



*Ministero della Salute
Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo
delle malattie*

Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali (marzo 2008)

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)

A cura dell'Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

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)

© Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche
20 settembre 2008

Si ringraziano per la preziosa collaborazione i referenti regionali che hanno reso possibile la presente indagine

Riferimenti:

Dr.ssa Patrizia Carletti

Dr.ssa Licia Fiordarancio

Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

Tel. 071 8064103/4211/4057 Fax. 071 8064057/4105

diseguaglianze@regione.marche.it

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)

© Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche
20 settembre 2008

Indice

Presentazione	pag 5
Introduzione	pag 7
Obiettivi	pag 10
Metodologia	pag 11
Risultati	pag 13
Sintesi	pag 28
Conclusioni e sviluppi	pag 33
Bibliografia e sitografia	pag 35

Allegati

Allegato 1: Scheda di rilevazione

Allegato 2: Elenco Referenti regionali

Allegato 3: Disposizioni regionali e principali riferimenti normativi nazionali

Acronimi

A.O.: Azienda Ospedaliera

AS: Azienda Sanitaria

DSM: Dipartimento Salute Mentale

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

MMG: Medico di Medicina Generale

P.A.: Provincia Autonoma

PFPM: Paesi Forte Pressione Migratoria

PLS: Pediatra di Libera Scelta

P.S.: Pronto Soccorso

SERT: Servizio per le Tossicodipendenze

SISP: Servizi Igiene e Sanità Pubblica

SSN: Servizio Sanitario Nazionale

SSR: Servizio Sanitario Regionale

STP: Straniero Temporaneamente Presente

Presentazione

Da Paese di emigrazione, negli ultimi 10 -15 anni, l'Italia è diventata paese di immigrazione, con flussi continui e diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, crisi congiunturali e accessi bellici.

I dati non solo confermano la tendenza ad un aumento del fenomeno, ma evidenziano una stabilizzazione di comunità intergenerazionali sempre più segmentate e ricche di componenti umane peculiari, ansiose di trovare un loro posto a pieno titolo nella società italiana.

L'ISTAT stima al 1° gennaio 2008 la presenza della popolazione straniera residente in 3,5 milioni, pari al 5,8% del totale dei residenti; di questi circa l'80% sono persone provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM).

Il confronto con altri paesi europei mostra che in Germania, a gennaio 2006, i residenti di cittadinanza straniera sono l'8,8%; in Spagna e nel Regno Unito, già nel 2004, la popolazione straniera rappresentava rispettivamente il 6,6% ed il 4,7% del totale dei residenti; in Francia, al Censimento del 1999, la quota degli stranieri era pari al 5,9% della popolazione complessiva. La realtà migratoria è molto articolata ed in continua evoluzione: si contano più di 130 diverse comunità culturali; si tratta di una popolazione giovane (il 51% di età compresa nella classe 18-39 anni); con un costante aumento della proporzione di donne (esse rappresentano circa il 49%); i minorenni sono 787.000 (pari a più di 1/5 della popolazione straniera) e rappresentano circa il 7% dei minorenni in Italia; i nati in Italia da genitori stranieri anch'essi in costante aumento nel 2006 sono 57.765, pari al 10,3% del totale dei nati in Italia nello stesso anno.

Il fenomeno impone, all'Italia, paese ospite, di individuare strategie efficaci per dare risposte ai bisogni di questa nuova popolazione non solo in un'ottica di rispetto dei diritti universali, ma anche per cogliere orizzonti culturali diversi e prevenire conflitti sociali derivanti dall'esclusione sociale, conflitti che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera collettività.

Dunque, una questione prioritaria è quella di attrezzare i servizi, quindi anche quelli socio-sanitari, ad affrontare una utenza portatrice di culture, biografie e bisogni differenziati.

In tale direzione il Ministero della Salute – CCM ha stipulato nell'anno 2007 un accordo con la Regione Marche (Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze dell'Agencia Regionale Sanitaria Marche)¹ per la realizzazione di un progetto dal titolo "**Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia**" il cui scopo è quello di: *Tutelare e promuovere la salute della popolazione immigrata in Italia attraverso l'adozione modelli socio-sanitari organizzativamente e*

¹ Ministero della Salute, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio I, n. DG.PREV/I/3488/P/F.3.a.d

Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia
Accordo Ministero della Salute/CCM – Regione Marche (Uff. I, n. DG/PREV/I/3488/P/F 3 ad, 2007)

culturalmente adeguati ai bisogni di questa fascia di popolazione con particolare riguardo agli immigrati non iscrivibili al SSN.

Le principali azioni del progetto sono:

1. costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti, allo scopo di avere informazioni quali-quantitative omogenee e confrontabili, utili alla comprensione dei principali problemi di salute che necessitano di interventi prioritari,
2. individuazione ed implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli organizzativi sanitari regionali adeguati a garantire, in modo omogeneo nel territorio nazionale, l'equità nell'accesso alla medicina di base e alle cure primarie, particolarmente per i migranti irregolari,
3. adozione di strategie di provata efficacia di informazione e di educazione sanitaria all'utenza, basate sulla pratica della competenza culturale e dell'empowerment del singolo e della comunità, con particolare riguardo alla tutela della salute materno-infantile.

La presente indagine : **"Immigrati e servizi sanitari: le risposte dei sistemi sanitari regionali"** si inserisce nell'azione 2 ed ha lo scopo di conoscere quali soluzioni organizzative sono state adottate dalle regioni per garantire agli immigrati non iscrivibili al SSN l'accesso alla medicina di base e alle cure primarie, così come indicato dalla normativa nazionale (legge n. 40 del 6 marzo 1998 e successive deliberazioni) in cui si sancisce il diritto all'assistenza sanitaria per gli immigrati anche non in regola con il permesso di soggiorno e si demanda alle Regioni la implementazione delle modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative.

Introduzione

La letteratura scientifica ha individuato che, per i gruppi vulnerabili della popolazione, con precario accesso alle risorse, e tra questi i migranti, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione.

Numerosi indicatori mostrano che la salute della popolazione nei Paesi occidentali, e quindi anche in Italia, è migliorata (bassa mortalità infantile, aumento dell'aspettativa di vita, ecc...), ma altrettanti indici evidenziano crescenti diseguaglianze nella salute per i soggetti vulnerabili.

La salute degli immigrati, per i quali la migrazione in se stessa rappresenta un fattore di fragilizzazione, risulta essere strettamente connessa ai sistemi di accoglienza ed ai processi di inclusione sociale messi in atto nel paese ospite. Infatti, la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle condizioni abitative, lavorative, dal tipo di rapporto con le istituzioni, dalle difficoltà relazionali e di socializzazione. In definitiva per gli immigrati, esclusi dalla piena cittadinanza e spesso in condizioni di deprivazione economica, sociale, relazionale, culturale, i rischi per la salute sono particolarmente elevati (1,2, 3, 4, 5, 6,7, 8).

La priorità di un SSN di tipo universalistico e solidaristico, quale quello italiano, dovrebbe essere quella di contrastare le crescenti diseguaglianze nella salute svolgendo un ruolo di advocacy per i gruppi più vulnerabili e realizzando modelli assistenziali in grado di dare una risposta efficace ai bisogni di salute di tutti. Tale orientamento è vigente anche dopo la modifica del Titolo V della Costituzione, tanto che il sistema si è dotato di alcuni strumenti per garantire l'omogeneità delle cure su tutto il territorio nazionale, quali i LEA e la Conferenza Stato-Regioni.

Una questione cruciale per lo stato di salute dell'immigrato è rappresentata dal grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari, la prima dipende prevalentemente dalla normativa, la seconda dalla capacità culturale dei servizi di adeguare le risposte ad utenti differenti.

Gli immigrati hanno più difficoltà ad accedere ai servizi socio-sanitari a causa delle barriere burocratiche e culturali e a districarsi nel complesso labirinto dei servizi.

Inoltre, da parte degli immigrati e stranieri, soprattutto per la fascia sempre rinnovata degli irregolari, spesso non c'è né conoscenza dei propri diritti, né capacità di farli valere.

E' fondamentale, pertanto: attuare una semplificazione dell'accesso ai servizi, realizzare percorsi di presa in carico del paziente svantaggiato nel rispetto di una vera equità ed interventi mirati di offerta attiva, implementare processi che promuovono la partecipazione degli individui e della comunità in modo che essi diventino partner pro-attivi nel processo di cura (9, 10,11).

Tutto questo per rendere efficaci i servizi e contrastare le diseguaglianze nell'accesso alle cure e le conseguenti ricadute negative sulla salute degli immigrati e dell'intera collettività.

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)

Immigrati ed assistenza sanitaria: la normativa vigente

Attualmente l'erogazione di prestazioni sanitarie per gli stranieri in Italia è disciplinata dalla L. n. 40/982 confluita nel D.Lgs.n. 286/983 cui ha fatto seguito il DPR n. 394/994.

Successive chiarificazioni sono state date nella Circolare n. 5 del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000. La successiva L. n. 189/20025, non apporta modifiche alla precedente per quanto riguarda l'assistenza sanitaria.

La legge 40/98 concerne gli stranieri regolarmente soggiornanti, per i quali prevede l'iscrizione obbligatoria al SSN, definisce le modalità per l'iscrizione volontaria e la stipula di polizze assicurative, e gli stranieri comunque presenti nel territorio nazionale anche se non iscrivibili. Per questi ultimi l'assistenza sanitaria è regolata dall'art. 33 della suddetta L. 40/98 (e art. 35 del Testo Unico).

Questo articolo stabilisce che ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, **Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)** *“sono comunque assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali⁶, ancorché continuative, per malattia ed infortunio. Tali prestazioni sono erogate nei servizi pubblici ed accreditati. Sono inoltre estesi agli stranieri irregolari e non iscritti al S.S.N. i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva”*.

Infine, viene precisato che, nell'ambito delle prestazioni assicurate agli stranieri irregolari, devono essere in particolare garantiti: a) tutela sociale della gravidanza e maternità, b) tutela della salute del minore, c) vaccinazioni, d) interventi di profilassi internazionale, e) profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive.

Vale la pena precisare che non necessariamente lo straniero non iscritto al SSN è una persona non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, può trattarsi di una persona che si trova per brevi periodi in Italia ma sprovvista di iscrizione volontaria e di assicurazione privata; inoltre bisogna considerare che non tutti sono informati sul diritto di poter scegliere il medico di medicina generale.

E importante invece riflettere sul doppio piano sul quale si colloca l'assistenza sanitaria agli immigrati in condizione giuridica non regolare; essa infatti da una parte manifesta il diritto inalienabile dell'individuo alla salute sancito anche dall'articolo 32 della Costituzione italiana, e

2 Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero

3 Testo unico (TU) delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero

4 Regolamento recante le 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 D.lgs n. 286/98

5 Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo

⁶ Prestazioni essenziali: “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)” (Circ. Min. San. n. 5, 24 marzo 2000)

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)

dell'altra l'interesse della collettività che deve, per sua tutela accertare lo stato di salute dei suoi componenti.

Per quanto riguarda le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria di base, il DPR n. 394/99, delega alle regioni italiane l'organizzazione dei servizi sanitari, ovvero la definizione di chi e dove fornire l'assistenza sanitaria⁷:

“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”.

⁷ 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”, art. 43, comma 8

Obiettivo dell'indagine

La legge nazionale rappresenta una indicazione di principio che compete alle regioni trasformare in normativa regionale e in politiche locali in grado di garantire i diritti sanciti dalla legislazione nazionale. La regione infatti, come stabilito dalla legge costituzionale, è l'ente di programmazione cui spetta la competenza legislativa in termini di tutela della salute⁸.

La delega alle regioni italiane e la relativa competenza legislativa hanno prodotto sul territorio italiano differenti modalità di attuazione della legge nazionale relativa all'assistenza sanitaria agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) ed una varietà di soluzioni proposte.

Questa indagine intende individuare, a 10 anni dall'emanazione del DPR n. 394/99, quali sono state le risposte dei sistemi sanitari regionali atti a renderlo operativo e si prefigge di:

- conoscere il grado di adesione delle regioni italiane alla normativa nazionale
- conoscere le tipologie dei servizi presenti nel territorio
- condividere le informazioni tra le regioni allo scopo di diffondere le soluzioni organizzative più funzionali.

⁸Legge costituzionale n. 3, 18 ottobre 2001: Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione"pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 248 del 24 ottobre 2001 "la tutela della salute rientra tra le materie di legislazione concorrente. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Metodologia

La presente indagine è stata avviata in seguito all'accordo che il Ministero della Salute – CCM ha stipulato con la regione Marche per la realizzazione del progetto “Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia”. In particolare essa costituisce la prima tappa per il raggiungimento dell'obiettivo specifico che prevede “l'individuazione e l'implementazione, nell'ambito dei servizi territoriali, di modelli organizzativi sanitari regionali adeguati a garantire, in modo omogeneo nel territorio nazionale, l'equità nell'accesso alla medicina di base e alle cure primarie, particolarmente per i migranti irregolari”.

L'indagine ha inteso conoscere se le regioni hanno applicato il DPR n. 394/99, se cioè hanno indicato soluzioni per fornire l'assistenza di base agli immigrati STP e in generale, conoscere quali modelli assistenziali sono stati realizzati.

L'azione di ricerca ha previsto 3 momenti:

1. Sono stati contattati gli Assessorati alla Salute delle Regioni e Province Autonome per sapere se erano presenti figure di riferimento per l'assistenza sanitaria agli immigrati nei vari aspetti, per poi costituire una rete di referenti.
2. Questa prima azione ha consentito di rilevare che nella maggior parte dei casi non esistono referenti formalizzati che si occupano in modo complessivo delle tipicità connesse all'assistenza sanitaria della popolazione immigrata; spesso infatti questa funzione è svolta, per i singoli aspetti, da differenti persone.
3. E' stata realizzata una indagine telefonica preliminare per:
 - raccogliere informazione di base sulla normativa regionale in tema di assistenza sanitaria alla popolazione con iscrizione STP e sulle tipologie di servizi attivati nelle regioni,
 - verificare la disponibilità alla realizzazione dell'indagine e alla compilazione di una scheda raccolta dati,
 - costituire una rete di referenti.
4. E' stata appositamente predisposta una scheda di raccolta dati (Allegato 1), somministrata per via telematica ai referenti regionali.
5. Si è scelto di utilizzare uno strumento di rilevazione molto semplice, in grado di raccogliere informazioni da tutte le regioni, sulla base del quale procedere eventualmente ad ulteriori approfondimenti, piuttosto che condurre un'analisi più dettagliata che inevitabilmente sarebbe stata incompleta. Infatti dall'indagine telefonica era emerso un comportamento piuttosto disomogeneo tra le regioni ed una scarsa circolazione delle informazioni tra gli

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)

Assessorati e le Aziende Sanitarie, per cui talvolta a livello regionale non si ha conoscenza sui servizi attivati a livello territoriale, specialmente in quelle regioni che non si sono dotate di una propria normativa in materia.

Le schede di raccolta dati sono state inviate alle 19 regioni italiane e alle due Province Autonome. La raccolta dati è stata possibile grazie alla collaborazione dei referenti regionali (Allegato 2); essa ha avuto inizio a novembre 2007 e si è conclusa a marzo 2008.

L'indagine non ha la pretesa di essere esaustiva nel rappresentare le vari realtà regionali; intende fornire, per grandi linee, un aggiornamento della situazione e deve essere considerata work in progress.

Si desidera sottolineare che l'indagine è stata mirata alla descrizione delle risposte che i Sistemi Sanitari Regionali hanno organizzato piuttosto che al censimento di "buone pratiche" che, per quanto eccellenti possano essere in taluni contesti, trovano spesso la loro anima nell'ambito di progetti specifici, spesso a termine per lo scarso sostegno economico e/o nella spinta di professionisti particolarmente preparati e motivati. L'indagine è stata condotta intervistando interlocutori degli Assessorati alla Salute e non attraverso il censimento delle normative.

Si ritiene particolarmente importante conoscere quali sono le politiche dei Sistemi Sanitari Regionali che a fronte del carattere strutturale dell'immigrazione non possono più esimersi dal considerare le problematiche poste da questa nuova utenza in termini di salute e di utilizzo dei servizi.

Risultati

Quali sono state le modalità di adesione delle regioni italiane al DPR n. 394/99 ?

In Italia, la normativa vigente prevede che siano le regioni ad organizzare l'assistenza sanitaria di base per gli immigrati senza permesso di soggiorno - STP - .

“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 ne impegnativa” (DPR n. 394/99, art 43, comma 8, Circ.Min.Salute n. 5, 24 marzo 2000).

Allo scopo di comprendere come le regioni italiane hanno aderito a quanto previsto dalla normativa, si è cercato di sapere innanzitutto se esse hanno emanato direttive specifiche (circolari, decreti, delibere) che indichino alle Aziende Sanitarie (AS) uno o più modelli organizzativi. Non sono stati presi in considerazione i Piani Sanitari o Socio Sanitari in quanto essi sono dichiarazioni di intenti, ma non immediatamente esecutivi.

Tab.1. Adesione delle regioni al DPR n. 394/99 (Italia, marzo 2008).

Regioni	n.
Hanno emanato direttive	12
Hanno demandato alle AS	9
Totale	21

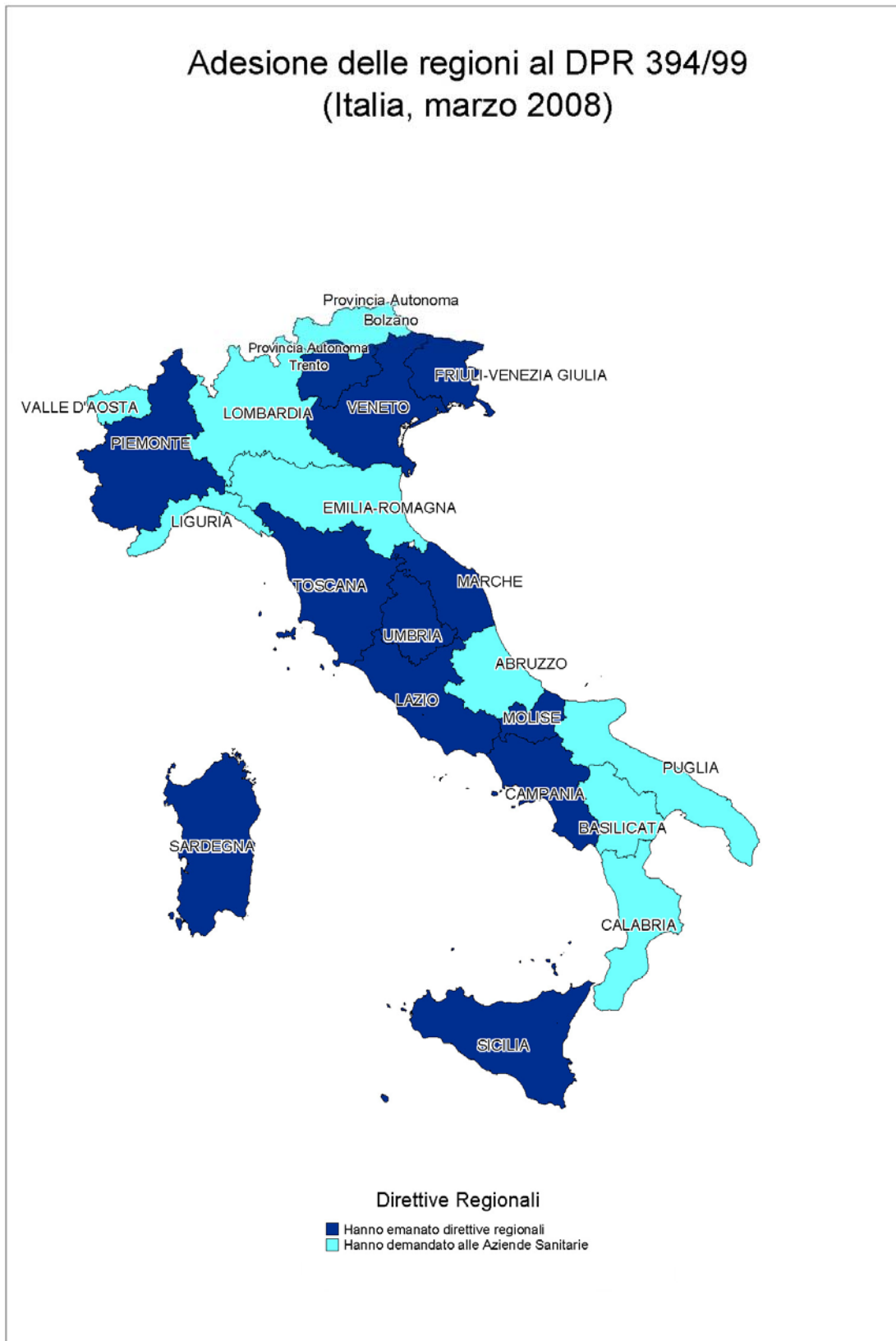
Fonte: Scheda "Immigrati e servizi sanitari regionali", periodo ott.07-mar.08
Elaborazione: Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze ARS Marche

Dall'indagine è emerso che delle 21 regioni e P.A. italiane 12 hanno emanato direttive alle Aziende Sanitarie (tab.1, fig. 1). Queste regioni hanno dato indicazioni alle AS attraverso Circolari o Delibere, contenenti differenti livelli di dettaglio, su come organizzare servizi per garantire le "cure essenziali e continuative" alla popolazione immigrata non iscrivibile al SSN.

9 regioni hanno lasciato che le singole AS si organizzassero autonomamente.

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)

Fig. 1. Adesione delle regioni al DPR 394/99 (marzo 2008)



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)

Come si vede nella figura 1, le 12 Regioni che hanno emanato direttive sono:

- Piemonte
- Provincia autonoma di Trento
- Veneto
- Friuli Venezia Giulia
- Toscana
- Marche
- Lazio
- Umbria
- Molise
- Campania
- Sicilia
- Sardegna

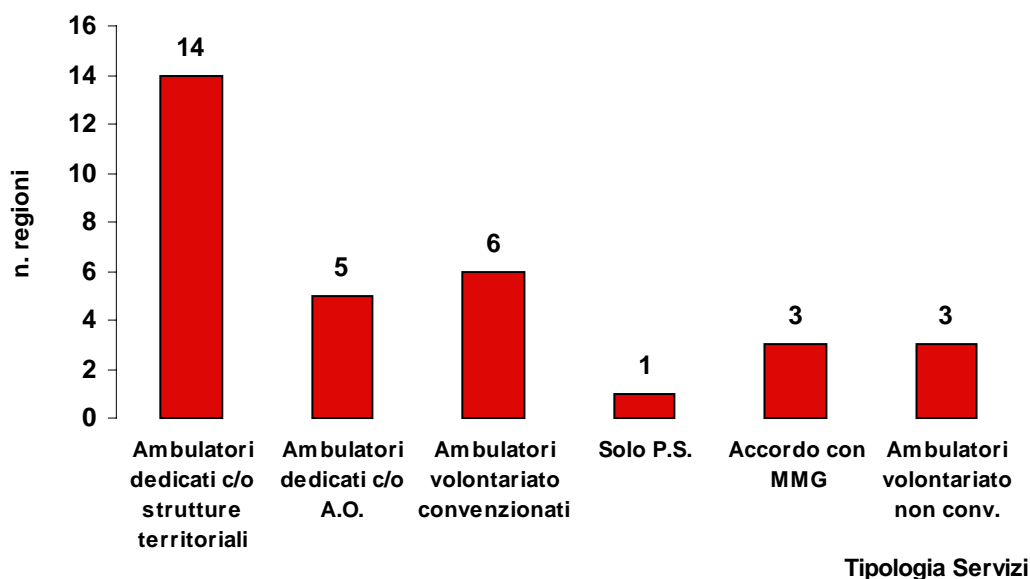
In appendice è riportato l'elenco delle normative regionali di riferimento (Allegato 3).

Le direttive regionali si sono orientate prevalentemente (8 su 12) verso l'attivazione di ambulatori di medicina generale dedicati ai pazienti STP presso i servizi territoriali. La P.A. di Trento, la Regione Toscana e la Regione Umbria, hanno previsto un accordo con i MMG. con cui si determina l'assistenza medica a favore di stranieri STP. Nella Regione Friuli Venezia Giulia la DGR n. 2402/2006 che conteneva indicazioni per l'istituzione degli ambulatori STP sarebbe stata abrogata nell'agosto 2008 (comunicazione personale).

Attraverso quali servizi è garantita l'assistenza sanitaria agli STP?

Dal momento che, nel territorio esiste una domanda di assistenza sanitaria da parte della popolazione immigrata senza permesso di soggiorno, si è cercato di conoscere come essa viene fornita indipendentemente dal fatto che la regione avesse dato o meno indicazioni alle AS. Va comunque ricordato che in tutte le regioni, una persona immigrata senza permesso di soggiorno che si presenta al Pronto Soccorso ospedaliero per un problema, riceve assistenza, secondo quanto stabilito dalla Costituzione italiana (art. 32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti") e non può essere segnalata agli organi di polizia.

Fig. 2. Tipologie di servizi che nelle regioni erogano assistenza sanitaria di base agli immigrati STP (Italia, marzo 2008).



Fonte: Scheda "Immigrati e servizi sanitari regionali", periodo ott.07-mar.08
Elaborazione: Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze ARS Marche

La figura riporta le tipologie di servizi esistenti per l'assistenza sanitaria di base agli immigrati STP ed il numero di regioni in cui essi sono presenti. In ciascuna regione possono essere presenti più tipologie di servizi.

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)

Definizioni

Ambulatori dedicati c/o strutture territoriali o A.O.: si intendono ambulatori ad accesso facilitato, senza prenotazione che forniscono assistenza medica di base gratuita alla popolazione immigrata. Il personale medico ed infermieristico è dipendente del SSR a cui compete anche la gestione e l'organizzazione del servizio.

Ambulatori di volontariato convenzionati: sono ambulatori che forniscono assistenza medica di base gratuita. Sono gestiti da associazioni no profit che stipulano con la struttura pubblica una convenzione o un protocollo di intesa in cui vengono definiti i tempi e le modalità di erogazione del servizio.

Accordo con i MMG: prevede che questi erogino assistenza sanitaria di base a immigrati STP stabilendo con il SSR le modalità per la rendicontazione.

Ambulatori di volontariato non convenzionati: sono ambulatori gestiti autonomamente da associazioni no profit.

La tipologia di offerta assistenziale più frequente, risulta essere quella degli ambulatori dedicati per STP istituiti presso le strutture territoriali in 14 regioni su 219, seguita dagli ambulatori di volontariato in convenzione con le AS del SSR in 6 regioni 10, dagli ambulatori dedicati presso Aziende Ospedaliere in 5 regioni 11, dai MMG in 3 regioni 12 e dagli ambulatori di volontariato non convenzionato con la struttura pubblica in 3 regioni 13, dal solo Pronto Soccorso in una regione 14.

In Liguria, oltre agli ambulatori di volontariato non convenzionato sono presenti ambulatori dedicati presso ospedali e strutture territoriali, in Lombardia e in Puglia il volontariato non convenzionato è la sola alternativa al Pronto Soccorso.

Va comunque considerato che l'offerta "volontaria" non sempre è nota a livello regionale e molto verosimilmente il dato è sottostimato.

9 Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna.

10 Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lazio, Campania, Calabria, Sardegna.

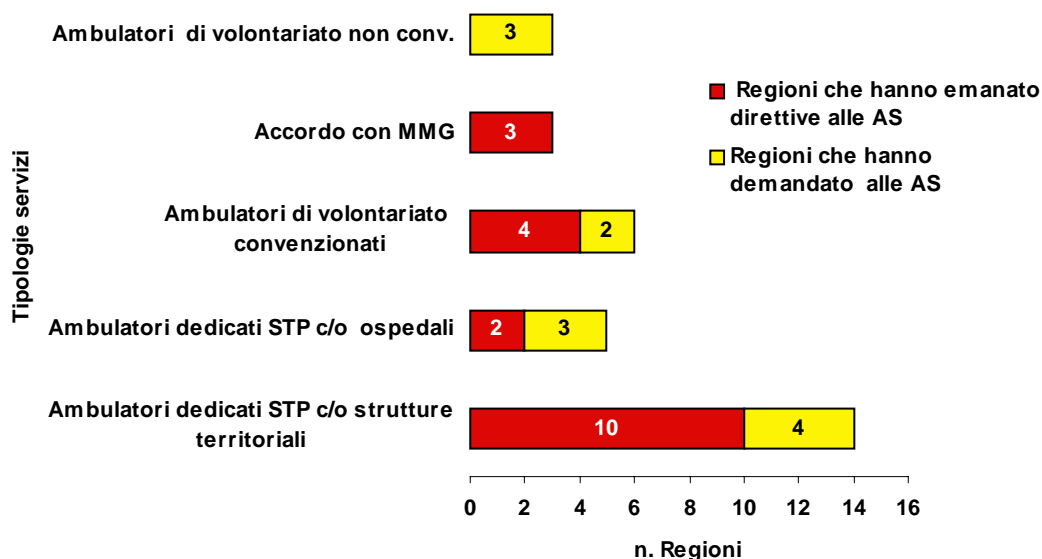
11 P.A. Bolzano, Veneto, Liguria, Lazio, Abruzzo.

12 Toscana, Umbria e P.A. di Trento.

13 Lombardia, Liguria e Puglia

14 Basilicata

Fig. 3. Tipologie di servizi che erogano assistenza sanitaria di base agli immigrati STP nelle regioni che hanno emanato direttive e in quelle che hanno demandato alle Aziende Sanitarie l'applicazione del DPR n. 394/99 (Italia, marzo 2008).



Fonte: Scheda "Immigrati e servizi sanitari regionali", periodo ott.07-mar.08
 Elaborazione: Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze ARS Marche
 AS: Aziende Sanitarie

La figura illustra le tipologie di servizi per l'assistenza sanitaria di base presenti nelle regioni che in attuazione del DPR n. 394/99 hanno emesso direttive per l'organizzazione dei servizi e in quelle che hanno demandato alle AS la realizzazione degli stessi.

Si può osservare che le indicazioni regionali sono risultate fondamentali per stimolare le aziende locali all'organizzazione dei servizi sanitari per gli immigrati STP.

Delle 14 regioni in cui sono presenti ambulatori per STP presso strutture territoriali, 10 hanno dato direttive in tal senso.

Delle 5 regioni in cui sono presenti ambulatori presso strutture ospedaliere 3 hanno demandato alle AS, e 2 hanno emanato direttive.

Delle 6 regioni in cui sono presenti ambulatori di volontariato in convenzione, 4 hanno emanato direttive.

Le 3 regioni in cui l'assistenza sanitaria agli STP viene garantita attraverso un accordo con i MMG hanno deliberato in tal senso.

Le 3 regioni in cui sono presenti ambulatori di volontariato non in convenzione con la struttura pubblica si trovano in regioni che hanno demandato alle AS l'applicazione del DPR n. 394/99.

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)

Quale impegno dei SSR per l'assistenza sanitaria di base agli immigrati STP?

Fig. 4. Impegno dei SSR nell'assistenza sanitaria di base agli immigrati STP (marzo 2008)



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)

Definizioni

Assistenza Sanitaria pubblica: si intendono servizi organizzati e finanziati da Aziende Sanitarie del SSR

Assistenza Sanitaria in convenzione con privato: si intendono servizi organizzati in collaborazione con associazioni no profit e finanziati parzialmente o completamente da Aziende Sanitarie del SSR

Assistenza Sanitaria Privata: si intendono servizi organizzati, gestiti e finanziati da associazioni no profit.

Relativamente alle modalità di assistenza sanitaria di base nelle 12 regioni che hanno emanato direttive per l'attuazione del DPR n. 394/99 si evidenzia l'impegno del SSR che eroga assistenza sanitaria direttamente (8 su 12)¹⁵ e anche mediante forme di convenzione con associazioni di volontariato (4 su 12)¹⁶.

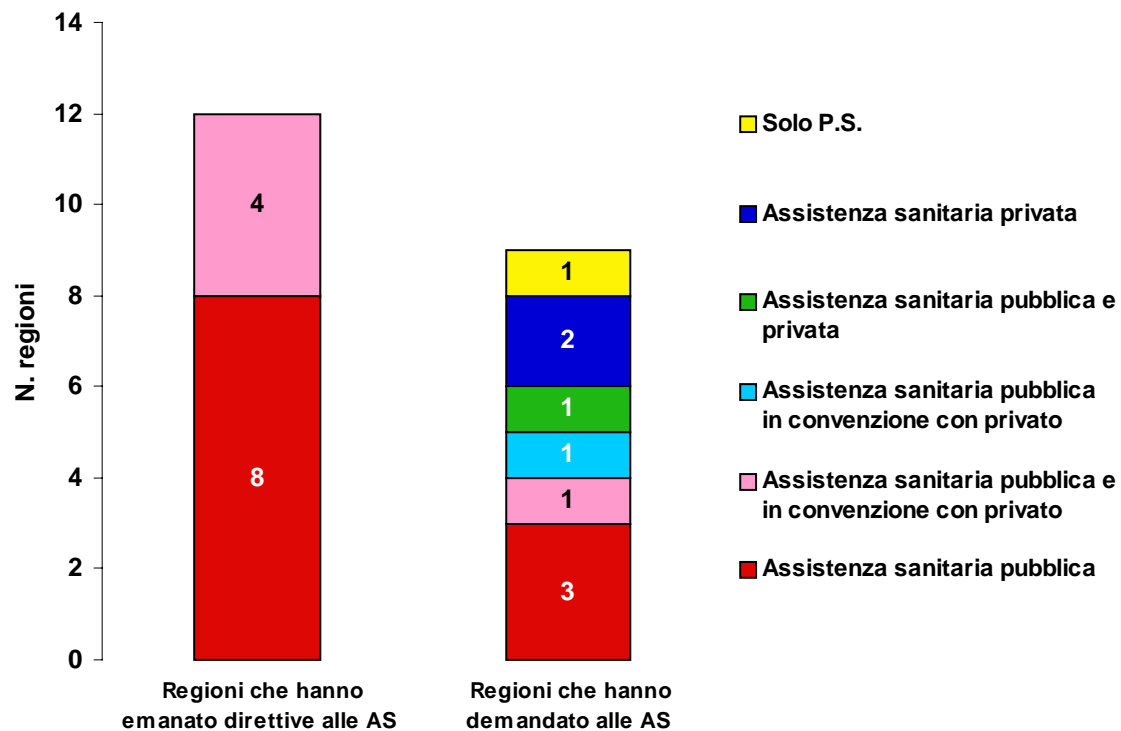
La presenza del SSR è proporzionalmente inferiore nelle regioni che non hanno emesso direttive regionali (3 su 9)¹⁷. In queste regioni, inoltre, sembra esserci una maggiore variabilità nell'organizzazione dei servizi pubblici e del volontariato no profit: in 2, Lombardia e Puglia, sono presenti solo ambulatori di volontariato; in 1, la Calabria, sono presenti ambulatori di volontariato convenzionati; in 1, la Liguria, ambulatori di volontariato e ambulatori presso strutture pubbliche; in 1, l'Emilia Romagna sono presenti ambulatori pubblici e convenzionati; in 1 regione, la Basilicata, l'unico accesso all'assistenza sanitaria è attraverso il Pronto Soccorso. (Fig. 4 e Fig. 5)

¹⁵ Piemonte, P.A. Trento, Veneto, Toscana, Umbria, Marche, Molise, Sicilia

¹⁶ Campania, F.V. Giulia, Lazio, Sardegna

¹⁷ Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, Abruzzo

Fig. 5. Modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria di base agli immigrati STP nelle regioni che hanno emanato direttive e in quelle che hanno demandato alle Aziende Sanitarie l'applicazione del DPR n. 394/99 (Italia, marzo 2008)



Fonte: Scheda "Immigrati e servizi sanitari regionali", periodo ott.07-mar.08
 Elaborazione: Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze ARS Marche
 AS: Aziende Sanitarie

L'assistenza sanitaria pediatrica di base agli STP

Per quanto riguarda l'assistenza pediatrica la normativa precisa che nell'ambito delle prestazioni assicurate agli stranieri irregolari devono essere in particolare garantiti: a) la tutela sociale della gravidanza e maternità, b) la tutela della salute del minore, in esecuzione alla Convenzione di New York/89, L. n. 176/91, c) le vaccinazioni, d) gli interventi di profilassi internazionale, e) la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive.

Si è cercato di capire per grandi linee se le direttive che hanno emanato le regioni per la realizzazione di servizi per l'assistenza di base agli STP contenessero specifiche relative all'assistenza ai bambini STP e che tipo di servizi di pediatria di base sono presenti nelle regioni. Questa prima ricognizione mostra un quadro meno definito, rispetto alle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria per gli adulti.

Innanzitutto va segnalato che delle regioni che hanno dato indicazioni alle aziende sanitarie sull'assistenza agli STP, solamente 4 su 18 hanno fatto menzione specifica all'assistenza pediatrica. In particolare dalle schede trasmesse dalle Regioni Friuli Venezia Giulia, Umbria, Toscana, e dalla P.A. di Trento risulta che i bambini STP possono accedere all'assistenza pediatrica fornita dai PLS previa iscrizione STP (accordi integrativi con i PLS).

In generale sembra che nella maggior parte delle regioni i bambini, attraverso l'iscrizione STP, hanno accesso agli ambulatori STP (pubblici, convenzionati, privati) presso cui è presente personale medico che svolge le funzioni di medico di medicina generale per gli adulti. In alcuni servizi possono essere disponibili, in varie forme, anche pediatri.

In alcune realtà i bambini STP vengono indirizzati ai consultori familiari o ai pediatri di comunità, ove presenti.

In sostanza sarebbero solamente 4 su 21 le Regioni che si sono "preoccupate" di dare indicazioni su questo tema e, in generale l'accesso alla pediatria di base sembra essere piuttosto scarso.

A riguardo dell'assistenza sanitaria ai bambini va ricordato che la legge 40/98 recepisce le indicazioni della Convenzione sui diritti del fanciullo (New York 1989) ratificata dall'Italia nel 1991 (L. 27 n. 176/91) che all'art. 24 recita:

1. gli Stati parti riconoscono il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Essi si sforzano di garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi.

18 Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento, Toscana, Umbria.

2. gli Stati parti si sforzano di garantire l'attuazione integrale del summenzionato diritto e in particolare, adottano ogni adeguato provvedimento per:

- a) diminuire la mortalità tra i bambini lattanti e i fanciulli;
- b) assicurare a tutti i minori l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie.

La tutela della salute del minore deve quindi essere considerata una priorità assoluta al di là dei vincoli eventualmente esistenti nella tutela della salute degli stranieri adulti non in regola con le norme sul soggiorno.

Quale rapporto di lavoro per il personale impiegato nell'assistenza sanitaria pubblica per gli STP?

Si è cercato di capire quale sia il rapporto di lavoro dei medici impiegati negli ambulatori STP sostenuti direttamente o, indirettamente tramite convenzioni, dal SSR.

Anche se grossolanamente rilevata questa informazione è importante in quanto l'utilizzo negli ambulatori STP di personale dipendente del SSR in orario di lavoro può essere considerato un indicatore di strutturazione e stabilizzazione del servizio.

Tab. 2. Personale impiegato negli ambulatori STP pubblici (Italia, marzo 2008)

Rapporto di lavoro	n. regioni
Dipendente del SSR in orario di lavoro	12
Personale di associazioni convenzionate	4
Dipendente del SSR non remunerato	3
Dipendente del SSR in orario extra (remunerato)	2

Fonte: Scheda "Immigrati e servizi sanitari regionali", periodo ott.07-mar.08
Elaborazione: Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze ARS Marche

Definizioni

Dipendente del SSR in orario di lavoro: personale del SSR che presta la propria opera durante l'orario lavorativo con remunerazione legata al contratto di lavoro.

Dipendente del SSR non remunerato: si intende personale del SSR che presta la propria opera volontaria al di fuori del proprio orario di lavoro.

Dipendente del SSR in orario extra (remunerato): è personale del SSR che presta la propria opera al di fuori del proprio orario di lavoro ma che viene retribuito.

Personale di associazioni convenzionate: è il personale medico della associazione no profit con cui la struttura pubblica ha stipulato una convenzione/protocollo d'intesa.

Come evidenziato nella tabella, in 12 regioni è presente personale del SSR in orario di lavoro¹⁹, in 4 regioni è presente personale di associazioni convenzionate con il SSR²⁰, in 3 regioni viene utilizzato personale del SSR a carattere volontario²¹ e in 2 regioni 22 personale dipendente del SSR in orario extra (remunerato).

¹⁹ Piemonte, Valle d' Aosta, P.A. di Bolzano, Veneto, Liguria, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sardegna

²⁰ Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Calabria, Emilia Romagna

²¹ Friuli Venezia Giulia, Lazio, Puglia

Dove viene effettuata l'iscrizione STP?

Gli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno possono fruire delle cure essenziali attraverso l'iscrizione STP. Con tale iscrizione, valida su tutto il territorio nazionale per 6 mesi e rinnovabili, essi possono ottenere prescrizioni di esami clinico-laboratoristici, di visite specialistiche e farmaceutiche su ricettario regionale.

Il codice STP è un codice a 16 caratteri: tre per la sigla STP, sei per l'identificazione della regione e della struttura erogante la prestazione, sette per il numero progressivo attribuito alla persona.

Tab.3. Sedi di rilascio dell'iscrizione STP nelle regioni italiane (marzo 2008)

Sedi	n. regioni
Anagrafe Sanitaria.	16
Ambulatorio	11
Ospedale	5
Altro	4

Fonte: Scheda "Immigrati e servizi sanitari regionali", periodo ott.07-mar.08
Elaborazione: Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze ARS Marche
missing: Emilia Romagna

La sede prevalente presso cui viene rilasciata l'iscrizione STP risulta essere l'Anagrafe Sanitaria (16 regioni), al pari di quanto accade per l'iscrizione al SSN dei cittadini italiani.

Gli ambulatori STP rilasciano l'iscrizione in 11 regioni e gli ospedali in 5.

In 4 regioni l'iscrizione può essere rilasciata anche presso altre strutture: consultori, DSM, SERT, SISP.

In 10 regioni²³ l'iscrizione STP può essere fatta in più sedi.

Occorre notare che se da un lato il rilascio dell'iscrizione STP presso gli stessi ambulatori STP rappresenta una facilitazione per l'utente immigrato che si reca all'ambulatorio, tuttavia vi può essere il rischio che l'iscrizione non venga regolarmente trasmessa all'anagrafe sanitaria con conseguente difficoltà di monitoraggio delle iscrizioni.

22 Liguria e Molise

23 P.A. di Bolzano, P.A. di Trento, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, Liguria, Toscana, Marche, Lazio, Sardegna.

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)

Quale promozione dell'offerta e della salute?

I gruppi vulnerabili e per questo più marginali, hanno più difficoltà di accesso alle cure, per cui si raccomanda da più parti di realizzare interventi specifici di promozione della salute e di promozione attiva dell'offerta dei servizi per contrastare i fattori di rischio.

E' importante che gli immigrati, che hanno meno conoscenza dei servizi e più difficoltà ad accedere alle cure, vengano informati sul funzionamento dei servizi sanitari e che gli operatori sanitari siano culturalmente preparati ad accoglierla ed informati sugli aspetti amministrativi al fine di ridurre gli svantaggi nella salute.

A margine dell'indagine, si è voluto avere una prima informazione di massima sulle attività svolte in questo senso dalle regioni, a prescindere dalle numerose iniziative locali realizzate dalle singole AS.

Fig. 8. Attività di educazione sanitaria/informazione alla popolazione immigrata (Italia, marzo 2008).

Attività	n. regioni
Educazione sanitaria	10
Informazione sui servizi	9

Fonte: Scheda "Immigrati e servizi sanitari regionali", periodo ott.07-mar.08
Elaborazione: Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze ARS Marche
missing: Emilia Romagna

Le regioni che hanno promosso attività di educazione sanitaria e/o di informazione rivolta alla popolazione immigrata sono 11.

L'informazione sui servizi e sul loro funzionamento è stata realizzata prevalentemente mediante materiale informativo ad hoc e spesso le regioni che hanno realizzato interventi di educazione sanitaria e di promozione della salute hanno anche realizzato attività di informazione sui servizi.

Definizioni

Educazione sanitaria: attività specifiche rivolte agli immigrati quali ad esempio promozione dell'allattamento al seno, interventi per la prevenzione oncologica tra le donne immigrate, educazione sanitaria per stranieri gestori di servizi di ristorazione, ecc.

Informazione sui servizi: azioni mirate ad informare la popolazione immigrata sulle modalità di accesso ai servizi sanitari.

Alcune regioni (6)²⁴ hanno segnalato di aver realizzato iniziative a valenza regionale di formazione agli operatori sanitari sui problemi di salute e di accesso ai servizi della popolazione immigrata, tuttavia tale informazione non essendo oggetto dell'indagine, non rappresenta il quadro generale relativamente alle attività di formazione a valenza regionale realizzate.

Le regioni che hanno emesso direttive in applicazione al DPR n. 349/99 risulterebbero più attive nel promuovere, in generale, attività di promozione della salute (8 su 12 regioni che hanno deliberato vs 3 su 8 che non hanno deliberato).

²⁴ Marche, Lazio, Molise, Campania, Basilicata, Sicilia

Sintesi

L'indagine relativa all'assistenza sanitaria per gli immigrati presenti in Italia non in regola con il permesso di soggiorno è stata realizzata valutando le modalità di attuazione da parte delle Regioni della normativa (DPR n. 394/99) che dava mandato alle stesse di organizzare i servizi per la medicina di base. Infatti, in Italia per gli immigrati STP che hanno diritto alle cure essenziali e continuative non è prevista l'assistenza da parte del medico di medicina generale.

L'indagine è risultata laboriosa per la difficoltà di individuare referenti "ufficiali" a livello degli Assessorati alla Salute delle regioni che si occupano in modo complessivo delle problematiche connesse all'assistenza sanitaria della popolazione immigrata. Spesso questa funzione è svolta, per singole questioni, da differenti persone che quindi conoscono aspetti parziali (es. specialistica, esenzione ticket, singole normative, ecc) e non sempre si configurano come interlocutori informati sulle circolari regionali emesse negli anni dalla stessa regione, sui servizi territoriali esistenti e la loro organizzazione.

Si è potuto notare, inoltre, che i passaggi delle informazioni tra i decisori e i gestori (Aziende Sanitarie) risultano spesso lacunosi e frammentari. Così la scheda proposta, in molti casi, ha posto dei problemi ai referenti regionali in quanto non disponevano di sufficienti informazioni per compilarla.

Ciò può essere considerata una conseguenza della scarsa consuetudine da parte delle Regioni nel monitorare in senso generale l'adeguatezza dei servizi nel rispondere alla domanda di salute, essendo preponderanti le valutazioni economiche.

Infine le attività di formazione/informazione/prevenzione quando promosse dalle singole aziende non sempre sono conosciute a livello degli assessorati ed anche l'offerta "volontaria" di ambulatori STP non sempre è nota a livello regionale ed uno dei punti critici è che in questo modo sfugge la possibilità di avere una misura della domanda di salute da cui trarre elementi per elaborare strategie adeguate per l'offerta dei servizi.

Nonostante queste difficoltà si è nei fatti costituita una rete di referenti regionali che hanno iniziato a scambiarsi esperienze, disposizioni normative ed a confrontarsi su alcuni aspetti pratici inerenti l'assistenza sanitaria agli immigrati. Inoltre, poiché è stata condivisa la necessità di procedere ad un approfondimento dell'indagine, si è ottenuta dalla maggior parte degli interlocutori regionali la disponibilità a collaborare.

In tal senso è stata infatti predisposta una breve scheda per conoscere il grado di copertura territoriale dei servizi presenti nei vari territori regionali. La raccolta dei dati è in corso.

Da segnalare che in molte regioni l'indagine ed il suo approfondimento hanno rappresentato una opportunità per conoscere la propria realtà regionale.

Dall'indagine è emerso che l'applicazione delle disposizioni legislative nazionali relative all'assistenza sanitaria della popolazione immigrata in condizione di irregolarità amministrativa con il permesso di soggiorno, nelle Regioni e Province Autonome ha avuto esiti differenti.

Infatti rispetto a quanto previsto dalla normativa nazionale²⁵ sono 12 su 21 le regioni che hanno attuato il DPR n. 394/99 emanando direttive specifiche alle Aziende Sanitarie per fornire l'assistenza sanitaria agli STP, mentre le rimanenti 9 regioni hanno lasciato che le Aziende Sanitarie recepissero individualmente la normativa nazionale.

Tra le regioni che hanno emanato direttive 8 hanno indicato l'istituzione di servizi ambulatoriali. Si tratta di 2 regioni del Nord Italia, (Piemonte, Veneto), 2 regioni del Centro (Marche, Lazio), 4 regioni del Sud/Isole (Molise, Campania, Sicilia, Sardegna). 3 regioni hanno dato indicazioni affinché gli immigrati STP possano essere assistiti dai MMG (P.A.Trento, Toscana, Umbria). 1 regione, il Friuli Venezia Giulia ha emanato direttive sull'assistenza pediatrica.

Attraverso l'indagine sono state rilevate le tipologie di servizi per l'assistenza sanitaria agli STP che sono presenti nei territori regionali a prescindere dalle indicazioni regionali.

Quello che si rileva è la notevole diversità della tipologia di servizi tra le regioni e anche all'interno della stessa regione.

Ciò non solo perché la competenza legislativa delle regioni ha prodotto differenti modalità di adeguamento alla legge nazionale, ma anche perché 9 regioni su 12 hanno disatteso le indicazioni nazionali.

In sintesi emerge che sono presenti:

- **ambulatori dedicati per STP presso le strutture territoriali** in 14 regioni su 20, (Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna),
- **ambulatori di volontariato in convenzione con le AS del SSR** in 6 regioni, (Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lazio, Campania, Calabria, Sardegna),
- **ambulatori dedicati per STP presso Aziende Ospedaliere** in 5 regioni, (P.A. Bolzano, Veneto, Liguria, Lazio, Abruzzo.),
- **assistenza fornita dai MMG** in 3 regioni (Toscana, Umbria e P.A. di Trento),
- **ambulatori di volontariato non convenzionati con il SSR** in 3 regioni (Lombardia, Puglia e Liguria),

²⁵ "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"

- **assistenza sanitaria solo attraverso il Pronto Soccorso** in 1 regione (Basilicata).

La tipologia di offerta assistenziale più frequente risulta essere quella degli ambulatori dedicati agli STP istituiti presso le strutture territoriali o ospedaliere.

Da segnalare che ci sono comunque regioni o territori regionali dove l'unica possibilità di accesso alle cure è rappresentata dal P.S.

Per quanto riguarda l'assistenza da parte dei MMG che sarebbe interessante conoscere più approfonditamente, sebbene apprezzabile sotto il profilo del diritto, suscita alcuni interrogativi relativamente all'accesso facilitato che dovrebbe essere una delle strategie di offerta sanitaria per gli immigrati STP e alla possibilità di monitorare le specificità di salute di una fascia della popolazione che sperimenta condizioni di vita e quindi rischi di salute diversi da quelli di una popolazione stabile e a forte integrazione sociale come quella autoctona.

Per quanto riguarda l'offerta "volontaria" sia convenzionata che non, questa non sempre è nota a livello regionale e molto verosimilmente i dati rilevati sottostimano il fenomeno.

Un ruolo significativo è giocato dalle associazioni di volontariato, che in alcune Aziende Sanitarie, specialmente se in assenza di indicazioni regionali, rappresentano l'unica alternativa al P.S. (Lombardia e Puglia). In altre il volontariato ha trovato forme sinergiche di collaborazione con il SSR.

Riguardo alla situazione dell'assistenza pediatrica agli STP, essa risulta alquanto mal definita e, comunque sostanzialmente carente.

Infatti sono solamente 4 le regioni che hanno individuato, dandone indicazioni alle AS, le modalità di accesso all'assistenza pediatrica. Friuli Venezia Giulia, P.A. di Trento, Toscana e Umbria prevedono che siano i PLS a garantire l'assistenza pediatrica ai bambini attraverso l'iscrizione STP. Nessuna regione sembra aver preso in considerazione l'iscrizione dei bambini figli di immigrati clandestini al SSN.

L'indagine ha permesso di documentare la rilevanza che le direttive regionali hanno in termini di ricadute sulla realizzazione dei servizi per gli STP da parte delle AS.

Infatti, sebbene le Aziende Sanitarie, in assenza di direttive regionali, abbiano talora provveduto a realizzare servizi sanitari specifici, va sottolineato che le indicazioni regionali sono risultate fondamentali per stimolare le aziende locali alla realizzazione di servizi, all'implementazione di modelli omogenei e alla cooptazione delle associazioni di volontariato, che in tali realtà hanno trovato forme strutturate di collaborazione con il Servizio Sanitario Regionale.

Nelle regioni che hanno emanato direttive c'è una offerta assistenziale prevalentemente a carico del SSR, in esclusiva o in collaborazione con associazioni di volontariato.

Nelle 9 regioni che non hanno emesso direttive regionali, demandando l'organizzazione dell'assistenza sanitaria agli STP alle Aziende Sanitarie, l'impegno del SSR è proporzionalmente

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)

inferiore. In queste regioni inoltre, sembra esserci una organizzazione spontanea dei servizi pubblici e del volontariato sociale che porta ad una maggiore variabilità dell'offerta: in 4 (Valle d'Aosta, Liguria, Emilia Romagna, Abruzzo) sono presenti ambulatori STP presso i servizi territoriali, in 2 (Lombardia e Puglia) sono presenti solo ambulatori di volontariato, in 1 regione (Calabria) sono presenti ambulatori di volontariato in convenzione con la struttura pubblica; in 1 regione (Liguria) sono presenti ambulatori di volontariato e ambulatori presso strutture pubbliche; in 1 regione (Basilicata) l'unico accesso all'assistenza sanitaria è attraverso il P.S.

Le direttive regionali sembrano avere un certo peso anche per la realizzazione di interventi mirati di educazione ed informazione alla popolazione immigrata come si evince dal fatto che le regioni che si sono dotate di una propria normativa sono risultate più attive nell'offerta dei servizi e nelle iniziative per rendere maggiormente fruibili i servizi e negli interventi di formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari.

Limiti dell'indagine

Come si è già detto, la presente indagine è da considerarsi work in progress dal momento che sono in corso gli sviluppi e gli approfondimenti già accennati.

I limiti dell'indagine scaturiscono innanzitutto dal fatto che, in Italia, essendo la Regione l'ente di programmazione cui spetta la competenza legislativa in termini di tutela della salute, si hanno differenti livelli di attuazione delle normative nazionali e questo comporta una difficoltà e un rischio di incompletezza nella raccolta delle informazioni. In particolare va sottolineato che per quanto riguarda specificamente la normativa sul diritto all'assistenza sanitaria agli immigrati, questa è caratterizzata da una estrema frammentazione. Negli anni, infatti sono state emanate a livello nazionale, da parte di differenti Uffici del Ministero della Salute, (e spesso anche a livello regionale) decine di decreti, circolari e note, spesso soggette a modifiche criptiche introdotte dalle leggi finanziarie, che non solo hanno reso instabile il diritto all'assistenza sanitaria per gli immigrati ma hanno generato una certa soggettività interpretativa da parte degli enti locali ed una certa confusione tra gli amministratori.

Infine un limite intrinseco dell'indagine è rappresentato dal fatto che non si hanno dati completi relativi alla copertura territoriale dei servizi presenti nei territori regionali, avendo scelto, in prima battuta di impiegare una scheda di rilevazione semplice ed immediatamente fattibile da parte di tutte le regioni, scelta che ha comportato il sacrificio di livelli più approfonditi di conoscenza che potranno essere recuperati successivamente dal lavoro della rete di referenti regionali.

Conclusioni e sviluppi

La presente indagine che si colloca nell'ambito del progetto nazionale "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia"²⁶ ha fatto emergere una sostanziale difformità tra i Sistemi Sanitari Regionali Italiani nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria agli immigrati STP che deriva sostanzialmente dal fatto hanno differenti livelli di attuazione delle normative nazionali.

Nello specifico, a distanza di 10 anni dall'emanazione della DPR n. 394/99, solamente 12 regioni su 21 ne hanno dato attuazione emanando direttive su come erogare l'assistenza sanitaria di base agli immigrati STP.

Nelle rimanenti 9 regioni, in assenza di indicazioni regionali, le Aziende Sanitarie hanno interpretato in vario modo la normativa nazionale, organizzando o meno differenti forme di risposte assistenziali.

Complessivamente quindi si configura un quadro molto variegato tra le regioni e spesso anche all'interno della stessa regione.

Per rispondere alla domanda di salute di questa popolazione che comunque è portatrice di bisogni assistenziali, nelle AS delle regioni sono presenti varie tipologie di servizi: ambulatori per STP istituiti presso le strutture territoriali (in 14 regioni su 21), ambulatori di volontariato in convenzione con le AS del SSR (in 6 regioni), ambulatori presso Aziende Ospedaliere (in 5 regioni), accordi con MMG (in 3 regioni) e ambulatori di volontariato non convenzionato con la struttura pubblica (3 regioni) e, infine solo Pronto Soccorso in una regione. In sintesi, gli ambulatori per STP presso i servizi territoriali appaiono essere la tipologia più frequente, seguita dagli ambulatori nei servizi territoriali gestiti da associazioni no profit mediante convenzioni/accordi di programma con il SSR. Va anche segnalato che l'offerta volontaria, specie se "sganciata" dal SSR spesso non è nota a livello regionale.

Anche l'impegno del SSR nell'organizzazione e nel finanziamento dell'offerta assistenziale è molto variabile da regione a regione, andando dal completo finanziamento dei servizi in 11 regioni e P.A., ad un finanziamento parziale in 7 regioni, a nessun finanziamento in 3 regioni.

Un dato importante che emerge dall'indagine è la rilevanza che le direttive regionali hanno in termini di ricadute sulla realizzazione dei servizi per gli STP da parte delle AS.

²⁶ 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)

Nelle 12 regioni che hanno emanato direttive c'è una offerta assistenziale prevalentemente a carico del SSR, in esclusiva o in collaborazione con associazioni di volontariato.

Nelle 9 regioni che non hanno emesso direttive regionali, demandando l'organizzazione dell'assistenza sanitaria agli STP alle Aziende Sanitarie, l'impegno del SSR è proporzionalmente inferiore. In queste regioni inoltre, sembra esserci una organizzazione spontanea dei servizi pubblici e del volontariato sociale che porta ad una maggiore variabilità dell'offerta.

Dunque le indicazioni regionali sono risultate fondamentali per stimolare le aziende locali alla realizzazione di servizi pubblici, all'implementazione di modelli omogenei e alla cooptazione delle associazioni di volontariato, che in tali realtà hanno trovato forme strutturate di collaborazione con il Servizio Sanitario Regionale.

Una menzione particolare merita l'assistenza sanitaria pediatrica ai bambini STP che secondo quanto previsto dalla Convenzione sui diritti del fanciullo (New York 1989, in Italia L. n. 176/91) dovrebbe comunque essere garantita a tutti i bambini, indipendentemente dallo status e condizione giuridica. La salute dei bambini, infatti dovrebbe essere una priorità in tutti i Sistemi Sanitari, travalicando ogni eventuale limitazione politico-amministrativa.

Purtroppo risulta che in Italia nessuna regione abbia preso in considerazione l'iscrizione dei bambini figli di immigrati clandestini al SSN e sono solamente 4 le regioni che hanno indicato alle AS, le modalità di accesso all'assistenza pediatrica.

Nell'insieme i risultati dell'indagine sottolineano che per gli immigrati senza un regolare permesso di soggiorno presenti in Italia la possibilità di accedere all'assistenza di base varia a seconda della regione e del territorio in cui essi si trovano, il che comporta una lesione dell'art. 32 della Costituzione italiana ed una deroga ai Livelli Minimi di Assistenza e al principio di equità ispiratore del Sistema Sanitario Italiano. Va ricordato anche che in assenza di indicazioni sui modelli organizzativi da realizzare viene a mancare la possibilità di individuare indicatori per monitorare la domanda ed il grado di risposta da parte dei servizi.

Ciò è tanto più grave se si considerano i dati epidemiologici relativi alla domanda di salute degli immigrati che mostrano come questa sia soprattutto a carico delle donne per motivi spesso fisiologici quali la gravidanza ed il parto mentre per gli uomini essa è legata ai traumi soprattutto infortuni sul lavoro, in continua crescita (12).

Per di più è stato recentemente segnalato che dal punto di vista della sostenibilità per il SSN, gli immigrati irregolari non sono un problema, in quanto solo lo 0,5% della spesa sostenuta in Italia per i ricoveri ospedalieri è da addebitare agli STP e, fatto importante, tale valore non è aumentato negli anni (13).

La conduzione dell'indagine ed il clima di collaborazione con i referenti degli Assessorati alla Salute delle varie regioni ha consentito di avviare un primo sviluppo dell'indagine per verificare il

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)

grado di copertura territoriale dei servizi per gli immigrati STP esistenti all'interno delle singole regioni.

Allo stesso tempo si ritiene importante, in accordo con quanto già sollecitato in varie sedi²⁷ che vengano attivate forme stabili di confronto e collaborazione tra le regioni e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale. Lo scambio di informazione tra le regioni potrà consentire agli organi della programmazione sanitaria regionale di conoscere e, quindi di applicare le soluzioni più agevoli già sperimentate in altri contesti oltre che agevolare il lavoro dei vari referenti regionali. Nel contempo potrà essere raggiunto l'obiettivo di rendere uniforme sul territorio nazionale l'accesso alle cure e alla salute da parte della popolazione immigrata, così come previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, a partire da quanto previsto dal DPR n. 394/99 e dalle raccomandazioni scientifiche nazionali e sovranazionali sulle migliori strategie da adottare per la tutela della salute dei gruppi vulnerabili.

Lo strumento di lavoro potrebbe essere un Tavolo Tecnico Interregionale il cui mandato sarà quello di realizzare un confronto tra le regioni e province autonome sulla base dei risultati dell'indagine, elaborare e proporre un set di requisiti minimi relativi all'organizzazione di servizi sanitari per l'assistenza di base agli immigrati non iscrivibili al SSN, monitorare il funzionamento degli stessi e la corretta ed omogenea applicazione delle regole per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e relativi percorsi di accesso.

27 Agli atti della IX Consensus Conference della SIMM. M. Marceca, S. Geraci, B. Martinelli "Politiche regionali per la salute degli immigrati" viene suggerita "l'istituzione di uno specifico tavolo di collegamento sanitario tra le Regioni e le Province autonome, il che consentirebbe, in questa fase di consolidamento del fenomeno migratorio ma con caratteristiche ancora estremamente dinamiche e diversificate, una condivisione di percorsi atti a implementare l'accessibilità alle strutture ed uno scambio di esperienze positive.

Bibliografia

1. Costa G, Spadea T (2004). Diseguaglianze di salute in Italia. In *Epidemiologia e prevenzione*, anno 28 supplemento (3) maggio-giugno
2. Wilkinson, R. G. (1997). Health inequalities: relative or absolute material standards? *British Medical Journal*, 314: 591-595 Reprinted in: Kawachi I, Kennedy B, Wilkinson RG (Eds.). *Income inequality and health. The Society and Population Health Reader (Vol. 1)*. New Press N.Y. 1999
3. Wilkinson, R. G. (1999a). Income inequality, social cohesion, and health: clarifying the theory and a reply to Muntaner and Lynch. *International Journal of Health Services*, 29(3): 525-543.
4. Brunner, E., & Marmot, M. (1999). Social organization, stress, and health. In M. G. Marmot, & R. G. Wilkinson. *The social determinants of health*. OUP. Coburn, D. (2000). Income, inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Social Science & Medicine*, 51: 139-150.
5. Lynch, J. W., Kaplan, G. A., & Salonen, J. T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variations in adult health behaviour and psychosocial characteristics, by stage of the socioeconomic lifecourse. *Social Science Medical*, 44: 809-820.
6. Mackenbak J, Bos V, Andersen O et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol* 2003, 32:830-837
7. Michelozzi P, Perucci CA, Forestiere F, Fusco, D'Ancona C, Dell'Orco V. Inequality in health: socioeconomic differentials in mortality in Rome, 1990-1995. *J Epidemiol Community Health* 1999, 53: 687-693. Cardano N, Costa G, Demaria M, Merler E, Buggeri A. Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. *Epidemiol Prev* 1999, 23:141-152
8. Vannoni F, Cois E. L'emarginazione sociale. *Epidemiol Prev*, suppl 3, maggio-giugno 2004: 32-39
9. Carta di Ottawa, 1986
10. Dahlgren G, Whitehead M (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 3).
11. Lai Fong Chiu, University of Leeds, UK. Improving patient and community empowerment: the participatory action research/learning as an alternative approach. 14th International HPH Conference "Integrating health promotion, prevention, treatment and care for chronic diseases across the health system", May 24-26, 2006, Palanga, Lithuania.
12. Rapporto annuale sull'andamento infortunistico 2007, INAIL
13. La spesa sanitaria per gli immigrati. A cura del gruppo di lavoro nazionale "Profilo di salute della popolazione immigrata". *Monitor*, Anno VII, 21, 2008.

Sitografia

<http://www.who.int/en/> (ultima consultazione settembre 2008)
www.ministerosalute.it/ (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.statoregioni.it/> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://welfare.formez.it/immigrazione.html> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.cestim.it/21salute.htm#doc> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.issirfa.cnr.it/cerca/salute> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.iismas.it/> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.asqi.it/> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.studiocataldi.it/immigrazione.asp> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.cevas.it/imparare/index.htm> (ultima consultazione settembre 2008)
<http://www.simmweb.it/> (ultima consultazione settembre 2008)

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)



Assessorato alla Salute
e ARS Marche

ALLEGATO 1



Centro Nazionale Prevenzione
e controllo malattie
Ministero della Salute

“Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia”

SCHEDA PER LA RACCOLTA DATI

Regione _____

Codice _____

Riservato alla codifica, lasciare in bianco

Referente regionale

Cognome _____ Nome _____

Funzione / Ruolo _____

Telefono _____ @ _____

Indirizzo _____

1) Per garantire le cure essenziali e continuative agli stranieri non iscrivibili al SSN (STP) in base a quanto indicato dalla normativa nazionale¹ la regione:

- ha elaborato documenti propri per dare indicazioni alle aziende territoriali su **come attivare e organizzare** l'offerta di servizi agli immigrati clandestini o irregolari (Stranieri Temporaneamente Presenti)
(Breve descrizione, indicare atti, delibere e se possibile inviare materiale)

- ha trasmesso e comunicato alle aziende del territorio la normativa nazionale e ogni azienda si è organizzata al suo interno per rispondere ai bisogni del suo bacino di utenza.

¹ Legge n. 40 del 6 marzo 1998. D.P.R. .394, 31 agosto 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'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286", art. 43, comma 8, "**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 ne impegnativa**".

2) Nella sua regione l'assistenza sanitaria agli STP è garantita attraverso:

- Ambulatori dedicati STP presso ospedali
- Ambulatori dedicati STP presso strutture territoriali)
- Accordo con medici di medicina generale (MMG)
- Solo P.S
- Ambulatori gestiti da organismi di volontariato con convenzione/protocollo d'intesa
- Ambulatori gestiti da organismi di volontariato senza convenzione/protocollo d'intesa
- Altro _____

3) Nella sua regione l'assistenza sanitaria ai minori STP è garantita attraverso:

- Ambulatori dedicati STP presso ospedali
- Ambulatori dedicati STP presso strutture territoriali)
- Accordo con i pediatri di libera scelta (PLS)
- Solo P.S
- Ambulatori gestiti da organismi di volontariato con convenzione/protocollo d'intesa
- Ambulatori gestiti da organismi di volontariato senza convenzione/protocollo d'intesa
- Iscrizione al S.S.N
- Altro _____

4) Nel caso di ambulatori dedicati STP, il personale medico utilizzato è:

- Dipendente del SSR in orario di lavoro
- Dipendente del SSR a carattere volontario
- Dipendente aziendale in orario extra retribuito
- Personale convenzionato
- Altro

5) Il tesserino STP viene rilasciato:

- Presso le anagrafi sanitarie
- Direttamente dagli ambulatori
- Altro _____

6) Per la tutela e la promozione della salute la regione:

Ha promosso azioni per informare la popolazione immigrata sulle modalità di accesso ai servizi sanitari (descrivere brevemente e se possibile inviare materiale)

Ha promosso campagne specifiche di prevenzione o educazione sanitaria rivolta alla popolazione immigrata o a gruppi di essa. (descrivere brevemente e se possibile inviare materiale)

Altro

Se possibile indicare per le singole aziende il nominativo e il recapito di un referente per l'offerta di servizi alla popolazione immigrata:

Referenti regionali che hanno collaborato all'indagine “Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali”

(aggiornamento a settembre 2008)

Valle d'Aosta Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali
Aymonod Renza
Ippolito Paola

Piemonte Assessorato alla Sanità
Manuela Del Savio

Lombardia Assessorato alla Sanità
Carlo Zocchetti

Provincia Autonoma di Bolzano Assessorato alla Sanità
Emanuele Cagol

Trentino Alto Adige Assessorato alla Sanità
Annamaria Trenti

Friuli Venezia Giulia Assessorato alla Salute e Protezione Sociale
Claudia Gandolfi
Nora Coppola

Veneto Assessorato alle Politiche Sanitarie
Paola Cancellier

Liguria Assessorato alla Salute
Daniele Zappa Vigna

Emilia Romagna. Assessorato alla Sanità
Clara Curcetti

Toscana Assessorato al diritto alla Salute
Francesco Lusini

Lazio Assessorato alla Sanità
Letizia Lorenzini
M. Serena Antonini
Valentino Manchini

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)

Umbria Assessorato alla Sanità
Mara Zenzeri
Vania Pasquini

Marche Assessorato alla Tutela della Salute e Veterinaria
Claudio Maria Maffei
Patrizia Carletti

Abruzzo Assessorato alla Sanità
Armando Tiberi
Gerardo Galasso

Molise Assessorato alle Politiche Sanitarie e Sociali
Maria Valeriano
Roberto Patriarchi

Campania Assessorato alla Sanità
Eleonora Amato 081 7969352

Puglia Assessorato Politiche per la salute
Concetta Ladalardo

Basilicata Assessorato Sicurezza e Solidarietà Sociale
Maria Giovanna Trotta

Calabria Assessorato alla Sanità
Caterina Tavano

Sicilia Assessorato alla Sanità
Giovanna Ferrara

Sardegna Assessorato Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale
Giuseppina Seddone

Disposizioni Regionali

(indicate dai referenti nella scheda raccolta dati)

Piemonte

- 1) DGR n. 56-10571 del 15.7.96 (concernente la sperimentazione presso le Aziende Sanitarie Locali l'attivazione del Centro Informazione Salute Immigrati – siglabile I.S.I.)
- 2) DD.G.R. n. 56-4770 del 10.12.2001, n. 54-8100 del 23.12.2002 e n. 12-11441 del 23.12.2003 (detta sperimentazione è stata prorogata a tutto il 2004)
- 3) D.G.R. n. 43-14393 del 20.12.04 (la sperimentazione è stata dichiarata positivamente conclusa e si è stabilito il passaggio a regime dei Centri. Nelle Linee guida contestualmente approvate, al n. 9, è stato confermato il contributo regionale annuale per il funzionamento dei Centri I.S.I. nella misura determinata dalla Giunta Regionale)
- 4) Piano socio-sanitario regionale 2007-2010, Cap. 4, Par. 5.3.6 (ha confermato i Centri I.S.I. quali strumenti per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria agli STP richiamando sul punto il precedente P.S.R. 1997-1999)

P. A. Trento

Circ. prot. n. 67 /ASS/LP/ATmp del 26/5/2004 (in cui si dispone che al cittadino straniero in possesso di tesserino STP, le prestazioni sanitarie di base vengano erogate dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta fermo restando quanto previsto dall'art.35, commi 3,4,5 e 6 del T.U. e dell'art. 43, commi 2,3,4, 5 e 8 del Regolamento di attuazione)

Veneto

- 1) Circ. 16 del 6.11. 2000 (disposizioni applicative su "Stranieri temporaneamente presenti non iscritti al SSN particolarmente su "stranieri temporaneamente presenti non in regola con le norme d'ingresso, in condizioni di indigenza")
- 2) D.G.R. n.2093 del 02 agosto 2002 (è stato adottato il piano triennale dei Servizi di Igiene e Sanità pubblica – SISP- con cui si intende attivare un ambulatorio dedicato in ogni sede SISP)

Friuli Venezia Giulia

- 1) Note della Direzione Centrale Salute e protezione sociale, prot. 1154/SAN dd. 28.05.03 e prot. n. 15015/SAN dd. 23.07.03 inerenti "Rilascio tessera sanitaria cittadine extracomunitarie in stato di gravidanza
- 2) Nota Direzione Centrale Salute e protezione sociale, prot. 17324/SAN dd. 8.09.03 (inerente rilascio tessera minori extracomunitari
- 3) Circolari del 5 maggio 2006 (rilascio tessera sanitaria richiedenti asili politico, detenuti in semilibertà ecc)
- 4) DGR N. 340 del 23 febbraio 2007 "Assistenza primaria pediatrica a favore di minori di anni 14 figli di cittadini extracomunitari privi di permesso di soggiorno"
- 5) LR 572005 art 23 Piano regionale integrato per l'immigrazione DGR n. 2402 del 12/10/2006

Toscana

PSR 2007. Delibera consiglio regionale 22 del 16 febbraio 2005 paragrafo 5.2.1.7. (Allegato accordo con MMG)

Umbria

- 1) DGR n.695 del 28-6-2000 "DPR 31-8-99 (assegnazione del codice STP ad extracomunitari irregolari presenti nel nostro territorio e alla assegnazione di medici di medicina generale o di pediatri di Libera scelta)
- 2) DGR 482 del 16-5- 2001 (approvazione linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla UE)
- 3) DGR 1410 del 17- 10- 2002 (determinazioni in merito all'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E)
- 4) DGR n.1009 del 22-6-2005 (messa a punto di un modello operativo di servizio a rete regionale di mediazione Culturale)

Marche

DGR N. 1516 del 28/12 /2006 (Organizzazione di ambulatori di medicina generale presso i presidi distrettuali delle Zone Territoriali della ASUR Marche per immigrati non in possesso di permesso di soggiorno)

Lazio

- 1) DGR n. 5122797 (Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per STP)
- 2) DGR n. 2444/00 (Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E.)
- 3) DGR n.427/05 (Assistenza protesica per STP)
- 4) DGR n. 12230 e n. 14/06 (Poliambulatorio a bassa soglia d'acCesso e alto impatto relazionale)

Molise

1. DGR n. 1338 del 20/11/2007 (Dispone l'obbligo a carico dell'ASREM per il tramite delle Zone Territoriali di assicurare le prestazioni assistenziali di primo livello con proprie modalità organizzative)
2. Direttiva prot. 13671 del 23.09.2002
3. DGR n. 1779 del 30.12.2004 (Progetto salute immigrati extracomunitari non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno)
4. D.D. n. 53 del 23.12.05 (Approvazione programma in materia di formazione per la tutela della salute degli immigrati extracomunitari presenti nella Regione Molise)

Calabria

Circ. n. 1343 del 20-01-2006

Campania

Circ. .Assessorile n. 3857 del 20/02/ 2001

Sardegna

Circ.del 29 luglio 2003, prot 29578 (...Le aziende dovranno attivarsi per la realizzazione di ambulatori di prima accoglienza. Indica anche alcune modalità organizzative)

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)

Sicilia

- 1) Decreto 4 luglio 2003 (Linee guida per assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari della regione Sicilia)
- 2) Nota del D.G. DIRS/2/1248 dell' 11 luglio 2007 (Assistenza ai cittadini provenienti dalla Romania e dalla Bulgaria, privi di copertura sanitaria)
- 3) Nota del D.G. DIRS/2/1987 del 29 ottobre 2007 (Iscrizione al SSN di studenti non appartenenti all'U.E.)
- 4) Atti aziendali dell'Az. U.S.L. 8 Siracusa in materia di tutela della salute della donna e dei minori.

Elenco dei principali riferimenti normativi nazionali

- Legge n. 40/1998, G.U. 12 marzo 1998, n. 59
- Circolare DPS X/40/1010, 22 aprile 1998
- D. Lgs. n. 286/98, Testo Unico sull'Immigrazione, suppl. ord. n. 139/L alla G.U. n. 191, 18 agosto 1998
- D.P.R. 394/99, Regolamento di attuazione suppl. ord. n. 190/L alla G.U. n. 258, 3 novembre 1999
- Circolare Ministero Sanità, n. 5, 24 marzo 2000, G.U. n. 126, 1 giugno 2000
- Legge n. 189, 2002, G.U. n. 199 del 26 agosto 2002
- D. Lgs. n. 230/99, "Riordino della medicina penitenziaria",suppl. ord. n. 132/L alla G.U. n. 165, 16 luglio 1999
- L. n. 176 1991, Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia, ONU 1989
- L. n. 132, G.U. n. 165
- Legge n. 675, 31/12/1996, Tutela della Privacy, L. n. 196/2003
- Nota del Ministero della Salute n. 3152,19 febbraio 2008 "Precisazioni concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia

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)