su gruppi ad alto rischio, quali gli immigrati clandestini e gli irregolari, esposti maggiormente ad infezioni da HIV e malattia tubercolare; a tale fascia di popolazione sono già assicurate la diagnosi ed il primo periodo di cure in ambiente ospedaliero. Appare, peraltro, necessario ricordare come a questa fascia di immigrati debba essere assicurata:*
 - *la distribuzione gratuita dei farmaci antitubercolari per la prosecuzione della terapia specifica e la distribuzione gratuita di chemioterapici per coloro che hanno avuto contatti stretti con casi di TBC;*
 - *la distribuzione gratuita delle terapie antiretrovirali, per l'infezione da HIV, all'atto della dimissione, attraverso le farmacie abilitate.*

Regione Campania - Azienda Usl Napoli 4

Programma "salute per tutti". Servizi sanitari per la popolazione immigrata

L'Azienda sanitaria locale Napoli 4 ha avviato il *Programma Salute per tutti* allo scopo di facilitare l'accesso ai servizi sanitari alle persone straniere, in stretto collegamento con le Amministrazioni locali.

Il Programma, promosso dalla Direzione Sanitaria dell'Asl, è affidato al coordinamento dell'Area Materno-Infantile e si avvale della collaborazione interservizi e di esperti esterni (sinologi e antropologi ed altri studiosi) sull'immigrazione ed i rapporti interculturali.

Il Programma, essenzialmente di politica sanitaria, esplica la sua attività in collaborazione di rete di tutte le Agenzie presenti sul territorio, in primo luogo i Comuni e le Associazioni di Volontariato, sia in riferimento all'analisi delle problematiche relative all'immigrazione straniera nel comprensorio che al diretto intervento su di esse.

Vengono istituiti, in via sperimentale, nei Distretti Sanitari 69 di Acerra, 77 di S. Giuseppe-Ottaviano, 79 di Poggioreale ambulatori di Medicina Generale destinati ai cittadini stranieri temporaneamente presenti nel territorio dell'Azienda.

Le Attività svolte sono le seguenti:

- 1) Accoglienza ed informazioni;
- 2) Visita medica in ambulatorio attrezzato di medicina generale ed utilizzo di ricettario regionale;
- 3) Rilascio delle prescrizioni farmaceutiche, prescrizione e prenotazione di accertamenti laboratoristici e strumentali essenziali e di visite specialistiche;
- 4) Per la popolazione immigrata non iscritta al Ssn, distribuzione gratuita dei farmaci essenziali ed esecuzione gratuita delle indagini di laboratorio e strumentali;
- 5) Terapia iniettiva;
- 6) Proposta di ricovero qualora necessario.

Gli orari di apertura sono i seguenti: dal lunedì al venerdì: 8.00-10.00; giovedì: 15.00-18.00.

Il personale:

- Un medico di Medicina dei Servizi e, successivamente, a seguito anche di accordi decentrati con i Medici di Medicina Generale, una turnazione di Medici generalisti;
- un infermiere;
- un assistente sociale.

Il *Programma Salute per tutti* si pone essenzialmente in funzione preventiva per cui mantiene la sua ricaduta in termini di risparmio di spesa sui possibili costi per la cura e la riabilitazione che graverebbero sul bilancio aziendale e sulla qualità della salute di tutta la popolazione assistita.

Sempre nell'ottica di tale programma è stata redatta dalla ASL 4 - Pomigliano d'Arco una *Carta dei Servizi Salute per tutti* con l'intento di mettere a disposizione degli immigrati extracomunitari un modello di assistenza che vada oltre l'adempimento del mero obbligo di legge. E' stato scelto di avere come obiettivo immediato la garanzia del diritto dell'immigrato a ricevere un'informazione chiara e comprensibile, tale da far superare, per quanto possibile, le difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Nello stesso tempo cercando di costruire percorsi agevoli per facilitare la fruizione delle prestazioni sanitarie erogabili per legge.

La Carta è così strutturata:

- 1) Assistenza agli stranieri regolarmente soggiornanti iscritti al Ssn;
- 2) Assistenza agli stranieri regolarmente soggiornanti non iscritti al Ssn;
- 3) Assistenza agli stranieri temporaneamente presenti non in regola con le norme del soggiorno;
- 4) Assistenza agli stranieri che migrano in Italia per cure mediche;
- 5) Servizi erogati in sede extradistrettuale;
- 6) Sperimentazione Programma "Salute per tutti";
- 7) Organismi di Volontariato;
- 8) Organismi Istituzionali di supporto;
- 9) Assistenza sanitaria per gli stranieri: Prospetto riassuntivo.

Per quanto riguarda le altre Regioni nessuna sembra avere tenuto conto e provveduto ad aggiornarsi rispetto ai nuovi riferimenti nazionali, in particolare in ambito sanitario anche, come già accennato per la Puglia, iniziative locali, supportate dalla Regione, sono quasi sempre presenti.

Ricerca Caritas sulle politiche delle Aziende Sanitarie Locali

anni 2000-2001

Partendo dalle indicazioni contenute dal documento sull'accesso degli immigrati ai servizi sanitari elaborato dal CNEL, abbiamo letto le politiche delle Aziende Usl attraverso gli atti inviatici, selezionando alcuni indicatori che sono stati raggruppati per rendere sintetica una griglia di comparazione. Siamo consapevoli dei limiti sia quantitativi che qualitativi di tale strumento: la risposta delle Aziende Usl non è stata omogenea sul territorio nazionale e non riteniamo che la risposta stessa si sia selezionata in modo particolare in base ad iniziative intraprese localmente; la lettura di delibere ed atti formali spesso nasconde un impegno maggiore e capillare più di quanto l'atto formale non indichi. Pur tuttavia riteniamo quanto prodotto uno spaccato sull'impegno territoriale e seppur in termini generici ci permette di individuare vie percorribili di una eventuale pianificazione.

Hanno risposto in totale **66** Aziende sanitarie su 196 a cui abbiamo inviato la richiesta di materiale pari al **34%**: abbiamo quindi una fotografia di un terzo delle Aziende sanitarie territoriali italiane.

Solo dalle regioni Abruzzo (6 Asl presenti) e dal Trentino Alto Adige (4 Asl presenti) non abbiamo avuto alcuna risposta.

Se consideriamo a parte la Valle d'Aosta da dove ha risposto l'unica Asl presente, le regioni con il maggior numero di adesioni all'iniziativa sono state: il Lazio con il 75%, la Lombardia e il Friuli Venezia Giulia con il 57%, le Marche con il 46% ed il Veneto con il 40%. In coda la Campania con il 15% e la Sicilia con l'11%. In numeri assoluti la Regione che ha visto aderire più Aziende sanitarie è stata la Regione Lazio con 9 (su 12), seguita da Lombardia con 8 (su 14) e il Piemonte 8 (su 22), da Veneto con 7 (su 20) e Marche con 6 (su 13). Dalla Sicilia, dal Molise e dalla Liguria ha risposto una sola Asl per Regione.

Il **45%** del campione così "casualmente" selezionatosi, riferisce di avere attivato percorsi formativi sul tema per i propri operatori (ma nelle regioni Veneto, Liguria e Marche esistono progetti regionali per una formazione capillare); il **42%** ha realizzato una guida in più lingue o opuscoli informativi; il **41%** riferisce di avere attivato servizi per gli immigrati in condizione di irregolarità, il **33%** ha realizzato spazi specifici nel settore materno-infantile. Solo il **4%** è attivo sul tema della prostituzione (anche qui esistono in alcune realtà progetti regionali o comunali) e il **6%** ha pianificato un osservatorio sul fenomeno migratorio di sua competenza.

Solo 5 Aziende Usl sulle **66** che hanno risposto, intervengono con specificità sulla popolazione zingara presente nel proprio territorio.

21 Aziende, il **32%**, hanno risposto che nulla di specifico è stato attuato sul proprio territorio, in genere dichiarando che viene applicato quanto previsto per legge supportato eventualmente con circolari interne informative.

La nostra esperienza personale indica che le risposte avute non esauriscono l'impegno delle Aziende in forma attiva nei confronti degli immigrati ma certamente i dati citati ci fanno capire come sia comunque importante percorrere la strada dell'informazione e della formazione locale per promuovere interventi nel sanitario dovuti per legge.

CONCLUSIONE?

Abbiamo difficoltà a scrivere una conclusione a questo rapporto in quanto come abbiamo potuto sottolineare nella considerazione finale di una analoga ricerca di qualche anno fa e che oggi riproponiamo perché particolarmente attuale, ci sembra con questo lavoro di aver semplicemente partecipato a degli scavi il cui cantiere rimane più che mai aperto.

Durante questi scavi, come capita spesso a Roma, ci siamo imbattuti in tracce preziose che rappresentano i segni di una civiltà che ha già iniziato ad evolversi verso l'interculturalità nell'approccio al tema della salute di persone provenienti da differenti culture.

Come far emergere e valorizzare tutto questo *già* ancora sommerso?

Ci sembra sia venuta alla luce la necessità di continuare questo stile di ricerca-intervento che, servendosi di un attento monitoraggio delle leggi e delle norme applicative, così come delle ricerche e dei progetti in corso nelle varie regioni, si propone altresì di diffondere informazioni, dati e risultati, stimolando e coinvolgendo attivamente gli operatori in uno scambio interattivo.

Parlare di un **Osservatorio permanente del diritto alla salute per gli immigrati** da realizzarsi attraverso **una rete interregionale di collegamento**, non è probabilmente una proposta originale, ma forse questo lavoro rappresenta un ulteriore passo ed uno strumento concreto in questa direzione.

Riteniamo che, con la normativa nazionale del 1998, si sia attivato un processo di revisione delle norme regionali che, pur non essendo ancora espresso attraverso leggi, nei prossimi anni produrrà significativi mutamenti nelle politiche di integrazione dei cittadini immigrati a livello locale; monitorare questi avvenimenti potrà fornire strumenti utili per valutare adeguatamente il fenomeno e individuare prontamente politiche efficaci per garantire ai nuovi cittadini reali percorsi di inserimento ed integrazione anche in sanità.

**NORMATIVE REGIONALI CON SPECIFICA ATTENZIONE AD INDICAZIONI DI POLITICA SANITARIA,
DI PROGRAMMAZIONE E DI PROGETTUALITÀ NEI CONFRONTI DELLA POPOLAZIONE STARNIERA**

Regioni	Legge regionale		Piano sanitario regionale		Altri atti specifici 1999/2001	
	riferimento	Politica sanitaria attiva	anni di validità	Progr.zione specifica	Informativa	Progettualità
Abruzzo	n. 10/90	O	1999-2001	O	-	-
Basilicata	n. 21/96	X	1997-1999	-	-	-
Calabria	n. 17/90	O	1995-1997	-	-	-
Campania	n. 33/94	X	2002-2004°	-	X	X
Emilia Romagna	n. 14/90	X	1999-2001	X	X	X
Friuli Ven. Giulia	n. 46/90	X	2000-2002	-	X	X
Lazio	n. 17/90	X	2002-2004°	X	X	X
Liguria	n. 7/90	X	1999-2001	X	X	X
Lombardia	n. 38/88	X	2002-2004	X	X	X
Marche	n. 2/98	X	1998-2000	X	X	X
Molise	-	-	1997-1999	-	-	-
Piemonte	n. 64/89	X	1997-1999	X	X	X
Puglia	n. 26/00	X	2002-2004	X	X	-
Sardegna	n. 46/90	X	-	-	-	-
Sicilia	(n. 55/80)	-	2000-2002	-	X	-
Toscana	n. 22/90	X	2002-2004	X	X	X
P.A. Trento	L.P. n.13/90 (DdL 128/01)	X	2000-2002	X	X	-
P.A. Bolzano	-	-	2000-2002	-	-	X
Umbria	n. 18/90	X	1999-2001	X	X	X
Valle D'Aosta	n. 51/95	-	2002-2004	X	X	X
Veneto	n. 9/90	X	1996-1998	X	X	X

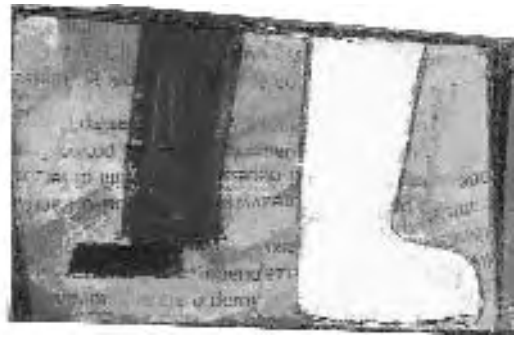
fonte: Geraci S., Martinelli B., 2002

X aspetto trattato

O aspetto accennato

° proposta di piano

bibliografia



- BAGLIO G., LOIUDICE M., GERACI S.: Immigrazione e salute: aspetti normativi. In *Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità*. Numero monografico "Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale" a cura di Geraci S. e Marceca M. . Società Editrice Universo, Roma, 1995; 7: 165-177
- BAI A., CARRADORI T., DALLARI G.V., PETIO C., DE SANTIS F.: Immigrazione e salute: dall'emergenza al diritto. Un'esperienza di integrazione fra pubblico e volontariato. In *Mecosan*, n. 24 - sez. 3°, 1997; 57:66
- BANDERA L. (a cura di): Migrazione e salute. In *Quaderni di sanità pubblica*, n. 65, CIS, Milano, 1990
- BARRO G., CISLAGHI C., COSTA G., LEMMA P., BANDERA L.: I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni. "Epidemiologia & Prevenzione". N. 17, Milano, 1993, pp. 239-243.
- BENEDEUCE R., COSTA G., FAVRETTO A.R. ET AL.: La salute straniera. *Epidemiologia culture diritti*. Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1994.
- BONETTI P.: La condizione giuridica del cittadino extracomunitario. Maggioli Editore, Rimini, 1993
- BONINI D.: L'immigrato e i suoi diritti: storia, legislazione, prassi amministrativa, in *Prospettiva Sindacale*, 1991, n. 79/80, p. 85-86
- CIDIS: La tutela della salute in una società multietnica. Atti del seminario tenuto a Perugia il 14-15-16 dicembre 1995 da Cidis e Regione Umbria. Perugia, 1996
- CNEL (Consiglio Nazionale Economia e Lavoro): Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri. Sintesi dei Gruppi di lavoro (gennaio-giugno 1999).
- COLASANTI R., GERACI S.: Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale. In *Affari Sociali Internazionali*, n. 3, Milano, 1990
- COMMISSIONE PER LE POLITICHE DI INTEGRAZIONE DEGLI IMMIGRATI. Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. A cura di G. Zincone. Il Mulino, Bologna, 2000
- COMMISSIONE PER LE POLITICHE DI INTEGRAZIONE DEGLI IMMIGRATI. Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. A cura di G. Zincone. Il Mulino, Bologna, 2001
- D'ANDREA M.S.: La tutela sanitaria dei cittadini extracomunitari in Italia. In *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, vol. 2/96, Iress Soc. Coop. a r.l., Bologna, 1996
- DI RUOCCO A., GALLOTTI F.: Normativa in materia di stranieri. Editrice Scientifica, Milano-Napoli, 1991
- FUMAGALLI G., GERACI S., MAISANO B., MARCECA M., SCAPIGLIATI A.: Il diritto alla salute degli immigrati nelle leggi regionali Italiane. In *Atti del 37° Congresso Nazionale "L'Igiene e la Sanità Pubblica alle soglie del 2000"*. Siti, Napoli, settembre 1996
- GENNARI M., D'ANDREA M.S.: Assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari e clandestini. Obblighi del medico. FM Federazione Medica, supplemento al *Medico d'Italia* n. 37, dicembre 1995
- GERACI S. (A CURA DI): Documento finale del Gruppo Salute e Immigrazione dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli Stranieri - CNEL. In *Agenzia Sanitaria Italiana (ASI)*, n. 13, 29 marzo 2001, 30:46
- GERACI S., MARCECA M., MAZZETTI M.: Migrazioni e salute in Italia. Dossier di ricerca in *Migrazioni*. Scenari per il XXI secolo. Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo. Roma, luglio 2000: 1.295:1.379
- GERACI S., MARCECA M.: Donne e bambini immigrati. In *Geddes M, Berlinguer G Eds. La salute in Italia. Rapporto 1998*. Roma: EDIESSE, in press
- GERACI S., MARCECA M.: La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali. *Atti Conferenza Nazionale Migrazioni e Salute. Supplemento a OER Puglia*. Anno IV, n. 3, Bari 2002: 36-51
- GERACI S.: Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela. *Annali Italiani di Medicina Interna*. Volume 16. Ottobre 2001. Supplemento 1. Cepi - Aim group, Roma, 167S:171S
- GERACI S.: Immigrazione e salute in Italia. *Immigrazione. Dossier Statistico 2001. XI Rapporto*. Nuova Anterem, Roma, 2001, 241:250
- GERACI S.: La nuova legge sull'immigrazione: verso una completa cittadinanza sanitaria. In *Agenzia Sanitaria Italiana (ASI)*, n. 9, marzo 1998, 46:48
- GERACI S.: Medicina & Migrazioni. Il caso italiano: la storia e le prospettive. In *Atti VI Consensus conference sull'immigrazione e IV Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni*. A cura di Affronti M., Racalbutto A., Messina M. R.; Palermo, 2000: 5-14
- GRANAGLIA E., MAGNAGHI M. (a cura di): *Immigrazione: quali politiche pubbliche?* Franco Angeli, Milano, 1993

- MAGLIONA B.: Il diritto alla salute del paziente extracomunitario in condizioni di "irregolarità": problemi medico-legali. Professione sanità pubblica e medicina pratica. Anno IV, n. 2, 1996
- MANCINELLI S., MARAZZI M. C., PANÀ A.: La domanda di assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato. Atti del 36° Congresso Nazionale "L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità". Siti, Sassari, ottobre 1994
- MARCECA M., GERACI S.: Il fenomeno immigratorio ed il Ssn: necessità di un riorientamento dei servizi. In Quaderni dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Milano: Argomenti di Igiene Pubblica ed Ambientale. N. 48, Milano, 1996
- MARCECA M., GERACI S.: Immigrazione e salute. In Geddes M, Berlinguer G Eds. La salute in Italia. Rapporto 1997. Roma: EDIESSE, 1997:169-199
- MARCECA M.: L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti, "L'arco di Giano", n. 22, pp. 27-35, 1999
- MARTINELLI B, GERACI S.: Le politiche locali per l'assistenza sanitaria agli immigrati. In Atti VII Consensus conference sull'immigrazione. A cura di Affronti M., Lupo M., Messina M. R.; Palermo, 2002: 381-391
- MIELE, R., PALANCA, V., PALUMBO, V., PELLICCIA, L., TOMASELLI, M. L.: La nuova legislazione sugli stranieri, Gli stranieri, Viterbo, Union Printing Edizioni. 1998
- MINISTERO DELLA SANITÀ – Servizio Studi e Documentazione. Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999, Roma, Sistema informativo sanitario, 2000, pp. 156-179.
- MINISTERO DELLA SANITÀ – Servizio Studi e Documentazione. Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000, Roma, Sistema informativo sanitario, 2001, pp. 191-198
- MONTECCHI R.: ASSISTENZA SANITARIA AI CITTADINI STRANIERI. In Bioetica, Diritti Umani e Multiculturalità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale. Edizioni S. Paolo. Milano, 2001, 190:218
- ZANFRINI L. (a cura di): La salute degli immigrati: problemi e prospettive. Atti del corso per operatori sanitari. Fondazione Cariplo - I.S.M.U.- USSL 75/prima di Milano. Quaderni I.S.M.U., n. 6, Milano, 1994

ALCUNE PUBBLICAZIONI DELL'AREA SANITARIA CARITAS:

- COLASANTI R., GERACI S., PITTAU F. (a cura di): *Immigrati e salute; paure, miti e verità*. Ed. Lavoro, Iscos, Roma, 1991
- GERACI S., MARCECA M., DEL VECCHIO R. (a cura di): *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale*. In collaborazione con l'Istituto d'Igiene Università La Sapienza. Numero monografico di Annali di Igiene, medicina preventiva e di comunità. Volume, 7, n° 3, Società Editrice Universo, Roma, 1995
- GERACI S., MAISANO B., MOTTA F. (a cura di): *saluteZingara*. Edizione Anterem, Roma 1998
- BEDETTI C., GERACI S., GUERRA R.: *Le nuove povertà: un problema complesso di sanità pubblica. Preparazione di un'agenda di intervento*. Atti dell'omonimo convegno. Edito dall'Istituto Superiore di Sanità - Serie Relazioni, 99/3, Roma, 1999
- BEDETTI C., GERACI S., GUERRA R.: *Esclusione e marginalità* Atti del convegno Esclusione e marginalità: un problema di sanità pubblica. Edito dall'Istituto Superiore di Sanità - Serie Relazioni, 00/4, Roma, 2000
- BEDETTI C., GERACI S., GUERRA R.: *Esclusione e marginalità: scelte programmatiche e misure di contrasto alle disuguaglianze sociali nella salute*. Atti dell'omonimo Convegno Esclusione e marginalità: un problema di sanità pubblica. Edito dall'Istituto Superiore di Sanità - Rapporti ISTISAN, 01/30, Roma, 2001

A CURA DI SALVATORE GERACI:

- *Medicina e Migrazioni. Traumi e problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati*. Atti dell'omonimo Congresso. Presidenza Consiglio Ministri, Dipartimento Editoria, Roma, 1992
- *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Edizione Anterem, pgg. 318, Roma 1996
- *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Edizioni Anterem, pgg. 356. Roma, novembre 2000
- *Immigrazione femminile: quale assistenza sanitaria?* Percorsi Editoriali della Carocci editore, pgg. 64, Roma, 2001
- Il n. 1 (gennaio - febbraio 2002) del periodico "Roma Caritas" dal titolo *Salute senza esclusione* è stato dedicato monograficamente all'esperienza dell'Area sanitaria Caritas