

## Assistenza sanitaria agli immigrati tra diritti e violazioni. Il ruolo del Tavolo tecnico interregionale «Immigrati e servizi sanitari»

**Patrizia Carletti<sup>1</sup>**

*L'articolo traccia un breve quadro normativo di riferimento per l'assistenza sanitaria agli immigrati in Italia, per poi soffermarsi dapprima sulle problematiche che anche la riforma del Titolo V della Costituzione ha comportato e successivamente sull'esperienza del Tavolo tecnico interregionale «Immigrati e Servizi sanitari», istituito nel 2008, su richiesta dell'Assessorato alla Salute della Regione Marche, in seno al coordinamento della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Pa. Il Tavolo nato con l'obiettivo*

*di promuovere la salute della popolazione immigrata attraverso la programmazione e l'implementazione da parte del Ssn e dei Ssr di modelli socio-sanitari organizzativamente e culturalmente adeguati agli specifici bisogni, ha raggiunto primi importanti risultati tra cui l'aver reso obbligatoria l'iscrizione al Ssr anche per i minori stranieri presenti sul territorio, a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno, e l'erogazione dell'assistenza sanitaria urgente o essenziale con tesserino/codice Eni ai cittadini comunitari indigenti.*

RPS

approfondimenti online

### *1. Il contesto e la salute degli immigrati in Italia*

Gli immigrati rappresentano l'8% del totale della popolazione residente in Italia, pari a circa 4,8 milioni. Circa il 51% proviene da paesi europei, il 21% dall'Africa, il 19% dall'Asia, l'8% dal Centro-sud America, più della metà sono donne e uno su 4-5 è minorenne (Istat al 31 dicembre 2014).

L'analisi del profilo di salute di questa popolazione condotta a livello nazionale per gli anni 2003-2009 da un gruppo di lavoro nazionale di esperti di regioni ed enti nazionali (Istat, Inail, Agenas, Associazione italiana di epidemiologia) con il sostegno del Ministero della Salute, ha

<sup>1</sup> Patrizia Carletti, Osservatorio sulle disuguaglianze nella salute, Agenzia regionale sanitaria Marche – Coordinatrice del Tavolo interregionale «Immigrati e Servizi sanitari» del Coordinamento della Commissione Salute.

mostrato che esistono svantaggi nella salute. In particolare, si pone in evidenza come «trattandosi di una popolazione giovane, le dimensioni della domanda sono limitate; essa ricorre ai servizi o per eventi fisiologici quali il parto, o per mancanza di interventi di prevenzione quali l'aborto e gli infortuni sul lavoro. Questo suggerisce il carattere prevalentemente preventivo degli interventi da realizzare, con effetto positivo anche sulla riduzione dei costi e dei conflitti sociali» (Osservatorio epidemiologico sulle diseguaglianze/Ars Marche, 2009, p. 118).

Analogamente, in anni successivi, il monitoraggio delle condizioni di salute condotto in 17 regioni italiane ha evidenziato che rispetto alla popolazione italiana quella immigrata ricorre in misura minore ai ricoveri ospedalieri, che in media sono meno onerosi, probabilmente anche a causa della minore complessità delle malattie. Il ricorso all'ospedale è sostanzialmente da imputare a situazioni indifferibili come la gravidanza, il parto e le interruzioni volontarie della gravidanza o a situazioni legate all'attività lavorativa e alla peggior condizione socio-economica (traumatismi, malattie dell'apparato digerente e respiratorio, malattie infettive e parassitarie, del sistema nervoso, della nutrizione, disturbi psichici).

La maggiore frequenza di ricoveri in urgenza tra gli immigrati residenti e, ancor più tra i non residenti, rispetto agli italiani può essere un segnale di una limitata conoscenza dei servizi territoriali e della medicina generale, di una carenza quali-quantitativa dell'offerta o delle difficoltà d'accesso da parte degli immigrati. Il fenomeno è infatti più evidente in quei gruppi, come gli immigrati non residenti, per i quali spesso non esiste un'offerta di medicina di base né per gli adulti, né per i bambini. Ne deriva che il Pronto soccorso (e di conseguenza la struttura ospedaliera) diventa la principale porta di accesso alle cure di cui hanno bisogno e all'assistenza di cui hanno diritto.

L'assistenza materno-infantile risulta essere una delle aree più critiche per la salute delle popolazioni immigrate, con evidenti diseguaglianze nel percorso nascita, come segnalano gli indicatori di qualità dell'assistenza, che risultano inferiori per le donne immigrate e in particolare per le non residenti.

L'elevato ricorso all'Ivg (interruzione volontaria di gravidanza) per le donne immigrate (doppio rispetto alle italiane) dimostra che le problematiche legate alla migrazione e le condizioni socio-economiche si ripercuotono negativamente e in modo conflittuale sulla scelta della maternità, e sembra esserci una minore consapevolezza nella gestione della salute riproduttiva.

I bambini immigrati presentano, rispetto agli italiani, un maggior ricorso al ricovero per malattie infettive e parassitarie e i loro tassi di mortalità neonatale e infantile sono costantemente superiori, sebbene si registri un graduale avvicinamento dei profili.

Questo svantaggio è presumibilmente legato alle precarie condizioni di vita dei bambini nella fase post-natale: carenze alimentari e/o igienico-sanitarie, povertà, emarginazione sociale, e difficoltà di accesso ai servizi sanitari e nella gestione della «convalescenza» in abitazioni non salubri (Agenas, 2013, p. 77).

## 2. Le norme

I principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale (Ssn) configurano il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute quale un diritto dell'individuo «costituzionalmente condizionato». Secondo la Carta costituzionale, il diritto alla salute è compreso in quel *nucleo irriducibile di diritti della persona umana*, esercitato attraverso un sistema organico, pubblico di istituti e provvidenze dello Stato, in quanto la Repubblica ha l'obbligo di rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona e, dunque, tutto ciò che ne può compromettere l'integrità psico-fisica.

Il fine primario della tutela della salute è direttamente affidato allo Stato in una concezione di Stato sociale di diritto (artt. 32, 2, 3, 10 della Costituzione). Cogenti sono anche le norme del diritto internazionale sottoscritte dall'Italia.

In tale contesto, per la salute degli immigrati, dal 1995 l'Italia ha indicato «politiche sanitarie inclusive» in un'ottica di tutela sanitaria senza esclusioni (legge 6 marzo 1998 n. 40, d.lgs. 25 luglio 1998 n. 286 – Testo Unico, d.p.r. 31 agosto 1999 n. 394, Circolare ministro Sanità n. 5 del 24 marzo 2000, Accordo Stato-Regioni Csr n. 255 del 12 dicembre 2012), riconoscendo il diritto alle cure essenziali a tutti gli immigrati, anche a quelli non in regola con il permesso/titolo di soggiorno. Gli immigrati provenienti da paesi al di fuori dell'Unione europea (Ue) – definiti nelle norme citate «stranieri» – possono soggiornare in Italia solo se in possesso di un permesso di soggiorno che può essere concesso per motivi di lavoro, per ricongiungimento familiare, per studio, per motivi religiosi, per «minore età», per richiesta di protezione internazionale. Solamente se si è in possesso di regolare permesso di soggiorno si ha diritto all'iscrizione al Servizio sanitario nazionale e

quindi all'assistenza sanitaria, al pari degli italiani. Coloro che hanno perso il permesso di soggiorno (a causa per esempio della perdita del lavoro) o chi non l'ha mai avuto (in quanto entrato «irregolarmente» in Italia) non possono iscriversi al Ssn. Per costoro è prevista comunque la possibilità di avere le cure urgenti, ovvero cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona, ed essenziali, ovvero 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)<sup>2</sup>.

Per gli immigrati extra-comunitari non in possesso del permesso di soggiorno (art. 35, comma 3 del Testo unico) la Asl rilascia, a seguito di una dichiarazione dei propri dati anagrafici e di una dichiarazione di indigenza, un «tesserino Stp»<sup>3</sup> utilizzato per ricevere le prestazioni sanitarie e farmaceutiche essenziali, a parità di condizioni con il cittadino italiano per quanto riguarda le quote di partecipazione alla spesa (ticket).

Il tesserino Stp non dà diritto alla scelta del medico di medicina generale, per cui persiste il problema della «presa in carico» di queste persone, nonostante il d.p.r. 394/1999 avesse dato indicazioni a Regioni e Province autonome di organizzare una risposta di primo livello analoga alla funzione della medicina generale<sup>4</sup>.

Differente è la situazione per gli immigrati che provengono da paesi appartenenti all'Ue che sottostanno alle norme del diritto comunitario. Essi, infatti, in base al diritto alla libera circolazione<sup>5</sup>, non sono

<sup>2</sup> L'individuazione delle cure essenziali (Livelli essenziali di assistenza) è di esclusiva competenza del Ministero della Salute e l'accertamento dell'essenzialità della prestazione, come per l'urgenza, rientra nell'ambito della responsabilità del medico (Circ. Ministero della Salute n. 5 del 24 marzo 2000).

<sup>3</sup> Il tesserino Stp (Straniero temporaneamente presente) ha validità su tutto il territorio nazionale per sei mesi rinnovabili.

<sup>4</sup> D.p.r. 394/1999: «Le Regioni individuano le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative, che possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari accreditati, strutture in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica. Tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno comunque prevedere l'accesso diretto senza prenotazione né impegnativa».

<sup>5</sup> La libera circolazione dei lavoratori è un principio fondamentale dell'Ue, sancito

tenuti a richiedere alcun titolo di soggiorno presso le questure. Il cittadino comunitario in possesso dei requisiti che determinano il diritto di soggiorno<sup>6</sup> per periodi superiori ai tre mesi è tenuto a provvedere all'iscrizione all'anagrafe della popolazione residente. Una volta iscritto all'anagrafe dei residenti può iscriversi al Ssn. È anche possibile che il cittadino comunitario mantenga la residenza all'estero e in questo caso riceve l'assistenza sanitaria al pari di quella a cui hanno diritto i cittadini del paese ospite, l'Italia, attraverso la Tessera di assistenza medica (Team). Le istituzioni italiane verranno poi rimborsate per le prestazioni erogate dall'istituzione estera del paese di appartenenza del cittadino comunitario.

### *3. La salute degli immigrati e il Titolo V della Costituzione: il ruolo del tavolo tecnico interregionale «Immigrati e Servizi sanitari»*

A seguito della riforma del Titolo V della Costituzione<sup>7</sup>, derivante da una serie di modifiche iniziate negli anni settanta e terminate nel 2001 dal governo di centrosinistra, lo Stato non è più soggetto responsabile diretto della «gestione» della sanità; questa funzione viene infatti demandata alle Regioni, per cui l'intervento del legislatore regionale può

dall'articolo 45 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea e ulteriormente precisato dal diritto derivato e dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia europea.

<sup>6</sup> Requisiti per il soggiorno superiore a tre mesi di cittadino comunitario: lavoratore subordinato o autonomo nello Stato; dispone, per se stesso e per i propri familiari di risorse economiche sufficienti per non diventare un onere a carico dell'assistenza sociale dello Stato durante il periodo di soggiorno; è iscritto presso un istituto pubblico o privato riconosciuto per seguire un corso di studi o di formazione professionale e dispone, per se stesso e per i propri familiari, di risorse economiche sufficienti per non diventare un onere a carico dell'assistenza sociale dello Stato durante il suo periodo di soggiorno; è familiare che accompagna o raggiunge un cittadino dell'Unione che ha il diritto di soggiornare per un periodo superiore a tre mesi.

<sup>7</sup> Legge costituzionale n. 3, 18 ottobre 2001 «Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione», art. 117: «Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: [...] b) immigrazione; m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a [...] tutela della salute. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato».

incidere sui criteri e sui modi in cui l'individuo e, quindi anche lo straniero, può godere di diritti di prestazione.

Lo Stato tuttavia rimane responsabile esclusivo della «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale», quindi dei cosiddetti Livelli essenziali di assistenza (Lea).

Da questa modifica costituzionale, che si caratterizza per una suddivisione della potestà legislativa tra Stato e Regioni nel rispetto della Costituzione nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali, sono emerse numerose problematiche (come rilevato anche da un notevole aumento del contenzioso tra Stato e Regioni) in quanto l'espansione abnorme dei livelli decisionali e legislativi delle Regioni fa sì che le normative sanitarie regionali tendono a restringere il diritto alla salute agli immigrati, minando pesantemente l'accesso all'assistenza sanitaria da parte degli immigrati e provocando una notevole disomogeneità territoriale.

Ciò nonostante la Corte costituzionale si sia espressa in più occasioni, escludendo che le Regioni possano usare la loro potestà legislativa per rendere inapplicabile sul proprio territorio una legge statale. Ad aggiungere ulteriore complessità vi sono altri due fattori:

- 1) la debolezza del governo centrale nel monitorare l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza da parte dei sistemi sanitari regionali (Ssr). Il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni sul territorio nazionale avviene attraverso una serie di informazioni che, raccolte e opportunamente elaborate e rappresentate sotto forma di indicatori, consentono di leggere importanti aspetti dell'assistenza sanitaria, inclusi quelli di qualità, appropriatezza e costo. Tuttavia questo sistema da un lato necessita di essere adeguato «in funzione dei reali bisogni di salute dei pazienti (dati i mutamenti socio-demografici ed epidemiologici di questi ultimi decenni) e secondo i principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche»<sup>8</sup>, dall'altro lato il sistema di monitoraggio non rileva alcun dato/indicatore relativo all'erogazione dei Lea alla popolazione immigrata;
- 2) le politiche relative all'immigrazione sono competenza esclusiva dello Stato e le decisioni del Ministero dell'Interno hanno spesso im-

<sup>8</sup> Commissione d'indagine della Commissione Igiene e Sanità del Senato su «La sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità», gennaio 2015.

portanti ricadute sulla salute (gli immigrati sono stati *fittiziamente* suddivisi in gruppi amministrativi con diritti, anche relativamente all'assistenza sanitaria, differenziati: ad esempio immigrati extracomunitari senza permesso di soggiorno (Pds); con Pds a scadenza; con Pds di lungo periodo; richiedenti protezione/asilo; minori; rom-sinti italiani/stranieri; genitore extracomunitario ultra-sessantacinquenne a carico che se ha presentato la domanda di ricongiungimento dopo il 6 novembre 2008 non ha diritto all'iscrizione al Ssn, ma deve pagare annualmente l'iscrizione volontaria, a differenza di chi ha presentato la domanda prima del 6 novembre 2008).

In sintesi, mentre per gli italiani l'erogazione dell'assistenza sanitaria dipende dal Ministero della Salute e dalle Regioni, per gli immigrati essa dipende dal Ministero dell'Interno, dalle Regioni e, in minor grado, dal Ministero della Salute. Perciò, da un lato, le leggi in materia di «sicurezza» in cui gli immigrati sono ingabbiati e, dall'altro, le conseguenze del federalismo in sanità costituiscono un miscuglio esplosivo che spesso erode in modo pesante la garanzia del diritto.

Per la complessità fin qui illustrata, per affrontare la questione relativa all'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata si rende indispensabile, ai fini di una concreta operatività, un costante raccordo tra Regioni e Province autonome e tra queste e il livello centrale, in particolare Ministero della Salute e Ministero dell'Interno.

Per questo, nel 2008 gli assessori alla Salute delle Regioni e Province autonome hanno convenuto che gli immigrati (circa il 10% della popolazione residente in Italia), svantaggiati negli esiti di salute e con difficoltà nell'accesso ai servizi, meritassero un'attenzione specifica da parte del Ssn e dei Ssr, al pari di altre categorie svantaggiate, quali disabili, donne, anziani, malati mentali, detenuti, ecc. A tal fine è stato istituito, su richiesta dell'Assessorato alla Salute della Regione Marche, in seno al coordinamento della Commissione Salute, della Conferenza delle Regioni e Province autonome, il Tavolo tecnico interregionale «Immigrati e Servizi sanitari», con la finalità di tutelare la salute degli immigrati<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Il Tavolo è composto da tecnici degli Assessorati alla Salute delle Regioni e delle Province autonome e sono costantemente invitati a partecipare anche rappresentanti del Ministero della Salute e, per specifiche questioni dei Ministeri dell'Interno, della Giustizia, del Lavoro e delle Politiche sociali. Esso ha l'obiettivo di promuovere la salute della popolazione immigrata attraverso la programmazione e l'imple-

Un importante risultato del lavoro svolto dal Tavolo è stato l'elaborazione del documento «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome»<sup>10</sup>, oggetto dell'Accordo Stato-Regioni n. 255 del 20 dicembre 2012. L'Accordo è il risultato di un lavoro lungo e condiviso, durato circa tre anni. Esprime la volontà politica di tutte le Regioni e dello Stato, dunque le Regioni sono tenute ad

mentazione da parte del Ssn e dei Ssr di modelli socio-sanitari organizzativamente e culturalmente adeguati agli specifici bisogni. A tal fine si propone di fornire indicazioni per rendere uniforme sul territorio nazionale (come previsto dai Lea, d.p.c.m. 29 novembre 2001 e succ.) l'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria da parte della popolazione immigrata, in un'ottica di efficienza e di appropriatezza; diffondere pratiche efficaci per migliorare la comunicazione con l'utenza immigrata e la «competenza» degli operatori; individuare e condividere un sistema di indicatori per il monitoraggio del profilo di salute e la valutazione dell'adeguatezza dei servizi; essere un luogo di confronto e scambi di esperienze tra Regioni e tra queste e il livello centrale.

Esso rappresenta un luogo di lavoro istituzionale in cui per la prima volta i Servizi sanitari regionali affrontano specificamente la complessa problematica della salute e dell'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata, che evidentemente non è riducibile a questioni di costi/rimborsi di prestazioni sanitarie.

Si avvale, per specifici temi, del contributo scientifico di esperti accreditati a livello nazionale e internazionale e di società scientifiche quali la Società italiana di pediatria, la Federazione italiana medici pediatri, la Società italiana di medicina delle migrazioni (Inmp). Questa pluralità di soggetti, istituzionali e non, consente di avere presenti i differenti punti di vista, di raccogliere le esigenze provenienti dai «territori», le informazioni scientifiche e tecniche, le attività e i vincoli ministeriali e quindi di elaborare le «migliori» soluzioni possibili.

Questa operatività «articolata» tenta di superare l'autoreferenzialità delle istituzioni e il cronico divario tra centro e periferia, nonché quella rigidità «comunicativo-relazionale», caratteristica frequente dei Tavoli istituzionali, che rallenta le soluzioni ai problemi.

Tra le varie attività si ricorda che il Tavolo ha elaborato, in collaborazione con i Ministeri della Salute, Giustizia, Interno, Lavoro e Politiche sociali, il «Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati». Attualmente sta lavorando: affinché, nell'ambito del monitoraggio dell'erogazione dei Lea, le Regioni siano valutate anche 1) in relazione ad adempimenti e indicatori relativi alla popolazione immigrata; 2) sulle attività che i Ssr devono svolgere nell'ambito dell'accoglienza/assistenza sanitaria ai richiedenti protezione internazionale.

<sup>10</sup> Pubblicato in G.U. n. 32 del 7 febbraio 2013, suppl. ord. 9. Il documento oggetto dell'Accordo è stato prodotto dal Tavolo tecnico interregionale «Immigrati e Servizi sanitari» (operante in seno al Coordinamento della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Pa) coordinato dall'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute della Regione Marche.



applicarlo direttamente, in quanto non necessita di alcuna ulteriore ratifica.

L'Accordo rimanda ai principi ispiratori delle norme primarie dello Stato e ai principi del diritto comunitario (regolamenti e direttive europee). Raccoglie e sistematizza ed esplicita con un linguaggio chiaro le numerose indicazioni emanate negli anni da vari Ministeri, in particolare quelli della Salute e dell'Interno, indicazioni che, stratificandosi nel tempo, hanno ingenerato una certa confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni, delle Province autonome e delle Aziende sanitarie.

L'Accordo ha l'obiettivo di fornire indirizzi operativi per favorire l'applicazione omogenea della normativa su tutto il territorio nazionale, di ridurre le difficoltà di accesso ai servizi e le discrezionalità interpretative delle norme che di fatto minano la garanzia dei livelli essenziali di assistenza; esso, consente inoltre, attraverso una serie di indicatori, un monitoraggio delle criticità e un confronto tra «territori». Introduce poi una serie di novità:

- ♦ iscrizione obbligatoria al Ssn dei minori stranieri, figli di immigrati senza permesso di soggiorno;
- ♦ iscrizione obbligatoria al Ssn per gli extra-comunitari che hanno fatto domanda di emersione dal lavoro nero;
- ♦ iscrizione obbligatoria al Ssn anche in attesa di rilascio del primo permesso di soggiorno per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al Ssn;
- ♦ iscrizione volontaria al Ssr per gli extracomunitari oltre i 65 anni;
- ♦ garanzia agli Stp delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo, compresi anche eventuali trapianti;
- ♦ iscrizione obbligatoria al Ssn di genitore comunitario di minori italiani;
- ♦ iscrizione volontaria per i comunitari residenti in Italia e in alcune particolari condizioni;
- ♦ iscrizione volontaria per studenti comunitari con residenza in un paese dell'Ue e con il domicilio in Italia;
- ♦ erogazione dell'assistenza sanitaria urgente o essenziale con tesserinone/codice Eni ai comunitari in particolare condizioni di indigenza (con e equiparazione all'iscrizione Stp).

Tra le novità più rilevanti introdotte dall'Accordo vi è l'obbligatorietà dell'iscrizione al Ssr anche per i minori stranieri presenti sul territorio, a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno.

Nello specifico, quanto indicato dall'Accordo:

- ♦ risponde a numerose evidenze epidemiologiche che mostrano svantaggi nella salute nei bambini figli di immigrati non in regola con il titolo di soggiorno;
- ♦ tiene conto delle valutazioni, anche economiche, effettuate nell'ambito dei Ssr delle Regioni dal Tavolo «Immigrati e servizi sanitari» della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni che hanno dimostrato che i ricoveri dei bambini *irregolari* hanno maggiori costi e maggiore complessità assistenziale;
- ♦ dà seguito a un ampio corpus normativo nazionale e internazionale tra cui il riferimento più importante è la legge n. 176 del 27 maggio 1991 «Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989».

L'altra importante novità introdotta dall'Accordo è l'erogazione dell'assistenza sanitaria urgente o essenziale con tesserino/codice Eni ai cittadini comunitari indigenti che non avrebbero diritto al soggiorno per più di tre mesi<sup>11</sup>, ma che in quanto cittadini dell'Ue non sono espellibili.

Tale possibilità, già praticata da alcune Regioni prima dell'Accordo, è stata prevista in quanto:

- ♦ ai cittadini dell'Ue va garantito il diritto di libera circolazione da cui deriva che va attuata la parità di trattamento tra cittadini comunitari e cittadini italiani applicando loro, in linea di principio, le stesse garanzie giuridiche e costituzionali dello Stato membro in cui il cittadino dell'Ue si trova (art. 32 Costituzione);
- ♦ non può essere violato il «principio di non discriminazione» (alla base del Trattato dell'Ue) secondo cui il cittadino comunitario non può avere un trattamento di sfavore rispetto al cittadino italiano (sono altrimenti previste sanzioni amministrative da parte della Commissione Ue);
- ♦ non può esserci discriminazione tra cittadini indigenti extra-Ue (Stp) a cui vengono garantite le cure essenziali e cittadini indigenti dell'Ue.

Il Tavolo interregionale «Immigrati e Servizi sanitari», in collaborazione con la Società italiana di medicina delle migrazioni, sta verificando, attraverso una serie di indicatori, l'attuazione di quanto previsto dall'Accordo, a livello regionale.

<sup>11</sup> Cittadini dell'Ue che non hanno i requisiti per avere la residenza in Italia, così come previsto dal d.lgs 30/2007.

L'Accordo, abbastanza recente, necessita ancora di alcuni regolamenti attuativi e di indicazioni ministeriali tecniche operative, così come è avvenuto, a seguito di un lavoro collegiale tra coordinamento del Tavolo, Ministeri e Agenzia delle Entrate, con la circolare del Ministero dell'Interno per consentire l'iscrizione al Ssn degli extracomunitari che hanno fatto domanda di emersione dal lavoro nero<sup>12</sup>.

In particolare si è in attesa da tempo che il Ministero della Salute emani le indicazioni operative per rendere concretamente fattibile l'iscrizione dei minori «irregolari» al Ssn (si deve infatti trovare una modalità per assegnare a questi minori il codice fiscale, necessario all'iscrizione al Ssr).

#### 4. L'assistenza sanitaria agli immigrati: una questione culturale

Quanto sopra è il contesto normativo, con problematiche sostanzialmente legate *in primis* a resistenze ideologiche e pregiudiziali e talora a incompetenza specifica ai vari livelli decisionali.

Esiste tuttavia una serie di ulteriori fattori che influenzano negativamente il diritto all'accesso ai servizi e alle cure da parte degli immigrati, fattori che si possono riferire a questioni culturali:

- ♦ una cultura generale discriminatoria: l'immigrazione rappresenta un argomento utilizzato in modo ideologico e propagandistico per raccogliere consenso politico;
- ♦ i media hanno un ruolo volutamente di basso profilo, contribuendo, talora più ancora delle leggi, a creare una «cultura» e a modellare i comportamenti degli italiani; l'immigrazione trattata in termini scandalistici o come «problema» di sicurezza serve a riempire le pagine dei media per distogliere l'attenzione dai problemi reali del paese (evasione fiscale, corruzione, ecc.);
- ♦ i cosiddetti partiti progressisti si sono rivelati miopi, con un atteggiamento spesso subalterno agli stereotipi e, comunque, incapaci di proposte efficaci e in grado di governare le problematiche connesse all'immigrazione;
- ♦ le prassi e le interpretazioni soggettive di singole direzioni aziendali e/o di singoli operatori amministrativi che discriminano gli immigrati per pre-giudizio e scarsa professionalità;

<sup>12</sup> Circolare del Ministero dell'Interno del 30 ottobre 2013.

- ♦ il mancato investimento nella formazione interculturale degli operatori e l'assenza della mediazione interculturale nei servizi sanitari, quest'ultima uno strumento potente per favorire l'esercizio del diritto da parte degli immigrati e la loro inclusione sociale;
- ♦ infine, oggi, il linguaggio propagandistico della «spending review»: l'equilibrio finanziario che appare come il fattore condizionante più problematico per quanto riguarda i diritti sociali. Tuttavia non può sfuggire che questo determinismo contabile, particolarmente feroce con i gruppi più vulnerabili, si dimostra incapace di valutare gli interventi veramente utili per tutelare il «bene salute».

Per tale motivo riteniamo fondamentale richiamare i decisori ad assumersi la responsabilità di contrastare le crescenti diseguaglianze che minano la pace sociale e a operare nel rispetto dell'efficienza, smettendo di perpetuare sprechi in nome di un pregiudizio «razziale».

### *Riferimenti bibliografici*

- Agenas (a cura di), 2013, *La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi sanitari regionali*, disponibile all'indirizzo internet: [www.agenas.it/lea/la-salute-della-popolazione-immigrata-il-monitoraggio-da-parte-dei-sistemi-sanitari-regionali-ccm](http://www.agenas.it/lea/la-salute-della-popolazione-immigrata-il-monitoraggio-da-parte-dei-sistemi-sanitari-regionali-ccm).
- Osservatorio epidemiologico sulle diseguaglianze/Ars Marche (a cura di), 2009, *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, disponibile all'indirizzo internet: [www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/Prg\\_5\\_Immigrati\\_metodologia.pdf.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf).
- Osservasalute, *Rapporti anni 2005-2013*, disponibile all'indirizzo internet: [www.osservasalute.it](http://www.osservasalute.it).
- Istat, 2014, *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari*, disponibile all'indirizzo internet: [www.istat.it/it/archivio/110879](http://www.istat.it/it/archivio/110879).