

Salvatore Geraci, Paola Capparucci, Arcangelo Maietta, Valeria Vivarelli e Filippo Gnolfo¹

Politiche per la salute e impegno sul territorio: il ruolo degli ambulatori Stp/Eni

Era l'estate del 1997 quando la Regione Lazio emanò una delibera estremamente innovativa, non capita dai più, ma di grande spessore in termini di sanità pubblica a fronte di un fenomeno, quello dell'immigrazione, che cominciava ad avere numeri significativi e problematiche sanitarie, vere o presunte, da presidiare. Con il titolo "Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti [Stp]", la Delibera di Giunta regionale (Dgr) n. 5122 del 31 luglio 1997 recepiva e completava l'articolo 13 del Decreto Legge n. 489 del 1995², "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione europea". Con una felice intuizione e con la collaborazione di alcune associazioni umanitarie sanitarie, il ministro della Sanità di allora, il prof. Elio Guzzanti, aveva voluto e difeso questa norma che di fatto "sdoganava" il diritto alla tutela sanitaria degli immigrati in condizione di irregolarità giuridica, garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative e i programmi di medicina preventiva. Quell'atto nazionale, seguito per prime proprio dalla Regione Lazio e dalla Toscana (che declinò l'acronimo Stp), dava il via alla costruzione di politiche sanitarie inclusive nei confronti di tutti gli immigrati, regolari e irregolari, e successivamente anche dei cittadini comunitari fragili non iscrivibili al servizio sanitario pubblico (Europei non iscritti - Eni), coerentemente con il mandato costituzionale.

A distanza di 25 anni, gli ambulatori Stp/Eni non solo hanno assunto un ruolo strategico come riferimento per i bisogni sanitari di chi sta al margine del sistema, ma, nelle emergenze che abbiamo recentemente vissuto, hanno colmato dei vuoti assistenziali e avviato dei percorsi di inclusione. Ci riferiamo all'emergenza Covid-19, nella quale, come vedremo in seguito, l'Stp (e l'Eni) è stato l'*escamotage* amministrativo per garantire una diffusa vaccinazione in assenza di tessera sanitaria e, attualmente³, permettendo la possibilità assistenziale a migliaia di profughi dall'Ucraina in attesa che si perfezioni la procedura per il riconoscimento di un titolo di soggiorno. Gli ambulatori Stp/Eni stanno vivendo una notorietà inaspettata e anche le stesse istituzioni ne stanno dando visibilità, peraltro sempre richiesta dagli operatori del settore ma spesso ignorata.

¹ Consiglio di Coordinamento GrIS Lazio.

² S. Geraci, "Articolo tredici. Un diritto ritrovato?", in S. Geraci, a cura di, *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*, Edizioni Anterem, Roma, 1996, pp. 99-121.

³ Il capitolo è stato chiuso nel mese di aprile 2022.

Il GrIS e l'attenzione agli Stp/Eni

Il Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS)⁴ del Lazio nasce nel 1995 proprio con la proposta alla Regione della Delibera citata in apertura, da parte in particolare di alcuni operatori del settore pubblico supportati dall'associazionismo allora impegnato sul fronte dell'assistenza sanitaria alle persone marginali⁵. E non sorprende questa attenzione da sempre a quegli ambulatori di primo livello ritenuti un presidio necessario per la sanità pubblica, che oggi definiremmo di prossimità. Infatti da qualche anno il GrIS ha avviato un percorso di riflessione e rilettura di questi servizi (vedi XIV e XV Rapporto *Osservatorio romano sulle migrazioni*)⁶, con un impegno di *advocacy* tecnico-politica che ha portato la Regione a redigere una nuova Dgr, la numero 1004 del 30 dicembre 2021. Questa, pur parlando della stessa cosa dell'atto di quasi 25 anni prima, è ancora una volta innovativa nel definire iter organizzativi e assistenziali per i servizi per gli immigrati temporaneamente in condizione di bisogno.

A seguito della proposta di un gruppo di lavoro del GrIS, avanzata dai suoi rappresentanti nel Gruppo regionale per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, sono stati definiti nella delibera dei "Criteri minimi organizzativi degli ambulatori Stp/Eni e indicatori di accessibilità e di qualità". Accogliere, comprendere, rispondere, informare, orientare, in definitiva "prendersi cura", sono le parole chiave che sottendono alle indicazioni puntuali (e misurabili) che sono state date. Servizi capillari e raggiungibili, con operatori informati e formati, con strutture organizzative non casuali, incardinate nelle future case della comunità, in rete con le organizzazioni presenti sul territorio anche nel cercare di garantire percorsi di mediazione e integrazione, sono le linee operative che vengono indicate, e che tracciano anche il futuro ambito di attenzione del GrIS.

Non è un caso che proprio il GrIS venga citato più volte sia nel provvedimento di emanazione del documento tecnico, sia nel documento stesso. È il modello del "doppio livello partecipativo"⁷ che da anni società civile e Regione stanno sperimentando proprio nell'ambito della tutela della salute: il GrIS con propri rappresentanti (legati all'associazionismo) nel gruppo regionale e il GrIS al di fuori delle istituzioni attraverso un confronto permanente tra pubblico e privato sociale. Nel tempo si è infatti costruito un percorso, si sono avviate collaborazioni, integrate idee e sollecitata un'operatività creativa. Ma soprattutto sono stati definiti connessioni e legami basati su una relazionalità libera e chiara. Questo ha permesso, soprattutto agli inizi della storia del GrIS, il superamento

⁴ F. Gnolfo, "Analisi di un modello di rete locale socio-sanitaria. La storia. Le storie della Rete GrIS Lazio", in S. Geraci, F. Gnolfo, a cura di, *In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*, Pendragon, Bologna, 2012, pp. 40-45.

⁵ S. Geraci, "Lazio. Strutture pubbliche e privato sociale 'in rete' per la salute degli immigrati", in *Agenzia Sanitaria Italiana (ASI)*, n. 37, settembre 1997, pp. 30-32.

⁶ P. Capparucci, S. Geraci, "Politiche per la salute e impegno sul territorio: il caso degli ambulatori Stp/Eni", in Centro Studi e Ricerche IDOS, Istituto di Studi Politici "S. Pio V", *Osservatorio romano sulle migrazioni. Quattordicesimo Rapporto*, Edizioni IDOS, Roma, 2019, pp. 52-58; S. Geraci, M. Marceca, "Politiche per la salute e impegno sul territorio: l'assistenza agli Stp ed Eni", in Centro Studi e Ricerche IDOS, Istituto di Studi Politici "S. Pio V", *Osservatorio romano sulle migrazioni. Quindicesimo Rapporto*, Edizioni IDOS, Roma, 2020, pp. 42-47.

⁷ S. Geraci, "La tutela sanitaria per gli immigrati nella Regione Lazio. La costituzione di un doppio livello partecipativo", in S. Geraci, F. Gnolfo, a cura di, *op. cit.*, pp. 46-55.

di attriti e tensioni che possono derivare, in particolare, da “asincronie” tra istituzioni pubbliche (in questo caso Regione, Asl e Aziende ospedaliere) e privato sociale/volontariato: asincronie nei tempi (la maggiore velocità nelle risposte del Terzo settore); nell’organizzazione (pensiamo alla flessibilità propria del volontariato); nella capacità di strutturazione della risposta propria del settore pubblico, condizionata da molte variabili (istituzionali, economiche e politiche).

Proprio sui crinali di bisogni nuovi e vecchi, spesso per una visione anticipatoria del Terzo settore, l’asincronia si rivela crescente; eppure l’unica risposta possibile è la collaborazione, l’alleanza strategica, la volontà di un cammino comune, cementata anche dalle relazioni interpersonali e dalle comuni “scelte di campo”. È infatti questa combinazione di elementi che è riuscita a produrre ciò che si può chiamare un modello di *policy network*, tanto destrutturato quanto efficace, una “buona prassi” di collaborazione feconda che cerca di valorizzare la necessità dell’incontro e la reciprocità della relazione per una salute che, necessariamente, deve essere senza esclusioni.

Vogliamo sottolineare come questo “doppio livello partecipativo” – dal basso con la competenza diretta degli operatori (del pubblico e privato sociale) attraverso il GrIS, e istituzionale attraverso un formale gruppo regionale di lavoro a contatto diretto con gli uffici competenti – permette la tempestiva ed efficace presa in carico di problematiche emergenti e un’attenta programmazione sanitaria. Certo, in alcuni casi questa alleanza “tarpa le ali” alla denuncia di lentezze istituzionali, obbliga a compromessi forse al ribasso, ma in genere raggiunge obiettivi ragionevolmente possibili.

In un recente passato abbiamo sperimentato questa contraddizione. Da una parte, la difficoltà di incidere nelle politiche di tutela e prevenzione dal Covid-19 nei confronti dei soggetti “invisibili socialmente”⁸, pensiamo al tema dell’accoglienza in sicurezza per i senza dimora, con la Regione arroccata, soprattutto nel primo anno di pandemia, in una cabina di regia esclusiva, certamente necessaria vista l’emergenza, ma insensibile alle sollecitazioni del “territorio sociale”: questo ha messo in difficoltà anche tanti operatori pubblici che condividevano le sollecitazioni dei bisogni emergenti “dalla strada”. Ma, dall’altra parte, si è riusciti a utilizzare al meglio le potenzialità del codice Stp/Eni per l’accesso ai vaccini, come i dati che presentiamo testimoniano, o a far deliberare l’intervento citato sopra, per garantire qualità ai servizi destinati agli immigrati in condizione di fragilità.

Qualche dato

Nell’ambito della collaborazione descritta tra Regione Lazio e GrIS, dal 2018 la Regione fornisce a quest’ultimo i dati cumulativi dei codici Stp/Eni erogati semestralmente perché ne elabori un monitoraggio. I dati sui nuovi codici rilasciati vengono analizzati per individuare i bisogni assistenziali, quelli sui codici rinnovati per verificare una stabilizzazione della presenza. Giova ricordare che il codice Stp/Eni ha una validità di 6 mesi dal rilascio ed è rinnovabile qualora persistano le condizioni di irregolarità giuridica e fragilità sociale; l’Stp ha valenza nazionale mentre l’Eni è di pertinenza regionale. Da

⁸ S. Torchiario, G. Civitelli, S. Geraci, “La rete come strategia per l’equità in salute: punti di forza e criticità”, in Centro Studi e Ricerche IDOS, Istituto di Studi Politici “S. Pio V”, *Osservatorio sulle migrazioni a Roma e nel Lazio. Sedicesimo Rapporto*, Edizioni IDOS, Roma, 2021, pp. 201-206.

alcuni anni nella regione Lazio il sistema è informatizzato con dati centralizzati ed è gestito nell'ambito del programma "scelta e revoca medico".

LAZIO. Numero codici Stp/Eni erogati per semestre (2018-2021)								
Tipo di codice	STP							
	I sem 2018	II sem 2018	I sem 2019	II sem 2019	I sem 2020	II sem 2020	I sem 2021	II sem 2021
Stp rinnovati	2.519	2.272	2.117	1.663	9.813	8.431	12.090	11.281
Stp rilasciati	6.573	5.289	5.115	6.466	5.343	5.516	4.724	19.518
Stp totali	9.092	7.561	7.232	8.129	15.156	13.947	16.814	30.799
Tipo di codice	ENI							
	I sem 2018	II sem 2018	I sem 2019	II sem 2019	I sem 2020	II sem 2020	I sem 2021	II sem 2021
Eni rinnovati	487	523	458	286	1.699	1.748	2.321	2.219
Eni rilasciati	1.318	1.039	956	1.186	1.114	886	903	1.952
Eni totali	1.805	1.562	1.414	1.472	2.813	2.634	3.224	4.171
STP + ENI								
Totali	10.897	9.123	8.646	9.601	17.969	16.581	20.038	34.970

FONTI: GrIS Lazio su dati Regione Lazio

Dalla tabella si evidenzia come, dopo una sostanziale stabilità del fenomeno nel 2018 e 2019, in occasione della pandemia ci sia stato un significativo aumento sia dei codici rinnovati sia di quelli rilasciati *ex novo*. Nel primo caso il motivo è da attribuire al fatto che in alcuni periodi il lavoro degli uffici preposti è stato significativamente ridotto, per cui, in deroga alle indicazioni nazionali e per evitare assembramenti e lentezze nei rinnovi, i codici sono stati automaticamente rinnovati di sei mesi in sei mesi (ultima deroga al 30 giugno 2022). Per i nuovi codici, l'impennata registrata nel secondo semestre del 2021 è dovuta al fatto che i codici Stp o Eni sono stati utilizzati per accedere alle vaccinazioni, a volte come *pass-partout* anche per coloro che, pur non essendo irregolari, non avevano la tessera sanitaria (studenti, presenze occasionali, ecc.). Per tale motivo, nel secondo semestre del 2021 abbiamo avuto modo di analizzare i dati mensili (vedi tabella) al fine di monitorare di fatto l'accesso ai vaccini degli immigrati non regolarmente presenti.

LAZIO. Numero nuovi codici Stp/Eni rilasciati per mese (secondo semestre 2021)							
Tipo di codice	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale
Stp rilasciati	2.551	2.858	4.696	3.111	2.349	3.953	19.518
Eni rilasciati	319	181	395	314	331	412	1.952
Totale	2.870	3.039	5.091	3.425	2.680	4.365	21.470

FONTI: GrIS Lazio su dati Regione Lazio

L'aumento progressivo, in particolare per i codici Stp, raggiunge il picco a settembre, mese in cui tutte le Asl della Regione sono riuscite a offrire *hub* e percorsi adeguati per

raggiungere questa popolazione (orientamento mirato, informazione capillare, offerta attiva con camper, spazi dedicati, contestuale rilascio codici e vaccinazione, ecc.). La differente distribuzione dei codici rilasciati per Azienda sanitaria può fotografare la differente presenza di immigrati in condizione di irregolarità giuridica e di fragilità sociale nei vari territori.

LAZIO. Numero codici Stp/Eni attivi al 20.06.2021 e al 31.12.2021 per Ente erogatore

Ente Erogatore	STP			ENI		
	30.06.2021	31.12.2021	Variaz. %	30.6.2021	31.12.2021	Variaz. %
Asl Roma 1	2.786	7.386	165,1	872	1.303	49,4
Asl Roma 2	2.746	4.397	60,1	426	455	6,8
Asl Roma 3	1.765	2.460	39,4	507	569	12,2
Asl Roma 4	479	3.012	528,8	117	301	157,3
Asl Roma 5	340	504	48,2	104	107	2,9
Asl Roma 6	1.178	1.644	39,6	142	192	35,2
Asl Frosinone	614	852	38,8	42	42	0,0
Asl Latina	1.408	2.851	102,5	151	220	45,7
Asl Rieti	675	743	10,1	34	36	5,9
Asl Viterbo	282	417	47,9	32	25	-21,9
Policlinico Umberto I	1.588	2.014	26,8	290	290	0,0
Ifo e Inmp	2.786	4.280	53,6	422	547	29,6
Attre strutture ospedaliere	167	239	43,1	85	84	-1,2
Totale	16.814	30.799	83,2	3.224	4.171	29,4

Fonte: GrIS Lazio su dati Regione Lazio

Al 31 dicembre 2021 sono 156 le nazioni di appartenenza degli immigrati che hanno il codice Stp/Eni attivo (rinnovato o rilasciato nei sei mesi precedenti): 133 Paesi non comunitari (comprendenti anche 7 Paesi europei) e 23 Paesi dell'Unione europea. Le comunità maggiormente rappresentate sono quelle peruviana, romena, albanese, indiana e ucraina.

Complessivamente, all'inizio del 2022 sono stati conteggiati 34.970 straniere/i con codice Stp/Eni, di cui 30.913 con codice Stp (24.594 appartenenti a Paesi non europei e 6.319 europei non comunitari) e 4.057 con codice Eni (europei comunitari non iscrivibili)⁹. Tra il primo e il secondo semestre del 2021 c'è stato un incremento complessivo del 74,5%, più accentuato per gli Stp non europei (+97,6%), trainati in particolare dall'India (+250,9%) e dal Bangladesh (+122,3%), grazie soprattutto alle azioni di offerta attiva del vaccino realizzate nell'Agro Pontino (cfr., *infra*, pp. 87-90); dalle Filippine (+454,2%) e dalla Cina (+362,9%), per quanto riguarda l'area metropolitana di Roma, dove quindi sono emerse comunità che in precedenza avevano usato l'Stp in modo marginale. L'Afghanistan è stata la nazione

⁹ C'è una leggera discrepanza tra i numeri dei codici formalmente rilasciati e la distribuzione per Paesi a causa di alcuni errori di attribuzione delle nazionalità.

che ha maggiormente incrementato il numero di Stp rilasciati (+681,0%), ma ciò è dovuto all'ingresso in Italia di profughi evacuati con canali umanitari e ai quali è stata destinata un'offerta attiva della vaccinazione appena arrivati, quando ancora non avevano un titolo di soggiorno che avrebbe permesso loro l'iscrizione al Servizio sanitario regionale (Ssr).

LAZIO. Immigrati per genere e Paesi di provenienza* (al 30.06 e al 31.12.2021)					
Paesi e codici Stp/Eni	AL 30.06.2021		AL 31.12.2021		Variazione %
	Totale	% Donne	Totale	% Donne	
Perù (non europeo - Stp)	2.027	58,3	3.014	53,4	48,7
Romania (europeo - Eni)	2.461	42,4	2.902	41,1	17,9
Albania (europeo - Stp)	1.948	44,5	2.740	41,9	40,7
India (non europeo - Stp)	621	28,2	2.179	13,8	250,9
Ucraina (europeo - Stp)	1.040	69,8	1.830	66,7	76,0
Bangladesh (non europeo - Stp)	822	4,4	1.827	4,4	122,3
Georgia (non europeo - Stp)	717	72,1	1.529	78,7	113,2
Filippine (non europeo - Stp)	249	69,9	1.380	34,8	454,2
Afghanistan (non europeo - Stp)	158	9,5	1.234	40,3	681,0
Tunisia (non europeo - Stp)	817	7,6	1.117	7,1	36,7
Egitto (non europeo - Stp)	537	6,5	1.098	4,9	104,5
Marocco (non europeo - Stp)	634	17,5	873	14,5	37,7
Pakistan (non europeo - Stp)	636	2,4	781	3,1	22,8
Moldavia (europeo - Stp)	452	58,2	780	55,4	72,6
Cina (non europeo - Stp)	167	53,3	773	49,5	362,9
Nigeria (non europeo - Stp)	673	35,5	738	29,9	9,7
Brasile (non europeo - Stp)	434	31,8	706	38,8	62,7
Colombia (non europeo - Stp)	328	51,5	583	50,1	77,7
Bosnia Erzegovina (europeo - Stp)	541	57,5	535	58,5	-1,1
Polonia (europeo - Eni)	249	22,5	348	25,0	39,8
Totali Stp non europee	12.447	33,0	24.594	32,7	97,6
Totali Stp europei non comunitari	4.370	53,7	6.319	52,4	44,6
Totali comunitari Eni	3.221	40,1	4.057	39,3	26,0
Totale complessivo	20.038	38,9	34.970	37,0	74,5

*Aggregati per nazione di provenienza indipendentemente dal codice Stp/Eni ricevuto

Fonte: GrIS Lazio su dati Regione Lazio

Tra gli Stp europei l'incremento è stato più contenuto (+44,6%), con ucraini e moldavi rispettivamente cresciuti del +76,0% e +72,6%. I comunitari con codice Eni hanno avuto un incremento del 26,0%, con i romeni che, pur essendo al secondo posto tra coloro che hanno usufruito di un codice d'accesso, sono aumentati solo del 17,9%.

Tra le Asl, la Roma 4, la Roma 1 e quella di Latina sono quelle con il maggiore incremento di codici rilasciati, in particolare per gli Stp.

Cosa ci dicono questi numeri

Nel complesso la dimensione dei dati ci pone due ordini di problemi:

- l'esistenza di una consistente fetta di popolazione che non è garantita dal punto di vista sanitario e che è emersa per "necessità vaccinale" nel periodo della pandemia; in particolare sono stati scoperti o ri-scoperti alcuni gruppi nazionali quasi "invisibili" ai servizi;
- la parziale conoscenza della consistenza della popolazione immigrata presente in condizione di irregolarità tale da non permetterle l'accesso ordinario alle strutture del Ssr. A fronte di un numero di stranieri residenti nel Lazio di 625.572 unità, sono emersi 34.970 immigrati con codice Stp/Eni rilevati al 31.12.2021, il 5,6% rispetto alla popolazione non italiana e, considerando la distribuzione per territori dei codici erogati, potremmo attenderci una fetta di popolazione "non regolare" non ancora emersa.

Quanto alla loro composizione, sarebbe opportuno evidenziare, all'interno di questi dati, la quota dei minorenni, ai quali dovrebbe per norma essere garantita l'iscrizione al pediatra di libera scelta (PLs), in particolare in riferimento alla popolazione del sub-continente indiano o a quella nord africana, all'interno delle quali le recenti dinamiche dei ricongiungimenti familiari *de facto* possono essere indicative delle possibili presenze; inoltre, rilevando le comunità presenti ed evidenziando quelle più fortemente rappresentate, potremmo analizzarne la presenza nelle singole Asl, per allertare su ambiti di popolazione poco conosciuta.

Cosa dobbiamo fare con questi numeri

Alla luce di questi dati, il Ssr deve farsi carico di intercettare questa fascia di popolazione non regolare per garantire il pieno esercizio del diritto alla salute, in ottemperanza ai dettati della Costituzione che, in virtù dell'art. 32, non a caso parla di "individuo" e non di "cittadino"¹⁰.

All'emersione deve seguire un orientamento "attivo" ai servizi sanitari, in particolare alla rete degli ambulatori Stp/Eni e ai servizi a bassa soglia.

Per raggiungere questi obiettivi risulta imprescindibile il coinvolgimento delle comunità di stranieri/e presenti nel Lazio. L'esistenza di esempi virtuosi in singole Asl (per esempio, la costituzione di Consulte di salute interculturali) ci dice che possiamo portare "a sistema" queste "buone pratiche". Così come la valorizzazione del concreto lavoro di rete con l'associazionismo, anche sanitario, che tanto si è attivato durante la recente pandemia per raggiungere quella parte di popolazione, italiana e straniera, più "invisibile".

Pensiamo, in definitiva, che sia compito delle istituzioni programmare, come si è cercato di fare anche nel passato, un Piano di inclusione della popolazione straniera che comprenda azioni non solo sanitarie, ma anche sociali e culturali. A tal fine il Gruppo di lavoro regionale per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, che ben ha lavorato per la recente

¹⁰ F. Gnolfo, a cura di, *Percorsi assistenziali per cittadini stranieri. Elementi teorici e metodologici di salute interculturale*, Pendragon, Bologna, 2012, pp. 46-55.

delibera citata all'inizio di questo capitolo, grazie alla presenza al suo interno di operatori del servizio pubblico e dell'associazionismo in stretto contatto con i territori, può fornire idee e proposte per l'elaborazione di tale Piano, che dovrà prevedere come contenuti irrinunciabili lo sviluppo di dispositivi di comunicazione e di mediazione linguistico-culturale con il contributo del privato sociale e delle comunità straniere.

Considerazioni preliminari... o finali?

La letteratura scientifica che analizza il comportamento della popolazione straniera nell'utilizzo dei servizi sanitari è concorde nel rilevare che la popolazione straniera, più di quella italiana, mostra sia un utilizzo inappropriato delle strutture sanitarie di emergenza (maggiore accesso improprio al Pronto soccorso, maggior numero di ricoveri evitabili) sia un ridotto accesso ai programmi di prevenzione e ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva (maggiore ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza - Ivg, ridotta assistenza in gravidanza)¹¹. Questi fenomeni possono interessare tanto più quella parte di popolazione straniera che non ha un accesso regolare ai servizi sanitari, in quanto non iscritta al Ssr, e che quindi è portata a ricorrere alle strutture sanitarie solo per necessità "inderogabili" (Pronto soccorso, gravidanza, Ivg).

Alla luce di queste considerazioni possiamo affermare che, all'interno di una diffusa azione per promuovere la salute in tutta la popolazione presente nei nostri territori, deve essere impegno prioritario delle istituzioni garantire il diritto di fruire, anche attraverso il codice Stp/Eni, della rete di ambulatori di medicina generale dedicati, che possono a loro volta orientare verso gli altri servizi pubblici, sanitari e sociali. Il GrIS, come sempre ha fatto, si pone in una concreta disponibilità alla collaborazione con le istituzioni, ma nel contempo con il proprio impegno vuole affermare come la tutela della salute deve essere garantita sempre, non solo nei momenti emergenziali, senza alcuna esclusione.

¹¹ Vedi i periodici Rapporti "Osservasalute" editi dall'Università Cattolica del Sacro Cuore da oltre 15 anni: <https://www.osservatoriosullasalute.it/>.