

Nessuno sia escluso

2013-01-09 10:01:22 Redazione SI



Salvatore Gera

Accordo Stato-Regioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria agli immigrati. Tra cui: garanzia agli immigrati irregolari (STP) delle cure essenziali atte ad assicurare il completo ciclo terapeutico e riabilitativo, compresi anche eventuali trapianti.

Il 20 dicembre 2012 è stato sancito un Accordo in seno alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-Regioni e PA)[1] che recepisce in gran parte i contenuti del documento *"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane"* già approvato dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni e P. A. il 21 settembre 2011[2].

Non è un accordo casuale o inaspettato, è il frutto di oltre 4 anni di lavoro tecnico ma anche di mediazione, di ricerca e analisi, di pressione politica e professionale. È il frutto di un lavoro di rete istituzionale e non, che segna, a nostro avviso, un modello di relazioni e rapporti tra gli attori coinvolti (settore pubblico, privato sociale e volontariato, istituzioni) nel garantire operatività al mandato costituzionale dell'articolo 32 e della legge 833/78.

Ma andiamo con ordine.

L'assistenza agli immigrati

Per lungo tempo in Italia il tema dell'assistenza sanitaria agli stranieri è stato regolato da un numero impressionante di norme aventi diverso peso specifico: con l'emanazione, nel marzo del 1998, della legge 40, poi confluita nel D.Lgs. 286 del luglio 1998, dal titolo: *«Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero»* si è voluto ordinare e

dare un'impostazione stabile e chiara al tema del diritto all'assistenza sanitaria a favore degli immigrati nel nostro Paese. I principi e le disposizioni contenute in questo decreto hanno trovato poi maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico (D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999). Ulteriori chiarimenti sono stati infine forniti da una Circolare del Ministero della Sanità, la n. 5, datata 24 marzo 2000.

Obiettivo dichiarato di questa impostazione politico-normativa è quello di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni e a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, ...) e introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio – richiedenti asilo, detenuti, ...).

Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative e i programmi di medicina preventiva.

La modifica del titolo V della Costituzione

La Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 dal titolo «*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*» per effetto dell'art. 117, ha dato alle Regioni e le Province autonome il potere di definire delle norme sul tema della salute di tutti i residenti e quindi anche degli immigrati, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa.

La tematica “salute e immigrazione” appare ambiguamente sospesa tra la legislazione “esclusiva” (quella dello Stato) e la legislazione “concorrente” (quella delle Regioni e Province autonome) in ciò che abbiamo chiamato “pendolo delle competenze e delle responsabilità”. L'effetto di quella che viene definita *devolution* nell'ambito del complesso processo del federalismo, con l'articolazione tra i diversi livelli istituzionali che animano il sistema salute, è la produzione di incerti passaggi di responsabilità che possono mettere in crisi l'effettiva applicazione degli orientamenti sanitari, eludendo a volte lo stesso mandato istituzionale (come d'altronde può accadere verso gli stessi cittadini italiani).

Lo Stato in materia di sanità assume il ruolo di garante dell'equità ma, nella pratica, le numerose indicazioni normative sull'assistenza sanitaria agli immigrati da parte di vari ministeri – a cui si aggiungono indicazioni regionali ed europee – quest'ultime recepite spesso con lentezza ed in modo farraginoso – hanno ingenerato confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie. Gli stessi Sistemi Sanitari Regionali operano in modo molto disomogeneo, configurandosi una progressiva divaricazione dei 21 sistemi sanitari, spesso derogando, specie per i gruppi più vulnerabili quali gli immigrati, dai Livelli Essenziali di Assistenza e dal principio di equità, ispiratore del Sistema Sanitario Italiano e dei SSR[3].

L'ingresso nell'UE della Romania e Bulgaria

Nel febbraio 2007 l'Italia, con il Decreto Legislativo n. 30 del 2007, recepisce la direttiva europea 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e soggiornare liberamente sul territorio degli stati membri. L'intempestività del provvedimento, ben tre anni dopo l'emanazione europea, e il concomitante ingresso nella UE di Romania e Bulgaria (1° gennaio 2007) hanno creato notevole confusione e discrezionalità proprio in ambito sanitario. Non solo nell'immediato sono state escluse dalla tutela decine di migliaia di cittadini "neo comunitari" che non potevano assolvere alle condizioni richieste per ottenere l'assistenza sanitaria (possesso della Tessera Europea Assicurazione Malattia – TEAM o lavoro regolare e/o residenza anagrafica), ma **le indicazioni date centralmente in seguito sono state poco chiare ed in alcuni casi contraddittorie** (circolari del Ministero della salute del 3 agosto 2007, del 19 febbraio 2008, del 24 luglio 2009 ed altre 11 in poco più di un anno). Per tale motivo le Regioni, in modo non coordinato hanno predisposto risposte molto diverse non solo nelle procedure ma anche nel merito di possibili livelli assistenziali con particolare riferimento a coloro in condizione di fragilità sociale ed economica.

L'evidenza di disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nelle politiche locali

Il "pendolo di competenze e delle responsabilità" citato in precedenza, e vissuto in particolare nell'assistenza ai comunitari, è ad alto rischio nel determinare disuguaglianze sia in ambito di accesso ai servizi sia in ambito di profilo di salute della popolazione immigrata su base territoriale. Per questo, già dal 1995 e più strutturalmente dal 1998, l'Area sanitaria della Caritas romana ha istituito un "Osservatorio sulle politiche locali per l'assistenza sanitaria agli stranieri" che ha prodotto specifiche ricerche e periodici rapporti[4], l'ultimo alla fine del 2010 nell'ambito di un progetto coordinato dell'Istituto Superiore della Sanità. Quest'ultima ricerca ha cercato di descrivere l'eventuale variabilità territoriale, raccogliendo ed esaminando complessivamente oltre 700 atti emanati dal 1995 a metà del 2010[5]. Questi sono stati analizzati con una specifica metodologia attraverso l'identificazione e la combinazione di indicatori chiave che caratterizzano le politiche sanitarie (emanazione di linee guida; presenza di osservatori per una costante analisi del bisogno; interventi orientati di prevenzione e promozione della salute; offerte di formazione dedicata; percorsi di mediazione linguistica e di aumento delle competenze culturali del sistema; assistenza agli immigrati irregolari; pianificazione di interventi ai cittadini comunitari in condizione di fragilità sociale).

Ciò ha permesso di comporre due indici sintetici che rappresentano il livello di avanzamento e di impatto delle politiche sulla popolazione di riferimento, evidenziando un'oggettiva difformità ed evidenti disuguaglianze nell'offerta di servizi e prestazioni[6]. Contemporaneamente, una ricerca portata avanti dalla Regione Marche sulla risposta dei sistemi sanitari locali in rapporto alla garanzia dei servizi di primo livello per immigrati in condizione di irregolarità giuridica mostra un'analoga preoccupante difformità di applicazione delle norme esistenti[7].

Rete di reti

Per affrontare tali problematiche era necessario mettersi in rete, creare

collegamenti tra le varie realtà regionali e relativi SSR. Pertanto, nel 2008, su iniziativa della Regione Marche viene istituito, in sede di Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, **il Tavolo tecnico interregionale “Immigrati e servizi sanitari”**. **Il Tavolo ha voluto costituire una forma stabile di confronto e collaborazione tra le Regioni e P.A. e di concertazione tra le stesse e il livello nazionale sui temi della salute degli immigrati e dell’assistenza sanitaria**^[8].

Al Tavolo partecipano tecnici degli assessorati alla salute delle Regioni, rappresentanti del Ministero della Salute ed esperti accreditati in materia di salute e immigrazione. In particolare si segnala la rilevanza della consulenza tecnica della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e della possibilità, attraverso la sua vasta rete di contatti di operatori impegnati in prima persona in gran parte delle regioni e province autonome italiane, di evidenziare criticità del sistema di accesso ai servizi e problematiche normative e organizzative così come soluzioni particolarmente efficaci. Si concretizza una rete istituzionale in rete con altre reti e si rappresenta un’opportunità unica per condividere competenze/proposte tecniche istituzionali e quelle maturate sul campo dagli operatori. In questo modo, a partire da esigenze concrete, il Tavolo opera per creare sinergie positive, è aperto al contributo di competenze esterne, raccoglie segnalazioni, suggerimenti, pratiche e norme; svolge telematicamente e telefonicamente un’attività di supporto/consultazione per operatori delle Regioni.

L’Accordo

Il documento oggetto dell’Accordo è frutto di quasi due anni di confronto ed approfondimento nell’ambito del Tavolo tecnico e di circa un anno di lavoro con il Ministero della salute ed altri tavoli tecnici. Il documento approvato è quindi uno strumento tecnico-operativo condiviso, unico elaborato ad oggi disponibile a livello di tutte le Regioni e Pubblica Amministrazione (PA), per guidare alla corretta e omogenea applicazione della normativa nazionale e comunitaria a garanzia della tutela della salute di tutte le persone straniere presenti in Italia. L’approvazione di tale documento è stata richiesta formalmente dalla SIMM al Ministro della salute in un incontro l’11 maggio 2012 e tale volontà è stata ribadita dal Ministro stesso nel video messaggio al Congresso nazionale SIMM del 12 ottobre 2012^[9]. Rimandiamo a contributi tecnici l’analisi dettagliata dei contenuti del documento^[10] ma vogliamo qui ricordare come tale Accordo, pur non essendo una nuova legge, è cogente sul piano interpretativo delle norme esistenti e in questo senso taluni ambiti sono già applicati da alcune Regioni e PA.

Ecco, a nostro avviso, i passaggi più interessanti e innovativi:

- **iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno (PDS)**
- **iscrizione obbligatoria al SSN dei regolarizzandi**
- **iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo PDS per uno dei motivi che danno diritto all’iscrizione obbligatoria al SSN**
- **iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali**

- **garanzia agli immigrati irregolari (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP) delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell’evento morboso, compresi anche eventuali trapianti**
- **rilascio preventivo del codice STP per facilitare l’accesso alle cure**
- **definizione del codice di esenzione X01 per gli STP**
- **iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani**
- **iscrizione volontaria per i comunitari residenti**
- **iscrizione volontaria per studenti comunitari con il solo domicilio**
- **equiparazione dei livelli assistenziali e organizzativi del codice STP al codice ENI (Europeo Non Iscritto, per cittadini comunitari privi di assistenza)**
- **proposta di estensione del tesserino/codice ENI nelle regioni/province che non lo hanno ancora previsto.**

Il modello di rete istituzionale proposta dal Tavolo, in rete con le reti per la salute degli immigrati, può diventare un network stabile e che si offre alle Regioni e PA e al Ministero della Salute come punto di riferimento per la programmazione locale e nazionale e come strumento di *governance* che, in una realtà sempre più articolata e complessa, appare ormai irrinunciabile.

L’Accordo è adesso uno strumento prezioso soprattutto per i Gruppi locali Immigrazione e salute (GrIS)[11] per quell’azione di advocacy perché nessuno sia escluso dai percorsi assistenziali in un’ottica di equità e giustizia sociale.

Salvatore Geraci, Area sanitaria Caritas Roma, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Bibliografia

1. [Accordo in seno alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano \(Conferenza Stato-Regioni e PA\) \[PDF: 6 Mb\]](#)
Per aggiornamenti sull’applicazione, note e commenti vedi anche [Simmweb.it](#)
2. [Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane](#)
GIUGNO 2011 [PDF: 3 Mb]
3. Si veda a mo’ d’esempio quanto successo durante il dibattito politico e le fasi di approvazione del cosiddetto “pacchetto sicurezza” (Legge 94 del 15 luglio 2009) ed in particolare sulla proposta di abrogazione del divieto di segnalazione degli immigrati privi di permesso di soggiorno da parte degli operatori sanitaria: [dossier SIMM](#)
4. Caritas Diocesana di Roma. A cura di Salvatore Geraci. [Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa Internazionale Italiana e Regionale \[PDF: 1,9 Mb\]](#)
Caritas Diocesana di Roma. Di Salvatore Geraci e Barbara Martinelli. [Il diritto alla salute degli immigrati Scenario nazionale e politiche locali \[PDF: 1,2 Mb\]](#). Luglio 2002

5. [La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali di Salvatore Geraci, Manila Bonciani e Barbara Martinelli](#) [PDF: 1,8 Mb]. Caritas Diocesana di Roma. Aggiornamento luglio 2010
6. Bonciani M, Geraci S, Martinelli B. [La salute degli immigrati nelle politiche sanitarie regionali](#). SaluteInternazionale, 17.04.2011
7. [Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali \(marzo 2008\)](#) [PDF: 745 Kb]. Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia. Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche (Uff. I, n. DG/PREV/I3488/P/F 3 ad, 2007)
8. Carletti P., Geraci S.: *Una rete istituzionale nella rete per la salute degli immigrati*. In Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni, Atti dell’XII Congresso Nazionale SIMM. Pendargon, Bologna, 2012; 142:146
9. [Messaggio Ministro Balduzzi SIMM](#) [Video YouTube]
[Raccomandazioni finali del XII Congresso SIMM 2012](#) (Viterbo, 10-12 Ottobre 2012) [PDF: 130 Kb]
10. Non possiamo dimenticare come alcune linee interpretative del documento proposto siano state ridimensionate nei vari “passaggi istituzionali” anche se ciò nulla toglie all’importanza dell’Accordo ed alla metodologia che l’ha prodotto.
11. [I Gruppi Immigrazione e Salute – GrIS della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – SIMM](#)