

Salvatore Geraci*

Normativa e programmazione sanitaria della Regione Lazio

P r e m e s s a

L'Italia, da metà degli anni '90, si è dotata nei confronti degli immigrati di una normativa sanitaria "inclusiva": per legge nazionale, prima attraverso l'articolo 13 del cosiddetto Decreto Dini (DL 489) del 1995 e poi in modo esteso con la cosiddetta Legge Turco Napolitano confluita nel Testo Unico (DLGS 286) del 1998 e norme collegate, la gran parte degli immigrati regolarmente presenti ha il diritto-dovere di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed anche coloro che sono al margine del sistema, immigrati temporaneamente senza permesso di soggiorno, hanno diritto di accesso e di tutela sanitaria, seppur in forme diversificate.

Una impostazione di politica sanitaria "inclusiva" deve, però, necessariamente accompagnarsi con una "disponibilità" da parte delle amministrazioni locali, che nel tempo sono divenute le reali protagoniste delle politiche sociali e sanitarie per gli stranieri, nell'implementarle e renderle operative; ma è proprio in questo ambito che si evidenzia una preoccupante discontinuità applicativa in base agli umori politici nazionali e locali. Il progressivo decentramento amministrativo sta producendo una estrema eterogeneità territoriale che può determinare disuguaglianze sia in ambito di accesso ai servizi, sia in ambito di profilo di salute della popolazione immigrata. Per questo, già dal 1995 e più strutturalmente dal 1998, l'Area sanitaria della Caritas romana ha istituito un *Osservatorio sulle politiche locali per l'assistenza sanitaria agli stranieri* che ha prodotto periodici rapporti e specifiche ricerche come quella conclusa a fine luglio 2010 nell'ambito del progetto nazionale *Migrazione e Salute*, voluto dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), di cui abbiamo dato ampia sintesi nel *Dossier Statistico Immigrazione 2010 Caritas/Migrantes* (cfr., pp. 227-232).

Nella ricerca, partendo dagli atti formali (leggi locali, piani, delibere e note) emanati dal 1995 a metà del 2010 (oltre 700 atti esaminati), si sono analizzate in modo comparativo le politiche delle Regioni/Province Autonome sulla salute degli immigrati allo scopo di individuare quelle più efficaci. L'attenzione è stata rivolta principalmente alla valutazione della presenza di eventuali linee guida che dessero una uniformità applicativa locale delle normative nazionali, alla previsione di una analisi del bisogno sanitario ed assistenziale, ad interventi di prevenzione e di promozione della salute con particolare

* Area sanitaria Caritas Roma e Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

riferimento alla tutela della donna e dei lavoratori, al ruolo della formazione specifica per gli operatori, al peso della mediazione in sanità, all'assistenza agli irregolari e ai comunitari con specifico riferimento a coloro in condizione di fragilità sociale e giuridica. Ognuno di questi punti è stato considerato una variabile da indagare, si sono poi creati degli indicatori (cfr., *Dossier Statistico Immigrazione 2009 Caritas/Migrantes*, p. 228) e, con una specifica metodologia, sono stati identificati due *indici di sintesi* che possono permettere confronti *nel tempo*, e quindi, misurare gli effetti di specifiche scelte politiche nazionali e locali, e *nello spazio*, cioè in ambiti territoriali diversi.

La storia ed il doppio livello partecipativo

La Regione Lazio, nell'analisi degli atti e nella comparazione con le altre realtà locali, risulta tra le più attente e sensibili al tema, sia per numero di interventi normativi effettuati, sia per qualità delle fonti giuridiche utilizzate, sia per tempestività (e spesso innovazione), continuità e coerenza nel tempo degli atti.

La prima significativa norma della Regione Lazio è stata una legge regionale specifica sull'immigrazione (LR 17 del 16.02.1990) a ridosso della cosiddetta Legge Martelli del 1990; essa, in alcuni specifici ambiti, superava nelle previsioni applicative la stessa normativa nazionale. Per quanto riguarda gli aspetti della tutela sanitaria, enunciava i principi di ordine generale per garantire l'effettivo godimento del diritto alla salute con particolare riferimento ai minori, alla maternità, ai portatori di handicap ed agli anziani. Iniziative specifiche avrebbero dovuto essere pianificate dai Comuni, mentre il coordinamento e la verifica di azioni e progetti spettava alle Province attraverso piani annuali. Questo impianto operativo non diede adeguati frutti a livello locale, lasciando "interventi sanitari attivi" come fatti sporadici o in rapporto alla sensibilità di particolari strutture o operatori. Ciò nonostante, o forse proprio per questa debolezza iniziale, è maturata tra gli operatori del privato sociale e del settore pubblico la volontà di lavorare insieme (alla fine del 1995 si costituisce il GrIS - "Gruppo immigrazione salute", tuttora esistente e che ha fatto da modello per altri gruppi analoghi in 12 regioni italiane) e di costruire proposte che potessero fattivamente governare il tema della salute degli immigrati in una fase di radicale trasformazione sociale e di riorganizzazione del sistema assistenziale. Da questo impegno è nata una Delibera di Giunta Regionale (DGR n. 5122 del 31.07.1997) che, prima in Italia, ha recepito ed interpretato operativamente quanto enunciato dall'articolo 13 del Decreto legge 489/1995 (e reiterazioni) e dai telex ministeriali esplicativi successivi a favore della tutela sanitaria degli stranieri temporaneamente presenti (STP) non in regola con le norme per il soggiorno (con particolare riferimento ai minori, alle donne e a coloro affetti da forme morbose infettive). Con quella delibera la Regione ha indicato dei percorsi operativi innovativi (la collaborazione ad esempio tra servizio pubblico e privato sociale) ed efficaci (istituzione degli ambulatori STP), tanto che sono stati presi come base per il successivo Regolamento d'attuazione nazionale del Testo Unico sull'immigrazione (codice STP). Altro elemento interessante è rappresentato dal coinvolgimento delle strutture pubbliche e quelle del volontariato "che nel corso degli anni hanno maturato un'esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione e dell'emarginazione allo scopo di facilitare l'applicazione delle presenti dispo-

ni", istituendo un Gruppo di verifica e monitoraggio comune, nuovamente nominato, seppur in forme diversificate, nel 2001, nel 2006 e nel 2009. Vogliamo sottolineare come questo "doppio livello partecipativo", dal basso, con la competenza diretta degli operatori attraverso il GrIS, ed istituzionale, attraverso un formale gruppo regionale di lavoro a contatto diretto con gli uffici competenti, permette la tempestiva e efficace presa in carico di problematiche emergenti ed una attenta programmazione sanitaria. E su sollecitazione e proposta tecnica del GrIS, proprio 10 anni fa, sono state emanate con delibera di Giunta (DGR n. 2.444 del 5.12.2000) le *Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla Unione Europea*. Si tratta di una delle poche regioni in Italia che in modo esplicito e circostanziato si è posta l'obiettivo di promuovere attivamente l'applicazione della normativa nazionale in modo omogeneo su tutto il territorio regionale. Da quella delibera, la Regione ha continuato a produrre numerosi atti. Ne richiamiamo solo alcuni, con indicazioni e precisazioni sull'assistenza sanitaria agli immigrati, sulle modalità di iscrizione al SSN, ormai divenuto SSR (Servizio Sanitario Regionale), e sulle prestazioni cui hanno diritto, dimostrando un *modus operandi* dell'amministrazione che privilegia l'emanazione di circolari e note per risolvere puntualmente dubbi e discordanze applicative ma che, allo stesso tempo, può vincolare l'operatività dei servizi ad avere continue direttive formalizzate da parte regionale.

Un'attenzione continua e puntuale

Sono tanti gli atti emanati dalla Regione Lazio, alcuni operativi, altri da valutare più come dichiarazioni di intenti (perchè non seguiti da un'adeguata allocazione di risorse specifiche): tra questi ultimi, di particolare rilievo risulta quello relativo alle indicazioni per la progettazione e organizzazione dei servizi di mediazione culturale nelle strutture sanitarie regionali (n. 3151/4A/09 del 13.01.2004), nel quale viene presentata una definizione di mediazione culturale e delle sue finalità, si specificano i tre livelli dell'attività del mediatore culturale (di orientamento ed informazione, di facilitazione linguistica e comunicativa e di tipo sociale) ed, infine, viene delineato il profilo del mediatore ed elencati i compiti cui deve assolvere verso gli utenti e verso gli operatori dei servizi.

Un atto importante per la sua valenza innovativa ed operativa, è la DGR n. 427 del 25.03.2005 relativa all'assistenza protesica per gli STP, che istituisce un percorso amministrativo per consentire anche a questi soggetti di poter fruire di ausili e dispositivi protesici. L'assistenza protesica è, infatti, da considerarsi tra le cure essenziali garantite dall'art. 35 del DLGS n. 286/1998, ma di fatto sussistono ostacoli per la sua fruizione in quanto gli immigrati irregolari non presentano i requisiti previsti per il riconoscimento di invalidità. La delibera stabilisce, pertanto, la reale fruizione di questo tipo di assistenza, a condizione che l'evento morboso o traumatico sia avvenuto durante la permanenza dello straniero sul territorio regionale, che lo straniero sia ricoverato presso una struttura ospedaliera regionale e qualora la mancata fornitura di ausili e dispositivi protesici/ortesi renda impossibile la dimissione ospedaliera.

Tra le circolari più recenti si segnala quella (n. 50936/4/14 del 05.05.2008) che chiarisce che coloro che sono in possesso di tesserino STP sono tenuti al pagamento del ticket, alla pari dei cittadini italiani, ma qualora sprovvisti di risorse economiche sufficienti sono esentanti da tale pagamento, allo scopo di salvaguardare la fruizione delle prestazioni sanitarie da parte di soggetti in condizioni disagiate e di marginalità sociale.

Sempre in riferimento a cittadini non comunitari irregolari (STP), ed analogamente per i cittadini comunitari privi di copertura sanitaria (ENI), viene precisato che devono essere assicurate loro nelle strutture pubbliche e private accreditate i programmi e gli interventi preventivi, terapeutici e socio-riabilitativi degli stati di tossicodipendenza, anche di tipo residenziale in regime di convenzione, alla pari dei cittadini italiani (n. 25813/45/04-45/02 del 03.03.2009).

In seguito alle disposizioni ministeriali sulle modifiche inerenti la normativa relativa al diritto di ricongiungimento familiare, è stata emanata una Circolare per confermare che i genitori ultrassessantacinquenni non comunitari ricongiunti con i propri familiari prima del 5 novembre 2008 hanno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSR, mentre coloro che hanno presentato istanza di ricongiungimento successivamente a questa data possono richiedere l'iscrizione volontaria (n. 84775/45/04 del 17.07.2009).

Con riferimento ai cittadini comunitari, la Regione Lazio ha manifestato una particolare attenzione emanando tempestivamente diverse circolari esplicative della normativa europea e nazionale fino alla Circolare n. 26146 del 07.03.2008, che fornisce chiarimenti in seguito alla comunicazione del Ministro della Salute del 19.02.2008, nella quale si precisa che, anche qualora il cittadino comunitario sia sprovvisto di copertura sanitaria, ha diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti. Tra queste si intendono incluse anche le prestazioni sanitarie relative alla tutela della salute dei minori, alla tutela della maternità, all'interruzione volontaria di gravidanza, nonché campagne di vaccinazione, interventi di profilassi internazionale e di profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, per motivi di sanità pubblica. A tali persone deve essere attribuito un codice identificativo ENI (Europeo non iscritto) per registrare le prestazioni e successivamente poter procedere al recupero dei costi presso lo Stato di origine. L'atto prevede inoltre la possibilità, per i cittadini comunitari non in possesso dei requisiti per l'iscrizione obbligatoria, ma che hanno adeguate risorse economiche oppure sono iscritti a corsi di studio, di effettuare l'iscrizione volontaria al SSR. Sono state infine trasmesse ulteriori indicazioni in merito all'emissione dalla Romania del certificato sostitutivo provvisorio della Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM) (n. 153584/53/07 del 23.12.2009 e n. 18112/53/07 del 08.02.2010). Inoltre, a fronte di segnalazioni rispetto al fatto che il rilascio del codice ENI è effettuato solo a cittadini neocomunitari, la Regione Lazio ha precisato invece che deve essere garantito a tutti i cittadini comunitari che non sono in possesso della TEAM, che non sono residenti e si trovano in condizione di fragilità sociale (n. 47731/53/07 del 12.04.2010). L'atto specifica anche che coloro che sono in possesso del codice ENI, che non è un codice anonimo, sono esentati, a parità di condizioni con il cittadino italiano, per il pagamento del ticket relativo a prestazioni di primo livello, per gravidanza e IVG, per età (inferiore ai 6 anni e superiore ai 65 anni) e per interventi di prevenzione collettiva. Gli aspetti di tutela dell'assistenza ai comunitari privi di copertura sanitaria sono stati infine ripresi in un'ulteriore Circolare emanata sempre per garantire l'omogeneità di applicazione della normativa (n. 59829/53/07 del 06.05.2010).

Nel "pianeta immigrazione" i rifugiati e richiedenti asilo rappresentano una specificità particolarmente vulnerabile. Nei loro confronti la Regione ha chiarito i termini del diritto all'iscrizione al SSR, sia confermando che anche in attesa del rilascio del permesso di soggiorno questi soggetti possono essere iscritti ed accedere alle prestazioni con l'esenzione dal pagamento del ticket (n. 125820/4A/09 del 18.11.2003), sia precisando che

coloro che hanno riportato nel permesso di soggiorno un indirizzo fuori regione possono iscriversi sulla base della dichiarazione dell'effettiva dimora (n. 42013/4A/09 del 05.04.2006). Nel 2009 viene emessa una Circolare per precisare che anche ai cittadini stranieri richiedenti protezione internazionale, equiparabili ai richiedenti asilo, deve essere garantita l'iscrizione obbligatoria al SSR durante tutto il periodo relativo alla procedura inerente la loro richiesta (n. 91883/45/04 del 03.08.2009).

Infine segnaliamo, come particolarmente significative, le due Circolari n. 17736/45/04 del 12.02.2009 e n. 92689/45/04 del 05.08.2009, pubblicate dalla Regione Lazio, una prima e una dopo l'approvazione del Pacchetto Sicurezza, che hanno voluto chiarire come il divieto di segnalazione (e quindi di denuncia) di un immigrato senza permesso di soggiorno che utilizzi le strutture sanitarie, continua a rimanere in vigore, nel primo caso perché ancora non concluso l'iter di approvazione del disegno di legge che aveva proposto l'eliminazione di tale divieto, nel secondo perché l'atto approvato, pur introducendo il reato di ingresso e soggiorno illegale, non ha proceduto all'abrogazione del comma 5 art. 35 del DLGS n. 286/98. Pertanto il personale che opera nelle strutture sanitarie (medico, e paramedico, amministrativi e tecnici, operatori sociali e mediatori culturali), pur rivestendo la qualifica di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, è sottoposto all'obbligo del rispetto del divieto di segnalazione come previsto dalla norma citata.

La programmazione regionale

Dopo un percorso in parte confuso, nel 2008 è stata approvata una nuova legge regionale sull'immigrazione (LR n. 5/2008) che si pone la finalità ultima di rimuovere gli ostacoli che si oppongono all'esercizio dei diritti civili e sociali da parte dei cittadini stranieri immigrati, al fine di garantire condizioni di uguaglianza rispetto ai cittadini italiani. A tal fine identifica le aree di intervento delle politiche regionali: il contrasto della discriminazione e del razzismo, la protezione sociale ed il rientro volontario nei paesi di origine, il reinserimento dopo la detenzione, politiche per l'integrazione delle seconde generazioni, la partecipazione alla vita pubblica e l'accesso ai servizi pubblici da parte degli immigrati, il diritto allo studio, all'integrazione scolastica e culturale dei minori e degli adulti immigrati, la formazione professionale ed universitaria, la questione abitativa, il lavoro ed il sostegno all'imprenditorialità, l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie, la mediazione interculturale, la tutela dei minori, la protezione a favore di richiedenti asilo e rifugiati.

Per quanto riguarda la tutela della salute, la legge identifica le prestazioni cui hanno diritto tutti gli immigrati, anche quelli non in regola con le norme relative al permesso, e sottolinea soprattutto l'importanza di sviluppare interventi informativi destinati ai cittadini stranieri immigrati ed attività di mediazione interculturale in campo socio-sanitario, finalizzati ad assicurare gli elementi conoscitivi idonei a facilitare l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari e a diffondere sani stili di vita nel rispetto dell'appartenenza culturale, grazie all'azione congiunta di aziende sanitarie, enti locali ed organismi del terzo settore con specifica esperienza, per la quale possono essere previsti incentivi qualora supportino attivamente la garanzia del diritto alla salute per la popolazione immigrata.

Nella legge è confermato l'impegno della Regione Lazio per la realizzazione di programmi umanitari, impegno che l'amministrazione regionale ha mantenuto negli anni,

a partire dalla DGR n. 2032/2001, attraverso il finanziamento di programmi che permettano l'ingresso e la cura per prestazioni sanitarie di alta specializzazione di cittadini non comunitari con particolare riferimento a minori (DGR n. 408/2003, DGR n. 21/2005, DGR n. 24/2007 ed infine DGR n. 17 del 16.01.2009 relativa agli anni 2009 e 2010).

Nella LR n. 5/2008 vengono inoltre stabilite le funzioni della Regione, delle Province e dei Comuni, il ruolo della Consulta per l'immigrazione, e la necessità di realizzare programmi triennali per attuare quanto definito a livello strategico. Viene anche promossa l'istituzione di assemblee provinciali dei cittadini stranieri immigrati per favorire forme istituzionali organizzate di rappresentanza e di piena ed attiva partecipazione.

A dare consistenza alla programmazione, nel quadro definito prima dalla LR 17/1990 e poi dalla LR 5/2008, sono stati certamente i Piani sanitari regionali.

Il Piano per il triennio 2002-2004 (DCR n. 114 del 31.7.2002) individua tre aree principali di intervento. La prima riguarda la valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, mediante la definizione di indicatori appropriati e la creazione di una rete di osservatori territoriali coordinati a livello regionale. La seconda rimanda alla questione dell'accesso all'assistenza sanitaria e fa riferimento a possibili interventi per il miglioramento della fruibilità dei servizi e delle prestazioni. In coerenza con questi primi obiettivi strategici va letta l'istituzione presso l'Agenzia di Sanità Pubblica Regionale (Decisione 96 del 22.6.2001) di una Unità Operativa "Studio dei fenomeni migratori", anche con il compito di monitorare il fenomeno sia per quanto riguarda l'accesso ai servizi, sia dal punto di vista epidemiologico; questa struttura è stata ridimensionata nel tempo. La terza area riguarda programmi specifici orientati a particolari condizioni critiche per la salute degli immigrati (salute riproduttiva, malattie infettive, gruppi socialmente disagiati). Per la prima volta ci si è dotati di una "griglia di programmazione" che ha tenuto conto sia della storia degli interventi regionali, sia delle evidenze socio-demografiche e scientifiche sullo specifico tema, sia delle sollecitazioni che gli operatori, il mondo del volontariato, dell'associazionismo e della cooperazione sociale da tempo evidenziavano.

Il Piano 2008-2010 (DGR n. 149 del 06.03.2007) dedica una ampia sezione al tema della salute e della multietnicità, i cui contenuti sono stati condivisi con il Gruppo di lavoro regionale sulla salute degli immigrati. Si sottolinea l'importanza di sviluppare adeguati strumenti per la rilevazione sistematica delle condizioni di salute degli stranieri quale requisito indispensabile per una programmazione sanitaria più rispondente ai bisogni reali della popolazione immigrata. Si menziona l'esigenza di adeguare la banca dati dell'anagrafe sanitaria del Lazio in riferimento alla popolazione immigrata; di costruire un sistema di rilascio automatizzato dei tesserini STP, organizzando anche un archivio regionale informatizzato; di sviluppare i flussi informativi sanitari correnti (SIO, SIAS, SIES, Registri), in modo da favorire un loro utilizzo sistematico per la registrazione dell'utenza straniera, regolare ed irregolare; di implementare a livello regionale un nuovo flusso informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati irregolari.

In riferimento alla garanzia dell'accessibilità dei servizi sociosanitari, ritenuto uno dei nodi cruciali del diritto all'assistenza sanitaria che, accanto alla questione giuridica del riconoscimento formale, pone quella più sostanziale del superamento delle barriere burocratiche, linguistiche e culturali alla fruibilità delle prestazioni, vengono identificati una serie di interventi sul versante dell'informazione, della formazione del personale,

della mediazione culturale e del riorientamento dei servizi territoriali e ospedalieri in funzione di un'utenza multietnica.

Importante è il richiamo relativo alle strategie di sanità pubblica da implementare per la promozione della salute degli immigrati grazie anche alla sinergia pubblico-privato sociale ed alle esperienze di rete. Si richiama l'attenzione a promuovere l'offerta attiva di prevenzione ed in generale dei servizi, soprattutto nei confronti di particolari condizioni critiche (salute della donna e del bambino, infortuni sul lavoro, salute orale, ma anche salute dei rifugiati e dei richiedenti asilo e della popolazione rom e sinti) o gruppi a rischio di esclusione sociale (comunità etniche particolarmente isolate, come quella cinese, o categorie lavorative poco visibili, come le badanti). Il documento indica inoltre come indispensabile il coinvolgimento degli stranieri nella pianificazione delle attività sanitarie, anche attraverso la creazione di specifiche "Consulte per una salute interculturale", con rappresentanti delle istituzioni sanitarie, degli Enti locali, dell'associazionismo e delle comunità etniche, in modo da favorire la loro partecipazione attiva nella definizione dei bisogni di salute e nelle scelte in sanità, in una logica di empowerment e di relazioni reciproche.

Il Piano sanitario regionale 2010-2012 (DGR n. U0087 del 18.12.2009) sostanzialmente non modifica l'impianto di programmazione relativo alla salute degli immigrati, se non con l'aggiunta dell'attenzione verso l'assistenza ai bambini stranieri adottati ed un riferimento più esplicito alla salute mentale, rispetto alla quale si promuove l'organizzazione di almeno un programma contenente le strategie di intervento rivolte alle popolazioni migranti per ciascun Dipartimento di salute mentale.

Per garantire "buona salute" servono "buone politiche" supportate da norme adeguate e da una programmazione sanitaria attenta: la Regione Lazio, da quasi 20 anni e con amministrazioni orientate politicamente in modo diverso, ha saputo leggere il fenomeno e dare risposte adeguate, anche se non sempre sufficienti di fronte ad emergenze sociali non risolte. Un impegno necessario che deve continuare!

Bibliografia

Geraci S., Bonciani M., Martinelli B., *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Inprinting srl, Roma, 2010.

Geraci S., "La politica sanitaria per gli immigrati nella regione Lazio", in *Agenzia Sanitaria Italiana (ASI)*, n. 1-2, gennaio 2001, pp. 42-43.

Mantini V., Lorenzini L., Geraci S., Baglio G., "L'assistenza ospedaliera agli stranieri: aspetti normativi", in *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000*, Regione Lazio, Monografie Agenzia di Sanità Pubblica (ASP), 2002, pp. 83-90.

Per materiali specifici e documenti vedi siti:

www.caritasroma.it

www.simmweb.it

www.saluteinternazionale.info