C A R I T A S D I O C E S A N A D I R O M A

Il diritto alla salute degli immigrati

Scenario nazionale e politiche locali

di Salvatore Geraci e Barbara Martinelli

LUGLIO 2002

Questa pubblicazione è l'aggiornamento di una analoga ricerca condotta dall'Area sanitaria della Caritas di Roma e pubblicata alla fine del 1996 nel volume "Immigrazione e salute: un diritto di carta?" a cura di Salvatore Geraci, edizione Anterem.
Negli anni 1999 e 2000 il progetto di ricerca è stato finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Affari Sociali, **Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati** presieduta dalla prof.ssa Giovanna Zincone, e risultati parziali sono stati pubblicati nei due rapporti che la Commissione ha editato (Primo e Secondo Rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia, il Mulino, 2000 e 2001).
La documentazione è stata ampliata grazie alla collaborazione della **Commissione per la salute degli immigrati** del Ministero della sanità (1999-2001) e del **Gruppo di lavoro Salute e Immigrazione** dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (1999 e 2000).
Indispensabile per il continuo aggiornamento è la rete di contatti istituzionali e non della **Società Italiana di Medicina delle Migrazioni** che ha patrocinato questa pubblicazione.
Negli anni sono stati individuati dei **referenti regionali** che hanno con noi strettamente collaborato.
Oltre ai curatori di questo rapporto, negli anni sono stati molti i **volontari della Caritas** che hanno partecipato e reso possibile la ricerca.
A tutti gli "attori" di questo lavoro, mai conclusivo, un sentito ringraziamento.
Per i dati sull'immigrazione si ringrazia l'equipe del **Dossier Statistico Immigrazione Caritas.**

Salvatore Geraci: laureato in Medicina e Chirurgia, è responsabile dell'Area sanitaria della Caritas di Roma; da oltre 16 anni impegnato in questo specifico campo; direttore del Corso residenziale Medicina delle Migrazioni giunto alla decima edizione; presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, partecipa a vari "tavoli" istituzionali sul tema "Immigrazione e salute".

Barbara Martinelli: laureata in Economia e Commercio con una tesi su "L'evoluzione dell status giuridico dello straniero extracomunitario in Italia nella disciplina del rapporto di lavoro, della tutela previdenziale e sanitaria alla luce dell'attuale legge quadro sull'immigrazione"; dal 1999 è referente dell'Area sanitaria della Caritas romana per l'Osservatorio sulle politiche sanitarie locali circa gli immigrati e gli zingari. Fa parte dell'equipe di direzione del Centro studi e documentazione dell'Area sanitaria.

Quaderni di InformaArea, n. 2, luglio 2002

È possibile riprodurre parzialmente dati e considerazioni contenuti in questo volume, informandone gli autori, citandone la fonte e trasmettendo copia dell'eventuale lavoro prodotto.
Eventuali suggerimenti ed aggiornamenti sono graditi.

Area Sanitaria Caritas di Roma
via Marsala, 103 - 00185 Roma
tel. 06.4454791 fax 06.4457095
email: caritas@iol.it

Caritas Diocesana di Roma
Piazza S. Giovanni in Laterano, 6 - 00184 Roma

indice

presentazione
MONS. GUERINO DI TORA ..... pag. 5

introduzione
DOTT. SALVATORE GERACI 7

premessa metodologica
Metodologia della ricerca 9
Gruppo di lavoro 9
Percorsi ed obiettivi intermedi 9
Costituzione della rete dei referenti regionali 10
Confronto con il quadro normativo nazionale 11
Predisposizione di schede specifiche come strumento di analisi 11
Variabili analizzate per le politiche a favore degli immigrati 11
Realizzazione di una nuova griglia sintetica per l'analisi comparativa delle azioni locali (Az. Usl) 12

capitolo 1
il diritto alla salute per gli immigrati
Premessa 15
Immigrazione e salute 16
Evoluzione della normativa nazionale 17
La programmazione sanitaria attuale 23

capitolo 2
le politiche locali
Considerazioni generali 27
Nord Italia 29
Centro Italia 33
Sud Italia e Isole 37
Conclusione? 39

bibliografia 41

schede regionali
Abruzzo 44
Basilicata 46
Calabria 47
Campania 48
Emilia Romagna 50

Friuli Venezia Giulia 53
Lazio 55
Liguria 59
Lombardia 61
Marche 63
Molise 65
Piemonte 66
Puglia 68
Sardegna 70
Sicilia 71
Toscana 73
P. A. Trento 76
P. A. Bolzano 80
Umbria 81
Valle d'Aosta 84
Veneto 86

allegati

Servizi da "riorientare": il documento del Gruppo Salute e Immigrazione del CNEL 92
Le 10 regole per l'assistenza sanitaria agli immigrati: il decalogo per gli operatori 95
Le 10 regole per l'assistenza sanitaria agli immigrati: il decalogo per gli utenti 96
Assistenza sanitaria agli stranieri: guida pratica alla normativa vigente 97
Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286: artt. 34, 35 e 36 99
Decreto del Presidente della repubblica 31 agosto 1999, n. 394: artt. 42, 43 e 44 101
Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 del Ministero della sanità 103

elenco siti utili 111

caritas diocesana di roma: area sanitaria 112

presentazione

MONS. GUERINO DI TORA
direttore Caritas Diocesana di Roma

Non ci stancheremo mai di ripeterlo. L'immigrazione, la presenza di donne, uomini, bambini stranieri ed immigrati nel nostro paese è una grande opportunità, un'occasione, una risorsa.
E non perchè la popolazione italiana sta invecchiando e serve qualcuno che paghi la nostra pensione o perchè servono "braccia" e lavoratori per occupazioni che gli italiani non vogliono più fare.
Non per il fatto che le scuole soprattutto materne ed elementari si ripopolano, i reparti di ostetricia risuonano di pianti di bimbi come trenta anni fa, e gli studi dei pediatri sono sempre più colorati.
Nemmeno è una risorsa perchè altrimenti non sapremmo a chi affidare i nostri figli piccoli o nostri vecchi genitori, o perchè altrimenti i reparti di medicina e di chirurgia collasserebbero per mancanza di personale infermieristico e molte fabbriche e piccole imprese del "mitico nord-est" chiuderebbero e i pomodori delle assolate piane del sud seccherebbero sulle piante.
L'opportunità è l'incontro, la relazione con persone di culture e tradizioni diverse dalla nostra, l'occasione è quella di restituire quanto, nel nome di una economia globale, abbiamo preso e stiamo continuando a prendere dai loro paesi quasi che il mondo fosse un supermercato per una minoranza di spreconi opulenti. La risorsa è il costringerci a ripensare a dei diritti dati per scontati e che invece necessitano una costante rivisitazione, rivedere una organizzazione socio-assistenziale ormai per tanti versi sclerotizzata e che spesso non riesce a rispondere nemmeno ai bisogni degli italiani e non solo dei più deboli.
L'immigrazione ha spinto la Caritas di Roma, una ventina di anni fa, ad occuparsi di salute non solo in termini assistenziali ma anche nella riflessione, nello studio e conoscenza, nella difesa di diritti irrinunciabili come appunto quello alla salute.
Questa ricerca nasce da lontano, da quando il diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria era nascosto per molti immigrati e addirittura negato per altri.
Nascosto agli immigrati regolarmente presenti da una miriade di norme e procedure burocratico-amministrative che lo rendevano di fatto non fruibile.
Negato agli stranieri temporaneamente non in regola con le norme del soggiorno, gli irregolari e clandestini, veri uomini e donne ombra nel nostro paese: fino ad una manciata di anni fa, non era permesso loro di ammalarsi e se dovevano farlo doveva essere in forma grave, altrimenti non potevano essere assistiti.
Anche grazie al nostro impegno e di molti altri con cui abbiamo condiviso la stessa strada, il diritto è emerso, è stato garantito per legge, è diffusamente conosciuto.
La popolazione di immigrati in Italia, ha cominciato ad utilizzare i servizi e così stanno emergendo alcune aree critiche per la salute ma anche l'inadeguatezza della nostra organizzazione soprattutto a livello locale.
Proprio localmente si è spostata la sfida di civiltà che è quella di garantire a tutti il diritto alla salute ed è proprio a livello locale dove si è spostata anche la nostra attenzione.
Questa ricerca vuole essere uno strumento di conoscenza di quello che si sta facendo dal punto di vista normativo e programmatico a livello regionale per garantire la salute degli stranieri ma anche uno stimolo per quelle realtà territoriali, e sono ancora troppe, dove poco si è fatto.
Ed alla fine scopriremo che porre attenzione a questa specifica realtà, significa migliorare la qualità dei servizi per tutti, vecchi e nuovi cittadini, in un percorso comune di crescita e di feconda convivenza.

introduzione

DR. SALVATORE GERACI
responsabile Area sanitaria Caritas di Roma
presidente Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

La medicina è una scienza sociale
e la politica è medicina su grande scala.
(Rudolf Virchow: patologo tedesco vissuto nel XIX secolo)

Abbiamo avuto modo di dirlo più volte ed intendiamo anche in questa sede sottolinearlo: oggi in Italia disponiamo di un corpo legislativo che consente a tutti i cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, percorsi di protezione per la loro salute, garantendo, almeno teoricamente, l'accesso ai servizi sanitari in gran parte dei casi alle stesse condizioni dei cittadini italiani.
Quasi tutti coloro che sono presenti regolarmente in Italia devono (è un diritto/dovere) essere iscritti al Servizio sanitario nazionale ed anche coloro che sono presenti temporaneamente, sebbene in condizione di irregolarità giuridica, hanno garantite le prestazioni urgenti, essenziali, continuative e preventive in una logica di tutela del singolo che diventa tutela della collettività.
Per i minori e le donne straniere si è costruito un sistema che permette di intercettare con certezza il bisogno sanitario, spesso intrecciato con quello sociale, e che fornisce gli strumenti, almeno normativi, per rispondere concretamente.
Nonostante la nuova legge sull'immigrazione a firma di Bossi e Fini (al momento della stesura di questo testo, il disegno di legge è all'esame del Senato) abbia una impostazione diversa dalla legge nazionale n. 40 del 1998, gli articoli di tutela sanitaria per gli stranieri non vengono modificati a sottolineare una sostanziale condivisione politica circa questo tema. Ciò per altro è dimostrato dal fatto che Regioni di colore politico diverso da chi ha predisposto l'articolato sanitario (in quel periodo era ministro della sanità l'on. Rosy Bindi che a sua volta riprendeva una impostazione specifica sul tema proposta dal suo predecessore, prof. Elio Guzzanti) hanno non solo cercato di far conoscere ed applicare la normativa ma l'hanno implementata a livello locale (due esempi per tutti sono la Regione Lazio e il Veneto).
Ed è a livello locale, considerato anche l'avanzato federelismo proprio in sanità, che bisogna guardare perchè delle buone norme nazionali diventino prassi e il diritto dalla carta si realizzi anche nell'accessibilità e fruibilità delle prestazioni; bisogna vigilare perchè la burocrazia, nazionale e locale, non ricominci a tessere la sua ragnatela che spesso paralizza anche le migliori intenzioni di tutela.
Riportiamo in questo volume i risultati di una ricerca o meglio *i dati in itinere di una osservazione continua* sulle norme e sulle politiche locali in tema di promozione della salute degli immigrati in Italia, perchè possa essere un altro tassello di quel puzzle, mai finito e a volte interrotto (vedi la nuova normativa nazionale) delle politiche di accoglienza, inserimento ed integrazione dei cittadini immigrati, di questi nuovi concittadini.

premessa metodologica

METODOLOGIA DELLA RICERCA

Questo rapporto fa riferimento ad una ricerca che nasce da lontano: dal 1994, quando come Area sanitaria della Caritas, abbiamo deciso di monitorare le norme a livello nazionale e locale che garantiscono la tutela e la promozione della salute della popolazione straniera in Italia. L'esigenza nasceva dall'esperienza del Poliambulatorio Caritas alla stazione Termini di Roma, dove ogni giorno si incontravano, e si incontrano, decine di immigrati che non riuscivano a fruire delle prestazioni sanitarie del Servizio sanitario nazionale (Ssn) per vari motivi, in primo luogo perché le difficoltà amministrative, burocratiche e relazionali erano, e in parte lo sono ancora, una vera barriera spesso invalicabile. Questo monitoraggio continuo ha prodotto nel tempo varie pubblicazioni, in particolare ricordiamo il volume "Immigrazione e salute: un diritto di carta?" con la presentazione dell'allora Ministro della sanità, on. Rosy Bindi; pubblicazioni e rapporti che hanno realmente stimolato a legiferare nel senso di inclusione nel sistema dei diritti sanitari, e dei doveri, anche degli stranieri a diverso titolo presenti nel nostro paese.

L'interesse suscitato dalla ricerca ha indotto la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Affari Sociali, Commissione per le politiche d'integrazione degli immigrati presieduta dalla prof.ssa Giovanna Zincone, a finanziarla per due anni, ed ancora il Ministero della sanità ad utilizzarla come strumento di lavoro per la Commissione per la salute degli immigrati istituita alla fine degli anni novanta ed operativa fino a metà 2001.

Per lavorare al meglio, ci siamo dati degli strumenti metodologici finalizzati ad ottenere rigorosità e struttura e, contemporaneamente, a creare informazione e formazione non solo per i destinatari ma anche per gli stessi ricercatori coinvolti in questo lavoro. La metodologia con il tempo, con l'esperienza e con i contatti e canali consolidati, si è modificata ma sostanzialmente è possibile ricondurla ai punti fondanti che riportiamo di seguito.

GRUPPO DI LAVORO

È stato costituito un gruppo di lavoro, già nel 1995, modificatosi nel 1999, che unisce ad una completa condivisione delle finalità, componenti diversificate per esperienze ed attività professionale: la revisione critica dei risultati e le valutazioni periodiche del metodo sono state guidate dall'esperienza e dalle conoscenze dei responsabili dell'Area sanitaria della Caritas, a contatto quotidiano con aspetti teorici e realizzazioni concrete da parte degli Enti e strutture locali.

Per gli specifici orientamenti professionali in campo legislativo, economico e socio-sanitario, i ricercatori, comunque coinvolti in esperienze di volontariato nell'ambito dell'assistenza sanitaria agli immigrati, hanno lavorato sottolineando i diversi aspetti di questa problematica.

Per tali motivi i risultati ottenuti dai singoli ricercatori e le successive analisi sono state sottoposte a valutazione di gruppo, in riunioni periodiche, per ottenere un prodotto finale più completo e contemporaneamente una crescita e arricchimento di tutti i ricercatori.

Da metà del 2000 si è deciso di ridefinire e ridimensionare il gruppo di lavoro incaricando una persona, in continuità con quanto fatto gli anni precedenti, che potesse mantenere i contatti, raccogliere e realizzare una prima analisi del materiale, ed infine fare riferimento ad alcuni consulenti che potessero dare delle chiavi di lettura e degli input interpretativi adeguati. In una parola da gruppo di lavoro finalizzato ad una ricerca puntuale, si è dato avvio ad un **Osservatorio permanente**.

PERCORSI ED OBIETTIVI INTERMEDI

Il momento iniziale del percorso metodologico è stata l'elaborazione di una tabella con obiettivi intermedi e finali e rispettivi tempi di realizzo, compresi i rapporti periodici per gli eventuali committenti, utili anche ai ricercatori per la strutturazione del lavoro successivo.

La seconda tappa metodologica è stata quella di coinvolgere nella ricerca della legislazione regionale, delle delibere e dei progetti realizzati o in fase di realizzo, i responsabili di specifici uffici regionali, preziosi referenti per l'ovvio ruolo istituzionale e per l'imprevedibile sensibilità personale.

Per tale motivo, agli inizi della ricerca, abbiamo contattato gli uffici romani delle singole regioni da cui abbiamo ottenuto gli organigrammi relativi agli assessorati competenti; successivamente abbiamo contattato direttamente i funzionari degli uffici immigrazione, sanità, servizi sociali, agenzie e strutture universitarie coinvolte in progetti di collaborazione, attraverso telefonate di preavviso e comunicazioni scritte; infine si sono rese necessarie, in alcuni casi, telefonate di conferma e sollecito delle risposte. Periodicamente è stato necessario aggiornare l'intero indirizzario.

Tale lavoro capillare è risultato utile perché finalizzato:
- all'ottenimento più completo del materiale legislativo;
- alla sensibilizzazione dei vari interlocutori, coinvolti in assai varia misura nel campo della salute degli immigrati;
- alla strutturazione di un indirizzario utile alla nostra ricerca e ad eventuali processi di collegamento interregionale.

Peraltro nel corso di questa fase sono stati utilizzati come "indicatori di interesse" delle diverse regioni i tempi di risposta e i tempi di invio dei materiali richiesti, così come la richiesta dei rapporti precedentemente pubblicati dall'Area sanitaria della Caritas inerenti gli aspetti socio-sanitari della popolazione migrante.

Il terzo momento è stato caratterizzato dall'analisi del materiale legislativo già in nostro possesso riguardante esclusivamente le leggi regionali in materia di immigrazione relativamente al periodo 1988-1995, esteso poi al 1998 e quindi aggiornato annualmente.

L'analisi continua delle leggi ha portato alla formulazione di una **griglia** le cui voci rappresentano i concetti principali affrontati dal legislatore; l'elaborazione della griglia è stata parte essenziale di una prima fase finalizzata:
- a identificare politiche locali, anche se di limitata attualità nei confronti della legislazione nazionale, per la risposta al bisogno di salute degli immigrati;
- a preparare il confronto fra questi aspetti ed i corrispondenti dell'attuale legge nazionale;
- a capire la proiezione o la arretratezza delle singole regioni nell'affrontare tali argomenti rispetto agli input nazionali e delle regioni circostanti;
- a realizzare uno strumento sintetico di agevole consultazione per la realizzazione di una rete interregionale di coordinamento fra politica, amministrazione e volontariato.

Dopo aver analizzato il materiale normativo in nostro possesso abbiamo provveduto a formulare delle **schede regionali** che abbiamo inviato a ciascuna Regione per verificare la validità e l'accuratezza della nostra interpretazione della normativa. Abbiamo dato così la possibilità alla Regione di apportare le eventuali correzioni che ritenesse opportune.

Periodicamente abbiamo redatto dei rapporti preliminari e rapporti finali per anno (1996; 1999 e 2000) che abbiamo inviato alle Regioni ed a vari ambiti istituzionali individuati come destinatari utili per la prosecuzione ed ampliamento della ricerca (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro e Ministero della Sanità). Si è deciso inoltre di allargare l'analisi ai documenti programmatici regionali (Piani sanitari regionali) come indicatori di attenzione alla problematica in oggetto.

Infine si è voluto, almeno per un periodo (2000-2001), "capillarizzare" l'indagine riferendoci direttamente a livello di singole Aziende Usl, chiedendo tramite lettera, di inviarci materiale relativo al tema della ricerca con il doppio intento di acquisire direttamente elementi di una progettualità locale e di avere indirettamente informazioni su eventuali disposizioni regionali e di come queste siano state recepite territorialmente. Le risposte delle Aziende Usl che, per scelta metodologica, non sono state ulteriormente sollecitate, sono state utilizzate anch'esse come "indicatori d'interesse".

La raccolta, la catalogazione e l'analisi del materiale ha permesso la stesura del presente rapporto finale della ricerca che può dare una valutazione quantitativa e qualitativa dell'impegno a vari livelli per garantire il diritto alla salute ed all'accesso alle prestazioni sanitarie della popolazione straniera.

L'invio ai vari referenti di questa pubblicazione vuole anche essere lo stimolo per continuare un monitoraggio, una azione di rete, un continuo scambio e sollecitazione a livello locale, istituzionale e non, perché il processo di inserimento e di integrazione, anche sanitaria, di questi nuovi cittadini sia sempre più adeguato ed arricchente.

Costituzione della rete dei referenti regionali

Preliminare alla richiesta di collaborazione ufficiale è stato il contatto telefonico con gli uffici regionali a Roma; durante questa fase sono emersi alcuni aspetti relativi alla gestione delle problematiche salute e immigrazione, confermati in seguito nel contatto diretto con le strutture politico-amministrative delle varie regioni.

Gli uffici regionali contattati a Roma non sono stati sempre in grado di fornire indicazioni su servizi e funzionari utili per individuare i referenti diretti ai fini della nostra ricerca.

Inoltre a livello istituzionale più alto è stato difficile trovare un'unica sede di riferimento per la gestione di un tema così complesso quale la tutela della salute per immigrati.

Nel processo di costruzione della rete dei referenti si è rivelata di valido supporto la partecipazione a seminari e convegni interregionali sul tema immigrazione e salute. In queste occasioni gli incontri diretti con chi opera quotidianamente per la tutela della salute degli immigrati nelle strutture sanitarie pubbliche e nel privato sociale, ci ha permesso di recepire gli orientamenti politico-istituzionali ed amministrativi delle singole regioni. Tali

testimoni privilegiati rappresentano uno snodo della rete particolarmente significativo nei processi di comunicazione interregionale. In particolare sono stati incontrati operatori oltre che a Roma e in varie città del Lazio, anche a Milano, Brescia, Novara, Genova, Udine, Foggia, Bergamo, Palermo, Modena, Venezia, Lucca, Napoli, Caserta, Padova, Vicenza, Verona, Prato, Firenze, Terni, Reggio Emilia, Sassari, Bari, Siena, ...).
Infine si è cercato di valorizzare alcuni ambiti istituzionali con cui si è lavorato nell'ottica di creare una rete di referenti:

- **Gruppo Salute e Immigrazione** dell'*Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri* del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) che per il 2000 si è posto la finalità di *"fornire una proposta organizzativa agli Enti locali ed alle Aziende sanitarie per favorire l'accesso ai servizi ed alle prestazioni dei cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale (anche eventualmente con dei processi di offerta attiva)"*.
- **Commissione di studio sugli aspetti sanitari dell'immigrazione** istituita dal Ministro della sanità presso il *Servizio Studi e Documentazione del Ministero della sanità* che ha avuto, tra gli altri, i seguenti obiettivi: monitoraggio dello stato di applicazione della normativa vigente; verifica del grado di accessibilità e dell'organizzazione dei servizi sanitari; studio dei modelli assistenziali per la promozione della salute e per l'assistenza sanitaria; stesura del Progetto obiettivo "Salute degli immigrati" previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000.

In tali ambiti si è lavorato sia con esperti sul tema sia con rappresentanti di Enti locali, istituzioni ed associazioni impegnati sul campo, istituzionale e no, della promozione della salute dei cittadini stranieri. Sono stati condivisi i risultati periodici di questa ricerca, è stata verificata l'impostazione metodologica, sono state raccolte indicazioni e ulteriori materiali.

Confronto con il quadro normativo nazionale

Poiché il primo passo per rendere fruibile un servizio così complesso quale è quello sanitario, implica norme chiare che ne regolamentino l'accesso e rendano leggibile il diritto a chi deve fruirne, si è ritenuto importante mettere in luce come la legge regionale si situi rispetto al quadro normativo nazionale.

Predisposizione di schede specifiche come strumento di analisi

Le caratteristiche di analisi e contemporaneamente di sintesi hanno individuato nelle **schede regionali** costruite mediante una **griglia** disegnata "ad hoc", uno strumento valido per l'analisi legislativa all'interno di ogni singola Regione e per la comparazione fra le diverse regioni, degli "indici di sensibilità" riguardo la tutela della salute degli immigrati.
Questo strumento comparativo è stato applicato per aggiornare continuamente le schede regionali.

Variabili analizzate per le politiche a favore degli immigrati

I principali concetti di riferimento evidenziati nelle schede regionali sono strettamente legati alla tutela della salute ed all'accesso ai servizi per l'assistenza sanitaria: è necessario però sottolineare che alcune voci, solo apparentemente distanti dal concetto di salute, sono state ritenute importanti ed inserite nella griglia per una più completa valutazione.
La griglia per l'analisi della normativa e le schede regionali che ne derivano si articola nelle seguenti voci:

Destinatari

Si è scelto di inserire, come voce della griglia, i destinatari della legge in parte per evidenziare la grande eterogeneità esistente nell'approccio delle diverse regioni al tema dell'immigrazione, e in parte perché è importante sottolineare gli effettivi destinatari dei benefici delle leggi analizzate.
La fascia dei destinatari della legge si è notevolmente ampliata con l'emanazione della legge quadro sull'immigrazione, confluita con Decreto Legislativo (D.lgs.) n. 286/1998 nel Testo Unico (TU). Il TU identifica come destinatari della normativa nazionale i cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea e gli apolidi, senza distinguere più tra lavoratore extracomunitario, cittadino extracomunitario, residenti, dimoranti, familiari, minori ed altre categorie, come riscontrato nelle leggi regionali analizzate. Pertanto si intuisce come le regioni, che nelle rispettive leggi fanno riferimento a questa tipologia di destinatari, dovranno provvedere ad uniformarsi alla legge nazionale, alcune cambiando radicalmente i destinatari della propria normativa, altre che nello spirito e nella sostanza hanno già anticipato la Legge (L.) 40/1998, apportando semplicemente qualche integrazione.

Istituzione della Consulta

Di questa istituzione, prevista dalla L. 39/1990, si sottolineano due interessanti risvolti. Da una parte l'impegno a considerare pareri diversi relativi a molteplici aspetti quali l'identità culturale, la formazione scolastica e pro-

fessionale, l'assistenza sociale e sanitaria, essenziali a favorire l'integrazione dell'immigrato nella società italiana; dall'altra il tentativo di facilitare la partecipazione attiva dello straniero all'interno della possibile definizione di politiche. Grazie alla presenza di rappresentanti degli immigrati e delle associazioni più qualificate per la gestione del fenomeno immigrazione, è infatti possibile captare più rapidamente i problemi e rispondere con soluzioni più mirate ed efficaci. Accanto a questo "strumento", che però spesso non ha risposto alle aspettative e che continuerà ad essere normato dalle regioni, l'articolo 3, comma 6 del TU prevede i Consigli Territoriali per l'immigrazione istituiti a livello provinciale, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri da adottarsi di concerto con il Ministro dell'Interno. E' responsabilità del Prefetto assicurare la formazione e il funzionamento di detti Consigli. Questi Consigli hanno compiti di analisi delle esigenze degli immigrati e di promozione degli interventi da adottare a livello locale, in collegamento con le Consulte regionali, e sono coordinati dalla Consulta per l'immigrazione istituita a livello nazionale.

Collaborazioni con Università, con Enti o associazioni

La partecipazione attiva alla gestione del problema della salute dei migranti da parte di strutture del privato sociale permette di leggere con una certa precisione i bisogni ai quali le strutture pubbliche non sempre hanno saputo dare una risposta. Inoltre, generalmente, tale partecipazione costituisce un "valore aggiunto" rispetto agli standard sanitari del territorio. E' indubbio d'altra parte che l'auspicabile integrazione fra pubblico e privato sociale possa favorire una migliore comprensione del fenomeno migratorio nonché un'ottimizzazione nell'articolazione della risposta al bisogno di salute di una determinata popolazione.

In alcune leggi regionali è stata espressa la volontà di cercare una collaborazione per la gestione della tutela della salute con strutture estranee all'amministrazione locale, in particolare con le Università e gli Istituti di Ricerca, per coinvolgerle nella valutazione del fenomeno immigratorio. Le strutture del volontariato vengono invece valorizzate per la realizzazione di progetti concreti intesi a favorire la promozione della salute degli immigrati.

Tutela della salute

Questo punto è il fulcro della ricerca ed è stato elaborato attraverso l'integrazione di diversi articoli presenti all'interno della stessa legge, da quello relativo alle finalità fino a quello che descrive le modalità d'accesso ai servizi sanitari. Considerarli tutti è stato necessario perché si è voluti partire da un concetto di salute inteso in senso globale come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Nella valutazione abbiamo tenuto davanti, come ideale punto d'arrivo, le innovazioni apportate dal TU in ambito sanitario.

E' interessante notare che questi stessi aspetti innovativi della tutela della salute della popolazione immigrata si sono riscontrati a volte in alcune leggi o delibere regionali prodotte prima del TU. Ciò conferma il loro carattere innovativo e anticipatorio rispetto al contesto nazionale di riferimento.

La griglia ridisegnata, pone come voci di confronto anche alcuni ambiti di promozione della salute individuati come prioritari dal Piano sanitario nazionale e dal primo Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, promulgato con Decreto del Presidente della Repubblica il 5 agosto 1998 (Parte terza: politiche di integrazione. Garantire pari opportunità di accesso e tutelare le differenze).

È stato scelto questo metodo per indicare chiaramente alcuni punti qualificanti che le nuove normative regionali necessarie dopo il TU, devono tenere presenti nel ridefinire i propri obiettivi locali.

La lettura, considerando la prevedibile inadeguatezza delle leggi regionali attuali rispetto al nuovo quadro normativo di riferimento, è stata estesa a delibere locali particolarmente significative. In alcune regioni si è cercato di andare ulteriormente in profondità nell'analisi ricercando progetti e norme a livello Comunale se non in ambito delle singole Aziende sanitarie.

REALIZZAZIONE DI UNA NUOVA GRIGLIA SINTETICA PER L'ANALISI COMPARATIVA DELLE AZIONI LOCALI (AZ. USL)

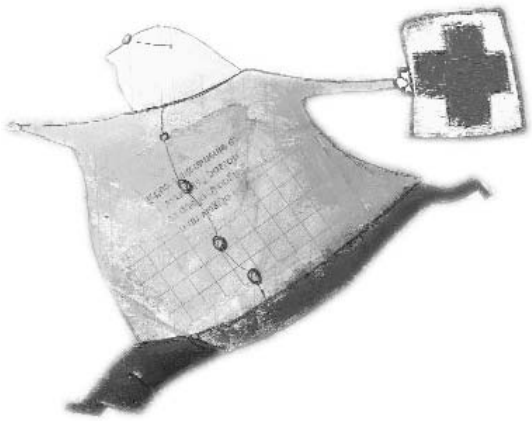
L'aver coinvolto strutturalmente nella ricerca, seppur limitatamente nel tempo, anche le realtà territoriali del Ssn, ha imposto la realizzazione di un nuovo strumento di lavoro che potesse sintetizzare i dati raccolti. È così stata elaborata una nuova griglia di comparazione per la popolazione immigrata, tenendo conto di quanto emerso in particolare nei lavori del gruppo del CNEL sull'accesso degli immigrati ai servizi sanitari. Sono state individuate le seguenti voci tematiche da monitorare nelle politiche aziendali:

- *formazione specifica degli operatori:* verificare se nelle priorità formative di un'Azienda sanitaria fosse presente un'attenzione particolare al tema dell'immigrazione (anche se con aspetti diversi: informazione sulla normativa, formazione relazionale, aggiornamento su patologie, ...) ci è parso un indicatore essenziale;
- *strumenti di orientamento, guide per gli utenti:* come il precedente è un indicatore per valutare l'attenzione

per garantire l'accesso a tutti gli stranieri (sia quelli in condizione di regolarità giuridica sia quelli irregolari e clandestini);

- *programmi/progetti nell'area materno-infantile e per la salute della donna:* è una delle aree critiche della salute degli immigrati (sia regolari e clandestini) e ciò giustifica una organizzazione specifica e maggiormente sensibile;
- *ambulatori dedicati agli immigrati irregolari (stp):* è un ambito di specifico intervento che la normativa nazionale rimanda alle Regioni e di conseguenza alle Aziende sanitarie. Le politiche locali condizionano tale scelta che però indica una particolare attenzione al tema;
- *progetti sulla prostituzione straniera* (riduzione del danno, orientamento sanitario, ...): tra le situazioni sociali che condizionano maggiormente la salute e sono significative per diffusione e consistenza quantitativa, ci è sembrato un sensibile indicatore di attività;
- *osservatorio sul fenomeno/flussi di dati:* la conoscenza ed il monitoraggio del fenomeno, della domanda di salute e delle risposte più o meno organizzate sul piano qualitativo e quantitativo, è un punto irrinunciabile di ogni ambito progettuale specifico.

capitolo 1
il diritto alla salute per gli immigrati



PREMESSA

"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti" (art. 32 della Costituzione Italiana). Da questo articolo si può evincere come la stessa Costituzione con il termine "individuo" includa nell'ambito della tutela non solo il cittadino italiano, ma chiunque si trovi all'interno dei confini della Repubblica, operando così secondo una logica di tutela e prevenzione collettiva; infatti tutelando il singolo essere umano, senza esclusione alcuna, si riesce a realizzare anche l'interesse della collettività. Tale tutela, che risponde anche ad un'esigenza di solidarietà umana, richiede però un impegno da parte di ognuno affinché anche i meno abbienti possano godere delle prestazioni necessarie per il mantenimento e/o il recupero della salute. Come enunciato altrettanto chiaramente all'art. 53 della Costituzione, tale impegno consiste nella compartecipazione di tutti alla spesa sostenuta dallo Stato, attraverso un gettito contributivo differenziato in base al reddito.

La Legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978 segna il passaggio da un sistema fondato sull'INAM e su una rete di Casse Mutue, a base corporativa o di categoria, ad un sistema di erogazione delle prestazioni a carattere universalistico con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale. Tale cambiamento contribuisce a superare il concetto tradizionale di tutela legato alla comparsa della malattia che imponeva il verificarsi dell'evento per poter intervenire e non contemplava la possibilità di interventi preventivi.

Progressivamente si va oggi affermando una concezione della salute come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: "la salute è uno stato di benessere fisico, psichico e sociale e non consiste più soltanto in un'assenza di malattia o d'infermità", in una prospettiva che esalta il risultato da raggiungere (lo stato di benessere) e dunque privilegia il momento preventivo su quello curativo. L'OMS ha il compito di promuovere la cooperazione internazionale per il miglioramento e la protezione della salute dei popoli. A questo proposito è importante ricordare la Carta di Ottawa elaborata il 21 novembre 1986 durante la prima Conferenza Internazionale sul tema della promozione della salute che mirava a conferire alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul livello di salute e migliorarlo.

LE ATTIVITÀ E LE STRATEGIE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE
ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ
"CARTA DI OTTAWA"

• Le tre attività essenziali

1) ***to enable:*** è l'attività finalizzata a mettere in grado gli individui e la comunità di controllare e migliorare la salute;

2) ***to mediate:*** è l'attività finalizzata ad attivare la mediazione tra gli interessi diversi e, non di rado, in contrapposizione tra differenti organizzazioni per il raggiungimento della salute;

3) ***to advocate:*** è l'attività finalizzata a patrocinare e sostenere i meno favoriti nella Comunità in nome dell'equità.

• Le cinque azioni strategiche

1) Costruire politiche pubbliche per la salute
2) Creare ambienti che favoriscono le scelte sane delle persone
3) Sviluppare e favorire le azioni della comunità
4) Aumentare la capacità e le risorse individuali
5) Riorientare i servizi sanitari

OMS, 1986

A questa conferenza organizzata congiuntamente dall'OMS, dal Ministero della sanità e del benessere sociale del Canada e dall'Associazione canadese di sanità pubblica, hanno partecipato ben 212 delegati di 38 Paesi. Questi si sono prefissati l'obiettivo di condividere un'azione mirante alla salute per tutti nell'anno 2000; l'ampia partecipazione sottolinea come il cammino verso una nuova concezione della salute pubblica sia ormai manifesto in tutto il mondo. L'impegno consiste nell'affrontare i problemi come l'inquinamento, i rischi lavorativi, la mancanza di alloggi per sovrappopolazione, nel colmare le differenze del livello di salute presente nelle varie società, nell'intervenire nel campo delle politiche pubbliche sulla salute per garantire un trattamento uguale per tutti in ogni settore.

La salute è stata riconosciuta non solo come un bene prezioso per l'essere umano, ma anche una ricchezza fondamentale per il progresso sociale, economico ed individuale che supera i confini territoriali dello Stato. Dal momento che lo stato di salute non è legato soltanto al settore sanitario, ma è influenzato da numerosi fattori, politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici, considerarli tutti è opportuno, se si vuole raggiungere l'obiettivo prefissato.
L'OMS ha contribuito a promuovere un cambio di atteggiamento da parte delle politiche sanitarie dei vari paesi da politiche "passive" - attesa della malattia per porvi rimedio - ad "attive" e cioè una vera "offerta di salute" intesa soprattutto come prevenzione. Ma l'OMS ha potuto sperimentare le difficoltà del far seguire a dichiarazioni di principio, anche se largamente condivise, le azioni operative che possano modificare l'organizzazione sociale e sanitaria e quindi il livello di salute. L'obiettivo "salute per tutti" è stato così proiettato in avanti negli anni, "il benessere fisico, psichico e sociale" è stato ridefinito come "migliore equilibrio possibile" relativo alle condizioni di vita, politiche e sociali, del contesto a cui ci si riferisce.
Oltre all'OMS altre organizzazioni internazionali hanno importanza in ambito sanitario. L'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) che apporta il suo contributo in termini di analisi dei costi e degli aspetti economici del settore sanitario; l'UNESCO (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura); l'UNICEF (Fondo per l'Infanzia), l'UNICRI (Istituto delle Nazioni Unite per le Ricerche sul Crimine e la Giustizia), infine l'IOM (Organizzazione Mondiale per la Migrazione) interessata a sostenere misure di promozione della salute destinate agli immigrati.
Questo processo "virtuoso" ha subìto purtroppo un rallentamento da quando nel 1993, a seguito della pubblicazione del Rapporto della Banca Mondiale Investing in Health, essa *"ha di fatto sostituito l'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'indicare – e in certi casi imporre – le linee di politica sanitaria internazionale, che sono quelle della sanità a pagamento, delle privatizzazioni dei servizi e delle assicurazioni: in una parola della salute come bene di consumo, a disposizione di chi vuole, ma soprattutto di chi ha i mezzi per acquistarla. Gli stessi G8 definiscono la salute come strumento di crescita economica, senza riconoscerla esplicitamente come diritto umano"* (*Dichiarazione di Erice sull'equità e il diritto alla salute*, marzo 2001).
Tutto ciò ci fa capire come esista una stretta correlazione tra processi economici, politiche sociali e sanitarie. L'immigrazione si situa a livello internazionale e locale all'interno di un quadro di riferimento, anche in termini di diritti, estremamente complesso e fortemente condizionato e condizionante. Monitorare tale evento è anche occasione per valutare la legittimità e l'equità di politiche attente ai bisogni, alla dignità, all'autonomia di ogni essere umano soprattutto se in condizione di debolezza.

IMMIGRAZIONE E SALUTE

Questo il quadro internazionale di riferimento che ha nel tempo definito diritti e doveri per adeguate politiche sull'immigrazione anche nel campo della promozione della salute. L'Italia con la sua storia di paese di immigrazione relativamente recente, sta tentando di coniugare le istanze della definizione di principi universalistici come quello del diritto alla salute per tutti, con un modello di organizzazione dell'assistenza che possa favorire l'accesso e la fruibilità delle prestazioni e con un'analisi, seppur ancora frammentaria, dei problemi e dei bisogni di salute della popolazione immigrata.
Lo straniero immigrato, in genere è arrivato, ed arriva in larga parte ancora oggi, nel nostro Paese con un patrimonio di salute pressoché integro; del resto prevalendo un'emigrazione spinta da necessità economiche ed indirizzata alla ricerca di un lavoro per lo più di tipo manuale, la possibilità di riuscita del progetto migratorio è indissolubilmente legata all'integrità fisica. Non è casuale che ad emigrare siano proprio quelle persone che appartengono nel loro Paese alle classi meno svantaggiate, che hanno per lo più un grado di istruzione media, sono dotati di un buon spirito d'iniziativa e spiccano per attitudini caratteriali, adattabilità, intraprendenza, equilibrio, e per caratteristiche socio-economiche; queste persone hanno maggiore possibilità di avere successo nel Paese ospitante. Una volta giunto in Italia trascorre sempre un certo lasso di tempo, in genere qualche mese, prima che l'immigrato abbia necessità di ricorrere alle strutture sanitarie, il cosiddetto "intervallo di benessere". Le patologie di importazione si sono dimostrate statisticamente nella prima generazione di migranti di minor frequenza di quelle acquisite

nel Paese ospitante e di quelle di adattamento; si può ancora parlare del cosiddetto "effetto migrante sano" in cui l'autoselezione avviene nel Paese d'origine; pertanto nel caso dell'immigrazione per lavoro giungono da noi persone che si trovano in un buono stato di salute.
Una prima fase dell'immigrazione è stata caratterizzata prevalentemente proprio da *pionieri* e se l'effetto migrante sano è ancora oggi valido per chi sceglie di emigrare e valuta la possibilità di sopportare il costo dell'emigrazione chiaramente non solo in termini economici, certamente già dall'inizio e soprattutto adesso, queste considerazioni sulla condizione della salute all'arrivo del migrante non valgono per chi è costretto a partire, a scappare spesso, da gravi situazioni politiche, di guerra, di persecuzione, che pongono a rischio non solo il proprio futuro ma anche l'immediato presente. Sono questi, in misura diversa ma sempre con una particolare vulnerabilità, i profughi, gli sfollati ed i rifugiati.
L'effetto migrante sano tende anche ad avere minor importanza man mano che l'immigrazione si stabilizza nel paese ospite. Tale effetto non è sempre riscontrabile nei confronti di chi viene con progetti migratori "trainati" da altri o semplicemente per percorrere strade tracciate e semplificate da parenti o amici. Il profilo di salute inoltre cambia man mano che cambia il profilo demografico dell'immigrato perché si verifica una sedimentazione sul territorio (nuove generazioni, anziani, ...). Da non dimenticare il costo fisico di un percorso migratorio sempre più difficile e logorante soprattutto per chi entra irregolarmente o chi fugge, sfruttato da chi approfitta della disperazione.
Certo è che qualunque sia il patrimonio di salute in "dotazione" al migrante, più o meno rapidamente viene dissipato per una serie di "fattori di rischio" per malattie che incombono nel paese ospite soprattutto se i processi di integrazione sono lenti e vischiosi: il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza di lavoro e di reddito, la sottoccupazione in professioni lavorative rischiose e non tutelate, il degrado abitativo in un contesto diverso dal paese d'origine, l'assenza del supporto familiare, il clima e le abitudini alimentari diverse spesso inserite in una condizione di status nutrizionale compromesso.
Non si può trascurare l'effetto che hanno sull'equilibrio psichico la lontananza dagli affetti, le difficoltà di comunicazione e d'inserimento sociale, il forte disagio causato dallo sradicamento culturale. Progressivamente la situazione di disagio, accompagnata da una sempre più accentuata fragilità psico-fisica, espone maggiormente l'immigrato alle comuni patologie, respiratorie, gastrointestinali, dermatologiche, ortopediche etc., a cui è soggetta anche la popolazione italiana; non vi è quindi evidenza di una specificità patologica dello straniero. Tuttavia le difficoltà che quest'ultimo dovrà affrontare per usufruire dei servizi sanitari, una volta affetto da queste patologie, saranno ben maggiori rispetto al cittadino italiano.
Del resto, la Legge quadro sull'immigrazione n. 40/98, confluita con D.lgs. n. 286/98 nel Testo Unico ha reso possibile l'accesso ai servizi sanitari a tutti gli stranieri extracomunitari, ma possibilità d'accesso non significa automaticamente fruizione delle prestazioni. Una legge può garantire un diritto a livello legale, ma perché questo diventi reale è necessaria un'adeguata politica sanitaria. E dal momento che l'efficacia di una politica sanitaria è strettamente legata alla capacità di rilevare i bisogni sanitari della popolazione di riferimento, è indispensabile una corretta e costante rilevazione del bisogno sanitario degli immigrati.

Evoluzione della normativa nazionale relativa all'immigrazione dal 1986 al 2000: dall'emergenza ad un contesto organico e programmato

Pur avviatosi sul finire degli anni settanta, il fenomeno dell'immigrazione straniera viene istituzionalmente ignorato fino al dicembre 1986. Gli unici atti formali che dal dopoguerra alla seconda metà degli anni ottanta hanno delineato una politica immigratoria sono state circolari amministrative che sempre più hanno teso a controllare e limitare la presenza dell'immigrato e quindi impedito di fatto riconoscimento e possibilità di inserimento. Solo a partire dalla fine dell'1986, nel lasso di pochi anni, lo status giuridico e il trattamento riconosciuto al cittadino straniero extracomunitario, che vive legalmente in Italia, si è radicalmente modificato. Tale cambiamento, imposto dalla complessità del fenomeno diventato ormai strutturale alla società italiana, si è manifestato in modo sempre più evidente soprattutto con l'emanazione della legge quadro sull'immigrazione nel 1998.
È con la **Legge n. 943/86**, il primo intervento legislativo specifico sull'immigrazione, che i lavoratori stranieri in regola con le leggi dello Stato italiano e in possesso del certificato di residenza hanno ottenuto di godere, se non altro sul piano teorico, degli stessi diritti sociali e sindacali dei lavoratori italiani, come sancito nell'art. 1. Tuttavia la tutela della salute per lo straniero extracomunitario resta ancora molto diversificata poiché la legge fa riferimento esclusivamente al lavoratore e alla sua famiglia.
Anche il secondo intervento legislativo sull'immigrazione, la **Legge n. 39/90**, non ha apportato novità rilevanti riguardo alla tutela della salute per gli stranieri extracomunitari pur stabilendo all'art. 9 c.12 che: *"I cittadini extracomunitari e gli apolidi, che chiedono di regolarizzare la loro posizione ai sensi del comma 1e che non hanno diritto ad altro titolo sono, a domanda assicurati al Ssn ed iscritti alla USL del comune di effettiva dimora. Limitatamente all'anno 1990, i predetti cittadini sono esonerati dal versamento dei contributi dovuti ai sensi dell'art. 5 del Decreto Legge (D.L.) n. 663/79"*.

Maggiore attenzione in materia sanitaria ha invece dimostrato il D.L. n. 489 del 18 novembre 1995 che ha esteso il diritto alle cure ordinarie e continuative ed i programmi di medicina preventiva anche agli irregolari e ai clandestini, sostituendo espressamente l'art. 5 c. 7 del D.L. n. 663/79 con il seguente art. 13:

> *"Agli stranieri temporaneamente presenti nel territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva. E' altresì garantita la tutela sociale della maternità e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane. L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti le prestazioni preventive, quelle della tutela della maternità e della gravidanza, nonché le altre prestazioni individuate con il decreto del Ministro della Sanità, adottato di concerto con il Ministero del tesoro, nell'ambito del Fondo sanitario nazionale, utilizzando, ove necessario, quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali"*.

Peraltro dopo ben cinque reiterazioni di questo decreto, di cui l'ultima scaduta il 15 novembre 1996, il quadro normativo di riferimento è tornato ad essere quello preesistente al decreto, anche se un Ordinanza del Ministero della sanità, datata proprio 15 novembre 1996, con validità di 90 giorni e reiterata con alcuni vuoti temporali fino alla emanazione della Legge 40/98, fa salve le novità introdotte con il citato articolo.
Un traguardo importante per la tutela della salute dello straniero extracomunitario si è raggiunto, come abbiamo scritto, con l'emanazione della Legge quadro sull'immigrazione n. 40/98 confluita con D.lgs. n. 286/98 nel TU, che negli articoli 34-35-36 riguardanti le disposizioni in materia sanitaria, ha affrontato ed in parte risolto i "punti critici" che hanno fino ad oggi impedito allo straniero di godere di un diritto che, secondo il dettato costituzionale, dovrebbe essere effettivamente garantito ad ogni individuo. Significativi sono stati i cambiamenti apportati in questa materia sia per coloro che possono iscriversi al Ssn, sia per i cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno che oggi hanno la possibilità di godere di un diritto per tanti anni negato o nascosto.
Come si evince dall'art. 34 (Assistenza per gli stranieri iscritti al Ssn), viene estesa l'obbligatorietà di iscrizione al Ssn e poiché la residenza in Italia non è più requisito necessario per tale iscrizione ma è sufficiente essere regolarmente soggiornanti, si realizza un notevole aumento dei destinatari della norma e di fatto una reale possibilità di godere di tale diritto. Lo straniero extracomunitario non è più costretto a rinunciare, per motivi burocratici, alla copertura sanitaria anche solo temporaneamente, poiché l'iscrizione non scade più né durante il rinnovo del permesso di soggiorno né in caso di nuova iscrizione sul permesso dei genitori dei figli nati in Italia.
Come indicato espressamente al c. 1 e 2 dell'art. 34:

> *"1. Hanno l'obbligo di iscrizione al Ssn e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal Ssn e alla sua validità temporale:*
> *a) gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento;*
> *b) gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza.*
> *2. L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti. Nelle more dell'iscrizione al Ssn, ai minori figli di stranieri iscritti al Ssn è assicurato, fino dalla nascita, il medesimo trattamento dei minori iscritti"*.

Coloro che non rientrano tra le categorie indicate ai precedenti commi, sono tenuti ad assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità stipulando un'apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale; oppure possono iscriversi alternativamente al Ssn, versando un contributo annuale di importo percentuale, pari a quello previsto per il cittadino italiano, sul reddito guadagnato nell'anno precedente in Italia o all'estero; in questo caso sono tutelati anche i familiari a carico. L'ammontare previsto del contributo, determinato con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, non può comunque essere inferiore al contributo minimo previsto dalle norme vigenti. Da questa norma ancora una volta si evidenzia una non del tutto rimossa distanza tra il cittadino straniero e quello italiano, dal momento che per quest'ultimo non esiste un contributo minimo, ma un reddito minimo al di sotto del quale l'iscrizione al Ssn diventa gratuita.

Gli stranieri soggiornanti in Italia, titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio o gli stranieri regolarmente soggiornanti collocati alla pari, possono iscriversi volontariamente al Ssn pagando un contributo annuale forfettario, per altro ridotto rispetto ad altre forme di iscrizione volontaria, negli importi e secondo le modalità previste dal Ministro della Sanità di concerto con il Ministro del Tesoro. L'assistenza in questo caso non è però estesa ai familiari a carico a meno che non si decida di pagare per intero il contributo previsto. Lo straniero assicurato al Ssn è iscritto nell'Azienda sanitaria locale del comune in cui dimora, le modalità per l'iscrizione sono definite nel Regolamento d'attuazione.
Quest'ultimo, seppur con enorme ritardo rispetto ai tempi previsti dal TU (D.lgs n. 286/98 art. 1, comma 6: *"Il regolamento di attuazione del presente testo unico, di seguito denominato regolamento di attuazione, è emanato ai sensi dell'art. 17 comma 1 della Legge 23.08.1988 n. 400, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, entro 180 giorni dalla data di entrata on vigore della L. 40 del 06.03.1998"*) è stato emanato con Decreto del Presidente della Repubblica n. 394 il 31.08.1999.
Nell'art. 42 relativo all'assistenza sanitaria per gli stranieri iscritti al Ssn sotto riportato vengono specificate le modalità pratiche per procedere all'iscrizione al Ssn.

> *"1. Lo straniero in possesso del permesso di soggiorno per uno dei motivi di cui all'articolo 34, comma 1, del testo unico e per il quale sussistono le condizioni ivi previste è tenuto a richiedere l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale ed è iscritto, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistibili dell'Azienda Unità sanitaria locale, d'ora in avanti indicata con la sigla USL nel cui territorio ha residenza ovvero, in assenza di essa, nel cui territorio ha effettiva dimora, a parità di condizioni con il cittadino italiano. L'iscrizione è altresì dovuta, a parità di condizioni con il cittadino italiano nelle medesime circostanze, allo straniero regolamente iscritto nelle liste di collocamento. Alle medesime condizioni di parità sono assicurate anche l'assistenza riabilitativa e protesica.*
> *2. In mancanza di iscrizione anagrafica, per luogo di effettiva dimora si intende quello indicato nel permesso di soggiorno, fermo restando il disposto dell'articolo 6, comma 7 e 8, del testo unico. L'iscrizione alla USL è valida per tutta la durata del permesso di soggiorno.*
> *3. Per il lavoratore straniero stagionale l'iscrizione è effettuata, per tutta la durata dell'attività lavorativa, presso l'USL del comune indicato ai fini del rilascio del permesso di soggiorno.*
> *4. L'iscrizione cessa in caso di scadenza del permesso di soggiorno, salvo il caso che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno o il permesso di soggiorno rinnovato. L'iscrizione cessa altresì per mancato rinnovo, revoca o annullamento del permesso di soggiorno ovvero per espulsione, comunicati alla USL a cura della questura, salvo che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la pendenza del ricorso contro i suddetti provvedimenti. L'iscrizione parimenti cessa negli altri casi in cui vengono meno le condizioni di cui al comma 1.*
> *5. L'iscrizione al Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 34, comma 1, del testo unico, non è dovuta per gli stranieri di cui all'articolo 27, comma 1, lettere a), i), q) del testo unico, che non siano tenuti a corrispondere in Italia, per l'attività ivi svolta, l'imposta sul reddito delle persone fisiche, fermo restando l'obbligo, per sé e per i familiari a carico, della copertura assicurativa di cui all'articolo 34, comma 3, del testo unico. L'iscrizione non è dovuta neppure per gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per affari.*
> *6. Fuori dai casi di cui all'articolo 34, comma 1, del testo unico, in alternativa all'assicurazione contro il rischio di malattia, infortunio e maternità prevista dall'articolo 34, comma 3, del medesimo testo unico, e fatta salva la specifica disciplina di cui al successivo comma 4 dello stesso articolo, concernente gli stranieri regolarmente soggiornanti per motivi di studio o collocati "alla pari", lo straniero che abbia richiesto un permesso di soggiorno di durata superiore a tre mesi, può chiedere l'iscrizione volontaria al Servizio sanitario nazionale, previa corresponsione del contributo prescritto".*

L'art. 35 del TU che disciplina l'assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Ssn, finalmente in modo stabile, permette agli stranieri irregolari di accedere nei presidi pubblici ed accreditati, alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative per infortunio e malattie ed estende anche a loro i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Per il pagamento delle relative prestazioni le tariffe sono determinate dall'art. 8 c. 5 e dall'art. 7 del D.lgs. 502/82 e successive modifiche. Inoltre tale articolo garantisce e disciplina la tutela sociale della gravidanza e della maternità a parità di trattamento con le cittadine italiane; la tutela della salute del minore; le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettive autorizzate dalla Regione, gli interventi di profilassi internazionale, la diagnosi e la cura di malattie infettive. Qualora i richiedenti delle suindicate prestazioni siano privi di risorse economiche sufficienti, vengono erogate senza onere a loro carico, salvo le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Tuttavia risulta difficile per chi è privo di risorse economiche sufficienti riuscire a pagare le quote di partecipazione alle spese a volte troppo alte e che spesso bloccano anche gli italiani. E' auspicabile che

in futuro si avvii un ripensamento dei livelli di protezione sociale e sanitaria, anche attraverso agevolazioni a livello economico, per facilitare effettivamente tutte quelle persone che vivono in condizioni di marginalità operando attraverso soglie di esenzione modulari.
La Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 chiarisce, tra l'altro, fornendone le definizioni, cosa si debba intendere per *"cure urgenti"* e cosa per *"cure essenziali"*: per *cure urgenti* si intendono *"le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona"*; per *cure essenziali* si intendono *"le 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)"*.
Relativamente all'organizzazione dell'offerta assistenziale, il Regolamento di attuazione - in coerenza con l'ottica federalista - prevede (art. 43, comma 8) che *"le regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative previste dall'articolo 35, comma 3, del TU, possano essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica"*. Per la registrazione e rendicontazione delle prestazioni erogate agli immigrati illegali e per le eventuali prescrizioni diagnostico-terapeutiche, il Regolamento di attuazione (art. 43, comma 3) prevede l'utilizzo di un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice, rilasciabile da parte di tutte le strutture sanitarie pubbliche, é riconosciuto su tutto il territorio nazionale ed identifica l'assistito per tutte le prestazioni previste. Nella consapevolezza che la condizione di irregolarità - che la legge nel suo complesso si propone di combattere - si può facilmente accompagnare a condizioni di forte precarietà economica, al comma 4 dell'art. 35 del TU si prevede che le prestazioni citate siano erogate *"senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani"*. Il Regolamento di attuazione (art. 43, comma 4), specifica che lo stato di indigenza può essere attestato attraverso autodichiarazione presentata all'ente sanitario erogante. L'articolo 35, comma 5 del TU precisa inoltre che
"L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano" (c. 5 art. 35). Questa norma consentirà agli immigrati irregolari di accedere con più tranquillità alle strutture sanitarie senza avere il timore di essere segnalati alle autorità di polizia solo per il fatto di essere ricorsi a delle cure mediche.
L'art. 43 del Regolamento d'attuazione inoltre specifica:

> *"3. La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti degli stranieri privi di permesso di soggiorno vengono effettuate, nei limiti indicati dall'articolo 35, comma 3, del testo unico, utilizzando un codice a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice identificativo è composto, oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Il codice, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, identifica l'assistito per tutte le prestazioni di cui all'articolo 35, comma 3 del testo unico. Tale codice deve essere utilizzato anche per la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate ai fini del rimborso e la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini, da parte delle farmacie convenzionate.*
> *4. Gli oneri per le prestazioni sanitarie di cui all'articolo 35, comma 3, del testo unico, erogate ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti, comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente non versate, sono a carico della USL competente per il luogo in cui le prestazioni sono state erogate. In caso di prestazioni sanitarie lasciate insolute dal cittadino straniero, l'azienda ospedaliera ne chiede il pagamento alla USL, ovvero, se si tratta di prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, al Ministero dell'Interno, secondo procedure concordate. Lo stato d'indigenza può essere attestato attraverso autodichiarazione presentata all'ente sanitario erogante"*.

Infine per rendere adeguatamente operativo il dettato normativo viene specificato:

> *"8. Le regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative previste dall'articolo 35, comma 3, del testo unico, possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica"*.

A sostegno delle spese sostenute per erogare tali prestazioni, il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) ha stanziato, negli ultimi cinque anni, la somma di 60 miliardi di lire annue da dividere tra le regioni per l'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale.

DELIBERAZIONI CIPE A FAVORE DEI CITTADINI STRANIERI (FONDO SANITARIO NAZIONALE - PARTE CORRENTE)

Regioni	*Delib. 30.1.1997 Anno 1996* £	*Delib. 5.8.1998 Anno 1997* £	*Delib. 21.4.1999 Anno 1998* £	*Delib. 15.2.2000 Anno 1999* £	*Delib. 21.12.2001 Anno 2000 (1)* £
Abruzzo	773.000.000	828.000.000	942.000.000	965.000.000	870.000.000
Basilicata	198.000.000	200.000.000	241.000.000	232.000.000	225.000.000
Calabria	1.305.000.000	1.608.000.000	1.689.000.000	1.029.000.000	891.000.000
Campania	7.317.000.000	6.588.000.000	5.607.000.000	4.577.000.000	3.146.000.000
Emilia Romagna	3.395.000.000	3.353.000.000	3.810.000.000	3.592.000.000	6.287.000.000
Friuli V.G.	449.000.000	*	*	*	*
Lazio	13.199.000.000	12.334.000.000	12.169.000.000	12.164.000.000	10.441.000.000
Liguria	1.317.000.000	1.288.000.000	1.299.000.000	1.423.000.000	2.215.000.000
Lombardia	12.845.000.000	13.352.000.000	13.788.000.000	15.831.000.000	13.997.000.000
Marche	730.000.000	773.000.000	869.000.000	897.000.000	967.000.000
Molise	62.000.000	63.000.000	93.000.000	95.000.000	93.000.000
Piemonte	4.478.000.000	4.612.000.000	4.781.000.000	4.743.000.000	6.299.000.000
Puglia	2.059.000.000	2.306.000.000	2.516.000.000	2.249.000.000	1.471.000.000
Sardegna	450.000.000	423.000.000	469.000.000	458.000.000	246.000.000°
Sicilia	2.648.000.000	2.314.000.000	2.561.000.000	2.089.000.000	1.240.000.000°
Toscana	3.927.000.000	4.817.000.000	3.805.000.000	4.141.000.000	6.340.000.000
Umbria	680.000.000	735.000.000	870.000.000	1.056.000.000	1.402.000.000
Veneto	4.168.000.000	4.406.000.000	4.491.000.000	4.459.000.000	3.869.000.000

(*) esclusa dalla ripartizione ai sensi dell'articolo 32, comma 16, della Legge 449/97 in quanto provvede al finanziamento del Ssn nel proprio territorio senza alcun apporto a carico dello Stato.

(°) Al netto delle riduzioni di Legge

(1) A causa di arrotondamenti non segnalati in Gazzetta, il totale é £ 59.999.000.000, pari a Euro 30.987.000

Nonostante le regole dettate da questa legge quadro sull'immigrazione, restano ovviamente salve le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri in Italia in base a trattati e accordi internazionali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia.

Infine l'art. 36 disciplina l'ingresso e il soggiorno per cure mediche. Lo straniero che vuole ricevere cure mediche in Italia e l'eventuale accompagnatore, possono presentare una dichiarazione, rilasciata dalla struttura sanitaria prescelta, che indichi il tipo di cura, la data d'inizio e la durata del trattamento terapeutico, per ottenere uno specifico visto d'ingresso ed il relativo permesso di soggiorno. Inoltre devono attestare di aver depositato una somma a titolo cauzionale che tenga conto del costo presumibile delle prestazioni sanitarie richieste. Deve anche essere documentata la disponibilità in Italia di vitto e alloggio per l'accompagnatore per tutto il periodo di convalescenza dell'interessato. La domanda di rilascio del visto, rilascio o rinnovo del permesso di soggiorno, può anche essere presentata da un familiare o da chiunque vi abbia interesse. Il permesso dura fino alla durata presunta del trattamento terapeutico ed è anche rinnovabile finché continuano ad essere documentate le terapie necessarie.
Il trasferimento per cure mediche in Italia può avvenire anche per motivi umanitari, definiti ai sensi dell'art.12 c. 2 lettera c) del D.lgs n. 502/92, come modificato dal D.lgs n. 517/93 previa autorizzazione del Ministero della Sanità d'intesa con il Ministero degli affari esteri. In questo caso le spese sostenute dalle Aziende sanitarie locali e dalle strutture ospedaliere sono rimborsate dal Fondo sanitario nazionale.
L'articolo 44 del Regolamento d'attuazione vengono esplicitate le procedure relative all'ingresso e al soggiorno dello straniero che si reca in Italia per sostenere delle cure mediche.

"1. Il cittadino straniero che intende effettuare, dietro pagamento dei relativi oneri, cure mediche in Italia, richiede il visto ed il relativo permesso di soggiorno, rispettivamente, alla competente rappresentanza diplomatica o consolare ed alla questure, allegando la seguente documentazione:
a) dichiarazione della struttura sanitaria prescelta, pubblica o privata accreditata, che indichi il tipo di cura, la data di inizio e la durata presumibile della stessa, osservate le disposizioni in vigore per la tutela dei dati personali.
b) Attestazione dell'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale sulla base del costo presumibile

delle prestazioni richieste. Il deposito cauzionale, in lire italiane, in euro o in dollari statunitensi, dovrà essere versato alla struttura prescelta.
c) Documentazione comprovante la disponibilità in Italia di risorse sufficienti per l'integrale pagamento delle spese sanitarie e di quelle di vitto e alloggio fuori dalla struttura sanitaria e di rimpatrio per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore.
2. Con l'autorizzazione di cui all'articolo 36, comma 2, del testo unico sono stabilite le modalità per il trasferimento per cure in Italia nei casi dalla stessa disposizione e per quelli da effettuarsi nell'ambito dei programmi di cui all'articolo 32, comma 15, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449".

Come già citato, a completare tale quadro è stata emanata una Circolare del Ministero della sanità (n. 5 del 24.03.2000) che ha voluto dare dei chiarimenti ed indicare delle procedure amministrative a supporto della normativa nazionale.

PRINCIPALI INDICAZIONI PREVISTE DALLA NORMATIVA IN VIGORE

Inclusione nel 'sistema salute' dei cittadini stranieri regolarmente soggiornanti

• Estensione della obbligatorietà di iscrizione al Ssn e previsione di copertura sanitaria per tutti gli stranieri presenti sul territorio nazionale
(teoricamente: 85,4% iscritti obbligatoriamente + 10,3% iscritti facoltativamente)

• Superamento temporaneità iscrizione al Ssn
(validità dell'iscrizione anche in corso di rinnovo permesso di soggiorno)

• Eliminazione del requisito della residenza per l'iscrivibilità al Ssn

• Parità di diritti e doveri
(ad es.: equiparazione dei disoccupati stranieri a quelli italiani)

Ampliamento delle garanzie di assistenza per gli Stranieri Temporaneamente Presenti (irregolari e clandestini)

• Garanzia di cure ospedaliere e ambulatoriali per urgenze, malattie essenziali, medicina preventiva e riabilitativa

• Particolare tutela per donne e minori

• Attenzione alle malattie infettive ed alla profilassi internazionale

• Divieto di segnalazione all'autorità prefettizia dell'irregolare che ha usufruito di una prestazione sanitaria

Pianificazione degli ingressi per cure mediche

• Trasferimento deciso individualmente a carico dell'assistito o di sponsor

• Trasferimento in Italia per cure in ambito di interventi umanitari statali a carico del Ministero della sanità

• Trasferimento in Italia per cure in ambito di programmi umanitari regionali a carico della parte dedicata del Fondo sanitario nazionale

Geraci S., Marceca M., 2002

Le tappe fondamentali dell'iter normativo nazionale sull'immigrazione che hanno rappresentato il riferimento per l'analisi delle normative regionali

1986:

• Emanazione della Legge Nazionale n. 943 del 30.12.1986: *"Norme in materia di collocamento e di trattamento dei lavoratori extracomunitari immigrati e contro le immigrazioni clandestine"*.

1990:

• Emanazione della Legge Nazionale n. 39 del 28.02.1990: *"Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea"*.

1995:

• Emanazione del Decreto Legge n. 489 del 18.11.1995: *"Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea"*.

1998:

(• Emanazione del Decreto del Presidente della Repubblica del 23.07.1998: *"Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000"*)

• Emanazione del Decreto Legislativo n. 286 del 25.07.1998: *"Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"*.

• Emanazione del Decreto del Presidente della Repubblica n. 158 del 05.08.1998: *"Approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell'art. 3 della legge 6 marzo 6 marzo 1998, n. 40"*.

1999:

• Emanazione del Decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 31.08.1999: *"Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286"*.

La programmazione sanitaria attuale

A sostenere e rafforzare quanto delineato dal quadro legislativo appena esposto, pochi mesi dopo l'emanazione del TU è arrivato il *Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000* (approvato con D.P.R. del 23 luglio 1998). Tale documento, per la rilevanza che ha rivestito in termini di programmazione su base nazionale, ha assunto, per quanto di nostro interesse, un significato storico: per la prima volta infatti la salute degli stranieri immigrati è stata riconosciuta tra le priorità del Servizio sanitario nazionale e dell'intera collettività che esso tutela.

Il Piano presentava infatti una sezione dedicata agli immigrati quali destinatari di interventi specifici. Nella prima parte del documento, dedicata agli obiettivi di salute, la popolazione migrante è stata espressamente compresa tra i 'soggetti deboli' di cui l'Obiettivo IV si propone di 'rafforzare la tutela'.
In sintesi, il Piano sanitario nazionale (Psn) ha identificato come obiettivi prioritari, da raggiungere entro il triennio:
- l'accesso all'assistenza sanitaria, secondo le normative vigenti, che deve essere garantito agli immigrati in tutto il territorio nazionale;
- la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana, che deve essere estesa alla popolazione immigrata.

A questo scopo, nel triennio 1998-2000, dovevano *"essere sviluppate le seguenti attività rivolte allo sviluppo di politiche intersettoriali di salvaguardia della salute degli immigrati:*

• sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;

• formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute;

• organizzazione dell'offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati".

Tra i documenti e provvedimenti previsti dal Psn quali adempimenti prioritari, vi era inoltre un Progetto obiettivo dal titolo *"Salute degli immigrati"*, la cui stesura è stata affidata ad una Commissione istituita presso il Servizio studi e documentazione dell'allora Ministero della sanità, che ha licenziato un documento che non ha avuto finora alcuna ufficializzazione. La stessa Commissione ha promosso alcune attività, tra cui, in primis, la costituzione di un Coordinamento di referenti regionali sul tema, ed altre iniziative di sensibilizzazione e divulgazione (ad esempio la presentazione di 'decaloghi' - documenti schematici di indirizzo operativo - rivolti ad operatori sanitari e ad utenti immigrati, tradotti in varie lingue e reperibili sul portale del Ministero della salute). La Commissione, pur avendo avuto rinnovato il proprio mandato per gli anni 2001 e 2002, non è più stata convocata.

Anche la nuova proposta di Piano per il triennio 2002-2004 prevede, all'interno della parte seconda, nel capitolo dedicato alla "salute e il sociale" una sezione specifica sull'assistenza agli stranieri, che, tra l'altro, riporta:

> *... Il tempo intercorso dal momento della migrazione configura esperienze di svantaggio molto diverse. In prossimità dell'immigrazione prevalgono il trauma del distacco dalla casa e dal Paese di origine e le condizioni di estremo disagio nella ricerca di un tetto e di un lavoro, di relazioni sociali, di affetti, e di un riconoscimento giuridico. In questa fase, gli immigrati condividono con gli italiani senza fissa dimora condizioni di svantaggio estremo. In un secondo momento, diventano più importanti le difficoltà di integrazione o di interazione e convivenza con la cultura ospite e con il sistema dei servizi e le difficoltà di apprendere la lingua accrescono le barriere alla fruizione dei servizi ed alla soddisfazione delle necessità quotidiane.*
> *Osservando il flusso di utilizzo di alcuni servizi sanitari da parte degli stranieri, si evidenzia una sostanziale mancanza di elasticità dell'offerta di servizi, a fronte dei nuovi problemi di salute di questi nuovi gruppi di clienti. ...*
> *Nel quadro dei molteplici interventi necessari per superare l'emarginazione degli immigrati bisognosi, un importante aspetto è quello di assicurare l'accesso delle popolazioni immigrate al Servizio sanitario nazionale adeguando l'offerta di assistenza pubblica in modo da renderla visibile, facilmente accessibile, attivamente disponibile e in sintonia con i bisogni di questi nuovi gruppi di popolazione, in conformità a quanto previsto dal testo unico sull'immigrazione che ha sancito il diritto alle cure urgenti ed essenziali e alla continuità della cura anche per gli immigrati irregolari. In tale contesto, sono necessari, fra l'altro, sia interventi di tipo informativo dell'utenza immigrata sull'offerta dei servizi da parte delle USL che l'individuazione all'interno di ciascuna USL di unità di personale esperte e particolarmente idonee per questo tipo di rapporti. ...*
> *Altre azioni prioritarie riguardano i seguenti aspetti:*
> - *migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle IVG;*
> - *ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione;*
> - *raggiungere una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata peri a quella ottenuta per la popolazione italiana;*
> - *ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.*

Anche i "*Documenti programmatici relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato…"*, predisposti dal Governo e a cui si rimanda per una lettura più approfondita, hanno enfatizzato l'importanza dell'accessibilità, da parte degli stranieri, ai servizi sanitari (ed in particolare a quelli pubblici), come elemento chiave per una loro progressiva integrazione.
Tali documenti hanno riconosciuto al fenomeno migratorio una valenza strutturale e non legata all'emergenza e proposto la politica di integrazione perseguita dal Governo come un tentativo di *"mettere gli stranieri nella condizione di vivere 'normalmente'..."*, cercando di risolvere quelle condizioni penalizzanti rispetto ai cittadini italiani in condizioni economiche e sociali comparabili, di cui l'accesso ai servizi sanitari è espressione primaria. In particolare, nel primo Documento programmatico emanato si sottolineava come *"la difficoltà di utilizzare i servizi sanitari è anch'esso un problema che molti stranieri condividono con i cittadini italiani. Anche in questo campo quindi l'obiettivo di una politica di integrazione è quello di dare agli stranieri le informazioni necessarie sul funzionamento e sulle prestazioni del Servizio sanitario nazionale e sulle modalità di accesso. Ci sono però due aspetti molto particolari da considerare nella previsione di un'assistenza sanitaria efficace: la forte connotazione culturale della malattia, della cura, del rapporto con il proprio corpo e della manifestazione agli altri della propria malattia; la condizione di illegalità di alcuni stranieri presenti sul nostro territorio ai quali assicurare uno dei diritti fondamentali come quello della salute". Omissis "…più articolata dovrà invece essere l'applicazione della legge per venire incontro alle esigenze evidenziate nel primo punto, in quanto presuppongono, anche nell'ambito dei servizi sanitari pubblici, modalità di prestazione che rispettino le esigenze di persone appartenenti ad altre culture (es. medici donne per*

alcune specializzazioni, mediatori culturali)".

All'interno di un quadro normativo coerente e moderno costruito con una chiara volontà di inclusione ordinaria degli stranieri nel sistema di tutela della salute di tutti i cittadini e di intercettare il bisogno e la domanda di salute anche dei soggetti ai margini del sistema, consci di alcuni limiti ed ambiti di discrezionalità applicativa, è stato avviato a più livelli un percorso di approfondimento dei bisogni di salute di questa popolazione e di definizione di precisi indirizzi di azione, che pongono l'Italia in una linea avanzata rispetto ad altri paesi europei ed occidentali interessati, come noi, dal fenomeno immigratorio.

Tuttavia non possiamo tacere la preoccupazione che alcuni recenti atti possano compromettere questo complesso ed articolato percorso. L'art. 80, comma 19 della L. 388/2000 (finanziaria 2001), nell'ambito delle provvidenze e delle prestazioni, anche economiche di assistenza sociale nei confronti di cittadini extracomunitari relativamente al morbo di Hansen, alla tubercolosi e all'invalidità civile, cecità civile e sordomutismo, esclude da tali opportunità gli stranieri titolari di permesso di soggiorno di durata non inferiore ad una anno (possibilità prevista dal TU), limitando tali prestazioni esclusivamente agli stranieri titolari di carta di soggiorno o dei minori iscritti nella carta di soggiorno dei genitori.
Ed ancora, nel recente Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 che definisce a livello nazionale i Livelli essenziali d'assistenza (Lea), tra le prestazioni garantite agli immigrati STP, non sono previste esplicitamente proprio quelle essenziali. Infine il Disegno di legge governativo sull'immigrazione pur non intervenendo direttamente sugli articoli sanitari ma *"legando il permesso di soggiorno al contratto di lavoro proietta un'immagine strumentale dello straniero ridotto a mera forza lavoro e con rischi di ricattabilità e di sfruttamento lavorativo nocivo e gli impone una precarietà dei progetti. Ostacolando, inoltre, la legalizzazione (sponsor, sanatorie per chi lavora, etc.) si favorisce l'irregolarità che si è dimostrata un fattore di rischio significativo per la salute. Gli stessi criteri restrittivi per i ricongiungimenti familiari ostacolano progetti a lungo termine e la stabilità affettivo-emotiva degli immigrati con danni per il benessere psico-fisico. L'adozione di una procedura semplificata per l'asilo, con il rischio di facile esclusione da percorsi di protezione garantiti, può provocare danni significativi per la salute di questi soggetti che sono i più deboli tra gli immigrati"*. (Documento VII Consensus Conference sui temi sanitari dell'immigrazione - Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Erice, 2002).

In conclusione, se si avrà il coraggio di proseguire in una nuova organizzazione sanitaria più attenta alle diversità delle condizioni sociali e sanitarie ed ai bisogni che ne conseguono, ciò non potrà che garantire un livello di assistenza migliore e quindi una concreta promozione della salute per tutti i cittadini, italiani e stranieri.

PRINCIPALI DISPOSIZIONI D'INTERESSE SANITARIO RELATIVE ALL'IMMIGRAZIONE

• Legge 40 del 6 marzo 1998

<<Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero>>
Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 1998.
Articoli sanitari: 32, 33 e 34

• Circolare del Ministro della sanità del 22 aprile 1998 (DPS-X-40/98/1010)

Gazzetta Ufficiale n. 117 del 22 maggio 1998 – Serie generale.

• Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286

<<Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero>>, *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 – Serie generale*. **Articoli sanitari: 34, 35 e 36**

• Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998

<<Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000>>, *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998 – Serie generale*.

• Decreto del Ministro della Sanità del 2 novembre 1998

Istituzione della Commissione per lo studio delle problematiche relative all'emanazione del regolamento di attuazione della legge 6 marzo 1998, n. 40, sulla disciplina dell'immigrazione. (Rinnovata con Decreti ministeriali del 18 aprile 2000 e 30 maggio 2001)

• Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica

Deliberazione 30 gennaio 1997. <<Fondo sanitario nazionale 1996 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, Ordinanza Ministeriale>>, *Gazzetta Ufficiale del 26 marzo 1997 – Serie generale*.
Deliberazione 5 agosto 1998. <<Fondo sanitario nazionale 1997 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40>>, *Gazzetta Ufficiale del 30 settembre 1998 – Serie generale*.
Deliberazione 21 aprile 1999. <<Fondo sanitario nazionale 1998 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40.>>, *Gazzetta Ufficiale del 7 settembre 1999 – Serie generale*.
Deliberazione 15 febbraio 2000. <<Fondo sanitario nazionale 1999 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40.>>, *Gazzetta Ufficiale del 17 aprile 2000 – Serie generale*.
Deliberazione 21 dicembre 2001. <<Fondo sanitario nazionale 2000 – parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale, art. 33 legge 6 marzo 1998, n. 40.>>, *Gazzetta Ufficiale del 20 marzo 2002 – Serie generale*.

• Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394

<<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>>, *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 258 del 3 novembre 1999 – Serie generale*.
La parte sanitaria è trattata in modo specifico agli articoli 42, 43 e 44.

• Circolare del Ministro della sanità n. 5 del 24 marzo 2000 (DPS-X-40-286/98)

"Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione" e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria", *Gazzetta Ufficiale n. 126 del 1 giugno 2000 – Serie generale*.

• Telex Ministero della sanità n. DPS-X-40-286/98-240 del 3 aprile 2000

"Regolarizzazione ex DPCM 16 ottobre 1998 - Attività lavorativa stranieri in attesa rilascio permesso di soggiorno"

• Decreto Presidente Repubblica 30 marzo 2001

<<Approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell'art. 3 della L. 6 marzo 1998, n 40>>. *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 112 del 16 maggio 2001*
Capitolo 4: politiche di integrazione. Salute
(Precedente documento programmatico 1998-2000: Decreto del Presidente della Repubblica 5 agosto 1998. *Suppl. ord. alla Gazzetta Ufficiale n. 215 del 15 settembre 1998 – Serie generale*).

capitolo 2
le politiche locali

CONSIDERAZIONI GENERALI

L'ente di programmazione per eccellenza è la Regione: ad essa spetta la traduzione degli input dati dalla normativa nazionale in adeguate politiche locali; spetta, ad esempio, contestualizzare le norme e parcellizzarle sia nella definizione puntuale dei destinatari e delle procedure e sia, se necessario, nell'individuare ulteriori percorsi di tutela dei cittadini. Questo vale in particolare per la sanità, ed infatti in un recente passato alcune normative (leggi regionali, delibere ed altri atti) hanno potuto supplire un vuoto, o meglio una confusione della normativa nazionale proprio nell'ambito delle politiche sanitarie per gli immigrati, producendo per altro una grande variabilità applicativa nella possibilità di accesso e fruibilità dei servizi sanitari da parte degli stranieri. Ciò valeva già nel passato e vale ancora con maggior forza ed autonomia oggi nel progressivo processo di federalismo e devoluzione.
Per questo la ricerca ha voluto porre l'attenzione proprio all'ambito regionale con il monitoraggio delle normative specifiche sull'immigrazione con riferimento alla promozione della salute di questa popolazione.
Si è fatto ciò con un **metodo partecipativo**; si sono coinvolti gli uffici ed i funzionari che in ambito regionale si occupano di tali temi, con il dichiarato obiettivo di creare una rete, seppur informale, di contatti e condividere delle conoscenze per stimolare quegli ambiti più deboli o con minor azione propositiva. Già da questa azione si possono fare alcune prime considerazioni; di ***metodo***: certamente faticoso e lento, pochissime sono state le realtà territoriali che hanno risposto nei tempi dati con l'invio di materiale pertinente alla ricerca, e poche sono state le persone che hanno espressamente richiesto di conoscere la "produzione" di altre Regioni. L'impressione avuta è stata quella di un certo interesse da parte degli operatori/funzionari contattati, ma ciò è stato spesso sommerso da un sovraccarico di lavoro quotidiano che non permette un adeguato approfondimento e coinvolgimento. Nel ***merito*** invece è da sottolineare come situazioni che richiedono competenze di assessorati diversi (in genere alle politiche sociali o all'immigrazione e quello alla sanità, ma anche altri) non sono supportati da politiche di coordinamento e/o collegamento. Lo standard è che un assessorato sappia nulla o comunque poco dell'attività dell'altro e che tra gli stessi uffici del medesimo assessorato le informazioni siano insufficienti se non contraddittorie.
Ad arginare tale situazione poco o nulla hanno potuto le Consulte regionali che si sono attivate entro la metà degli anni novanta seppur con gravi ritardi soprattutto nelle Regioni del centro-sud. La loro operatività è stata limitata, come cita la sintesi dei Gruppi di lavoro dell'*Organismo Nazionale di Coordinamento per le Politiche di Integrazione Sociale degli Stranieri* del CNEL (Roma, luglio 1999, pg. 2), con riunioni sporadiche e scarsamente incisive sulle scelte e sulle politiche ma anche sul collegamento dei vari ambiti locali. La normativa nazionale, pur mantenendo a livello regionale tale tavolo di lavoro (D. lgs 286/98, art. 42, comma 6), definisce un altro ambito di *"analisi delle esigenze e di promozione degli interventi da attuare a livello locale*" attraverso l'istituzione di Consigli territoriali per l'immigrazione (D. lgs. 286/98, art. 3, comma 6) composte da rappresentanti delle competenti amministrazioni locali dello Stato, la Regione, gli enti (ed il Regolamento d'attuazione all'art. 57, comma 2, prevede la possibilità della partecipazione delle Aziende sanitarie locali) e le associazioni. L'auspicio è che possa avvenire almeno a tale livello un adeguato coordinamento sia in ambito di programmazione, di monitoraggio e di promozione di azioni positive come quelle per un reale accesso e fruizione dei servizi socio-sanitari (vedi anche documento CNEL citato pg. 4). Non esiste ad oggi un puntuale monitoraggio di tali iniziative, in genere l'aspetto sanitario viene trattato in eventuali gruppi di lavoro specifici in cui tali Consigli territoriali si sono strutturati.

Il materiale raccolto, le informazioni ricevute anche attraverso il contatto diretto con testimoni privilegiati a livello nazionale e locale, le "reti istituzionali e non" createsi (abbiamo già citato il ruolo del gruppo specifico del CNEL, della Commissione del Ministero della sanità, della richiesta di informazioni alle Aziende sanitarie locali, ...), hanno permesso di avere una "fotografia" della situazione Regione per Regione che di seguito riportiamo.

In questo rapporto abbiamo complessivamente esaminato, oltre tutte le normative nazionali sull'immigrazione e per la tutela della salute per questi "nuovi cittadini", **20** Leggi regionali (3 sono state abrogate), **1** Legge provinciale

ed **1** progetto di Legge provinciale sull'immigrazione, **12** modifiche, **37** altre Leggi regionali collegate, **89** Delibere regionali (70 di Giunta e 19 di Consiglio), **9** Delibere di Giunta provinciale, **55** Circolari e Note regionali con specifica attenzione circa gli aspetti sanitari, **56** progetti specifici, **16** Piani sanitari regionali e **4** bozze di Piano.

Attraverso un'analisi accurata del materiale, supportata dalla creazione di apposite schede regionali costruite mediante una griglia disegnata "ad hoc", si è cercato di comprendere il percorso normativo sviluppato da ogni Regione per rendere realizzabile la tutela della salute per immigrati.

NORMATIVA LOCALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI IMMIGRATI COME INDICE DI SENSIBILITÀ REGIONALE ADEGUAMENTO O ANTICIPAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE RISPETTO ALLA NORMATIVA NAZIONALE

	Legge Regionale	*Legge Nazionale*	*Note*
Abruzzo	n. 10/1990	n. 943/1986	
Basilicata	n. 21/1996	n. 489/1995	
Calabria	n. 17/1990	n. 39/1990	(1)
Campania	n. 33/1994	n. 489/1995	(3)
Emilia Romagna	n. 14/1990	n. 943/1986	
Friuli V. G.	n. 46/1990	n. 39/1990	
Lazio	n. 17/1990	n. 39/1990	
Liguria	n. 7/1990	n. 943/1986	
Lombardia	n. 38/1988	n. 39/1990	(2)
Marche	n. 2/1998	n. 286/1998	
Molise	-	-	
Piemonte	n. 64/1989	n. 39/1990	(3)
Puglia	n. 26/2000	n. 286/1998	
Sardegna	n. 46/1990	n. 39/1990	
Sicilia	(n. 55/1980)	-	
Toscana	n. 22/1990	n. 489/1995	(3)
P. A. Trento	L.P. n. 13/1990 (D.l. n.128/2001)	n. 39/1990	
P. A. Bolzano	-	-	
Umbria	n. 18/1990	n. 39/1990	
Valle D'Aosta	n. 51/1995	n. 39/1990	
Veneto	n. 9/1990	n. 489/1995	(3)

(1) Valorizzazione del privato sociale;
(2) Destinatari della L. R. tutti gli stranieri dimoranti;
(3) Assistenza sanitaria per interventi non differibili anche per immigrati irregolari

Il ritardo nell'emanazione del Regolamento d'attuazione del TU, il rinnovo dei Consigli regionali e le ultime elezioni politiche nazionali, possono, in parte, giustificare l'esitazione delle regioni ad adeguarsi, con un specifico atto legiferativo locale ad una normativa nazionale che suscita un ampio dibattito politico. Non sorprende dunque che negli ultimi anni solo la Puglia ha legiferato in materia, l'Emilia Romagna ha proposto un disegno di legge ormai decaduto e la provincia di Trento non ha ancora approvato il proprio Disegno di legge presentato nel 2001.

Comunque c'è da dire che diverse regioni, pur non avendo emanato una nuova legge regionale sull'immigrazione, hanno recepito le direttive nazionali attraverso iniziative a carattere locale, concretizzatesi in Delibere e Circolari regionali, ambiti specifici nei Piani sanitari regionali e Piani per la politica immigratoria (anche se in quest'ultimi non si sono riscontrati progetti di tipo sanitario, possibilità prevista dalla normativa nazionale).

PIANI SANITARI REGIONALI E ATTI EMANATIVI

	Piano Sanitario Regionale/Provinciale
Abruzzo	P.S.R. 1999-2001 (L. R. 37/99)
Basilicata	P.S.R. 1997-1999 (Del. C.R. 478/96)
Calabria	P.S.R.1995-1997 (L.R. 9/95)
Campania	Proposta P.S.R. 2002-2004 (Prop. L.R. 165/02)
Emilia Romagna	P.S.R. 1999-2001 (Del. C.R. n. 1235/99)
Friuli V. G.	P.I.M.T./P.S.R. 2000-2002 (Del. 3854/99)
Lazio	Presa atto proposta P.S.R. 2002-2004 (Del. G.R. 2035/01)
Liguria	Revisione P.S.R. 1999-2001 (Del. G.R. 2354/01)
Lombardia	P.S.S.R. 2002-2004 (Del. G.R. VII/6347/01)
Marche	P.S.R. 1998-2000 (L. R. 34/98)
Molise	P.S.R.1997-1999 (Del. C.R. 505/96)
Piemonte	P.S.R. 1997-1999 (L.R. 61/97)
Puglia	P.S.R. 2002 2004 (Del. G.R. 2087/01)
Sardegna	-
Sicilia	P.S.R. 2000-2002 (Dec. Pres. 11.05.00)
Toscana	P.S.R. 2002-2004 (Del. C.R. 60/02)
P. A. Trento	P.S. Provinciale 2000-2002 (Del. C.P. 1354/00)
P. A. Bolzano	P.S. Provinciale 2000-2002 (Del. C.P. 3028/99)
Umbria	P.S.R. 1999-2001 (Del. C.R. 647/99 integ. Del. C.R. 765/00 e 767/00)
Valle D'Aosta	P.S.R. 2002 - 2004 (L.R. 18/01);
Veneto	P.S.R. 1996-1998 (L.R. 5/96) aggiornato con atti amministrativi

aggiornato aprile 2002

E' interessante soffermare l'attenzione, anche se brevemente, sugli aspetti rilevanti che caratterizzano le regioni italiane in materia sanitaria per gli immigrati rimandando alla descrizione analitica delle schede eventuali approfondimenti.

NORD ITALIA

Nel nord Italia - ad eccezione della Provincia autonoma di Bolzano che non ha ancora legiferato sull'immigrazione ma ha prodotto un piano di interventi a favore dei profughi - tutte le altre regioni si sono mostrate attive e propositive seppure con diverse modalità.

Infatti il **Friuli Venezia Giulia** pur non avendo ancora emanato una nuova legge regionale in sintonia con la normativa nazionale, si è dotato di riferimenti organizzativi che si sono mostrati particolarmente efficaci: prima l'Ente Regionale per i problemi dei migranti (ERMI) e dal 2001 il Servizio autonomo per l'immigrazione con la previsione di costituire anche uno specifico Osservatorio per la prevenzione e la tutela sanitaria.
Ciò in continuazione con una tradizione di collaborazione tra le varie ASL, che gestiscono progetti di informazione sanitaria e provvedono anche all'organizzazione di iniziative di prevenzione e di assistenza socio-sanitaria. Particolare attenzione a questo tema è posto dalle Aziende sanitarie di Trieste (Asl 1) e di Udine (Asl 4) che nel tempo hanno costruito sintonia di intendi, capacità di lavoro comune e di programmazione che spesso acquisisce lo spessore di politica regionale.
Il 18.12.2000 è stata emanata una Circolare che definisce criteri e procedure in particolare per l'attribuzione del codice STP.

Friuli Venezia Giulia - Azienda Servizi Sanitari n. 4 - Medio Friuli

Progetto: Tutela della salute dei cittadini Immigrati

L'Azienda Servizi Sanitari n. 4 "Medio Friuli" recependo quanto previsto dal Psn 1998-2000 all'obiettivo IV "Rafforzare la Tutela dei soggetti deboli, garanzie di assistenza dei deboli", ed in relazione da quanto previsto dagli art. 32 e 33 della L. 40/1998 ha costituito un gruppo lavoro permanente misto costituito da rappresentanti della stessa e delle principali associazioni di volontariato che operano in Udine (Associazione "Medici Contro"; Casa dell'Immacolata di Udine).
L'attività svolta ha visto anche il coinvolgimento di altri soggetti quali:

- gli operatori del Centro di Ascolto del Comune di Udine;
- la Provincia di Udine;
- i rappresentanti dell'Ermi. (Ente Regionale Migranti).

Tale Gruppo di lavoro ha elaborato un progetto di *"Tutela della salute dei cittadini immigrati"*, gli obiettivi per il 2000 di questo progetto sono stati i seguenti:

1) Avvio dell'attività di mediazione di comunità, culturale e linguistica, all'interno dei servizi e degli ambulatori del Dipartimento di Prevenzione e del Distretto di Udine, compreso sportello informativo e interventi su chiamata per tutte le strutture dell'Azienda sanitaria.
2) Protocollo d'intesa con l'Associazione di Volontariato "Medici Contro" per la questione di un ambulatorio di prima accoglienza per immigrati anche STP non iscritti al Ssn (art. 42 DPR 394) nella sede del distretto e per la sorveglianza epidemiologica.
3) Formazione culturale degli operatori sanitari e amministrativi su immigrazione e salute (aspetti legislativi, sanitari, culturali, etc.) in collaborazione il Centro formazione dell'Azienda sanitaria.
4) Redazione e distribuzione di materiale informativo e di educazione sanitaria per gli immigrati in collaborazione con le loro associazioni.

Il progetto mira a rendere leggibili, accessibili e fruibili i diritti sanitari garantiti dalla nuova legislazione in materia di immigrazione impegnandosi a rimuovere gli ostacoli di natura sociale e culturale, che possono costituire i principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato.

In **Liguria** invece interessante si è mostrato il Piano sanitario regionale per il triennio 1999/2001 che all'obiettivo 1.6 "Promuovere la sicurezza per i soggetti immigrati" riporta:

"Numerosi fattori epidemiologici e condizioni socio-economiche rendono lo stato della salute degli immigrati stranieri meritevole di particolare tutela (...). Gli aspetti più rilevanti di ordine sanitario riguardano quel complesso di situazioni legate alla povertà e alle difficili condizioni di vita relative alla inadeguata alimentazione, abitazione e socialità, e alla discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari (...).
Gli obiettivi tendenziali corrispondono a quelli previsti dal PSR 1998-2000:
1) garantire uniformità d'accesso all'assistenza sanitaria a tutti gli immigrati. Ai cittadini stranieri non in regola con le norme d'ingresso e soggiorno sono garantite comunque, in base al TU ed al suo regolamento d'attuazione le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva e salvaguardia della salute individuale e collettiva.
2) Estendere gli obiettivi di copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana ai soggetti immigrati.
(...) Azioni del triennio 1999-2001:

- *programmi di formazione del personale sanitario sia relativamente agli aspetti clinici e di prevenzione delle patologie d'importazione, sia agli aspetti di comunicazione nel rapporto interculturale, finalizzati anche all'acquisizione di conoscenze relative alla dimensione salute-malattia sotto il profilo sia antropologico che igienico-sanitario;*
- *sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;*
- *indirizzo per interventi di prevenzione collettiva (vaccinazioni obbligatorie ed interventi di profilassi (omissis);*
- *indirizzi per la garanzia degli interventi di assistenza sanitaria estesi ad ogni soggetto presente sul territorio, in particolare per l'accesso tempestivo alle prestazioni sanitarie essenziali e per la tutela della maternità e della gravidanza (...);*
- *campagne di educazione sanitaria a supporto dell'uniformità di accesso all'assistenza sanitaria in base alla normativa vigente, per tutti i soggetti immigrati, incluso la copertura vaccinale con gli stessi obiettivi previsti per i cittadini italiani prevedendo l'utilizzo di mediatori culturali".*

Solo recentemente la Regione ha dato supporto a tale impostazione programmatica in particolare promuovendo un corso d'aggiornamento obbligatorio (maggio 2000 - maggio 2001) "Formazione interculturale per personale delle Aziende sanitarie liguri" e, attraverso una Circolare, ha dato indicazioni operative per adeguarsi alle norme nazionali. La revisione e l'aggiornamento al Piano citato ha individuato tre ambiti specifici di impegno:

- *attivare programmi di formazione rivolti sia al personale delle Aziende sanitarie, sia ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, finalizzati alla conoscenza degli aspetti clinici e di prevenzione delle patologie d'importazione;*
- *consentire, come per i cittadini residenti, l'accesso unificato alle prestazioni attraverso il filtro operato dal distretto, che deve garantire la lettura della specifica domanda e l'orientamento verso risposte assistenziali appropriate, efficaci e integrate (territorio/ospedale);*
- *attivare interventi di profilassi vaccinale.*

Nel caso della **Lombardia** il Programma pluriennale degli interventi per l'immigrazione 1999-2000 fornisce indicazioni agli Enti locali ed alle associazioni del privato sociale per quanto riguarda la presentazione dei progetti relativi alla realizzazione dei Centri di prima accoglienza ed interventi a favore dell'integrazione sociale, culturale e lavorativa degli immigrati. Il programma prende in considerazione obiettivi strettamente socio-assistenziali, come la tutela di donne e minori e campagne vaccinali e di profilassi. Inoltre dopo una iniziale stasi, la Regione ha emanato una serie di Circolari atte a rendere operative le norme nazionali in materia di assistenza sanitaria agli immigrati.
Infine vogliamo evidenziare l'orientamento che traspare dal Piano socio-sanitario regionale 2002-2004: "Libertà e innovazione al servizio della salute" approvato dalla Giunta regionale alla fine del 2001.

> *L'azione regionale sarà mirata a costruire relazioni positive tra cittadini italiani ed immigrati, a garantire pari opportunità di accesso ai servizi e a tutelare le differenze, assicurare la presenza legale e contrastare l'illegalità, conoscere la consistenza e l'evoluzione del fenomeno migratorio nei suoi diversi aspetti socio economici e culturali.*
> *Sarà compito della Regione definire, annualmente, le priorità d'intervento, che verranno attuate secondo le necessità locali e che, in ogni caso, riguarderanno in particolare la tutela della salute; l'inserimento lavorativo; la formazione e l'orientamento professionale; la formazione linguistica e la mediazione culturale; l'informazione agli operatori e agli immigrati; le risposte alle domande di accoglienza e di alloggio.*
> *Inoltre andrà completato il processo di revisione della legislazione regionale in materia di immigrazione al fine di renderla più coerente con gli obiettivi programmatori.*
> *L'attività dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la Multiculturalità, dovrà provvedere a fornire un quadro informativo integrato, sufficientemente ampio e attendibile, sulla popolazione immigrata e sul grado di interrelazione con la società di accoglienza: La raccolta sistematica degli elementi di conoscenza sulla popolazione immigrata, sui fenomeni e sugli interventi costituirà il supporto alla programmazione regionale dei flussi e alla gestione del processo migratorio in funzione con una gestione compatibile con le esigenze territoriali.*

Non si tratta quindi soltanto di funzioni di tipo esclusivamente amministrativo, ma di una accoglienza globale del bisogno, che si riflette sulla dotazione di personale: accanto a personale amministrativo è indispensabile la presenza di personale del profilo sanitario (medico, infermiere, assistente sanitario, psicologo..) e di figure di mediatori culturali in grado non solo di gestire la comunicazione attraverso madre-lingua o lingue veicolari, ma anche di agire sui modelli culturali, in modo da permettere una migliore lettura dei bisogni ed una maggiore accessibilità ed accettabilità degli interventi richiesti/proposti.

In **Piemonte** è interessante la delibera regionale che regolamenta l'accesso alle strutture sanitarie degli immigrati irregolari istituendo dei Centri di Informazione Salute Immigrati (ISI) presso le Aziende sanitarie della Regione.

Regione Piemonte
Centri Informazione Salute Immigrati

Con l'obiettivo di promuovere l'accesso al Ssn, assicurare il coordinamento e l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie (di prevenzione e di assistenza) ai cittadini stranieri, garantendo altresì il funzionamento di idonei flussi informativi necessari a fini epidemiologici ed economici, sono stati sperimentati nella Regione Piemonte "sportelli" dedicati, collocati di norma nei presidi territoriali (ne è previsto uno per ASL di capoluogo di provincia), denominati ISI (Informazione Salute Immigrati).
Nei centri ISI si svolgono funzioni di:

- individuazione, comprensione ed accoglienza del bisogno di salute del cittadino immigrato e del contesto sociale in cui si esprime;
- erogazione delle prestazioni amministrative legate all'accesso al Ssn (iscrizione per gli aventi diritto, codice "STP" per gli irregolari) e rilascio dei relativi documenti;
- erogazione di prestazioni di tipo preventivo, diagnostico e terapeutico: sia direttamente in sede ISI, sia attraverso l'utilizzo delle strutture aziendali ambulatoriali e di ricovero (previa la definizione di apposite procedure, e con l'utilizzo di mediatori per l'accompagnamento);
- informazione, rivolta sia all'utenza che ai vari servizi dell'Azienda, e a tutti coloro che lavorano nell'ambito dell'assistenza agli stranieri, in particolar modo quelli non aventi diritto all'iscrizione al Ssn;
- educazione e promozione della salute, a livello individuale (counseling) o collettivo, su rischi specifici o sull'*empowerment* di gruppi e comunità;
- raccolta ed elaborazione di dati epidemiologici e gestionali (in raccordo con il livello regionale), attraverso un

apposito flusso informativo;
- formazione permanente del personale, in modo che sia capace di:
  - stabilire una corretta comunicazione con i soggetti arrivati all'ISI,
  - individuare i bisogni di salute (sanitari e non) dei soggetti (STP),
  - identificare e gestire le corrette procedure amministrative di risposta ai bisogni,
  - comunicare e collaborare efficacemente con i servizi che erogano agli STP le prestazioni di II livello.

Il **Veneto** anche sulla spinta di una crescente consistenza numerica degli stranieri nella Regione, ha costantemente governato le problematiche sanitarie con delibere, note e circolari regionali, prontamente adeguatesi alla normativa nazionale (già dal 1991 varie indicazioni e nel 1996 con la DGR 3264 ha definito un *"Progetto regionale in materia di assistenza agli immigrati ed emarginati"*) ed enfatizzando l'importanza della formazione di tutti gli operatori socio-sanitari. Per altro questa Regione ha istituito, ai sensi della DGR n. 5105 del 28.12.1998, un gruppo tecnico regionale *"Iniziative sanitarie in materia di immigrazione"* che dal 2000, dopo alcune esperienze pilota, ha pianificato un per-
cor[redacted]

Regione Veneto
Progetto Benessere Donne Straniere

E' uno dei primi progetti specifici della Regione che vuole porre attenzione particolare alle donne straniere. Il frequente ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza, accompagnata da una scarsa affluenza ai consultori familiari, ha evidenziato l'importanza e l'urgenza di proporre interventi educativi e preventivi nei confronti delle donne straniere, in particolare quelle di recente e recentissima immigrazione, per favorire una maggiore tutela sociale e sanitaria della maternità e della salute dei loro figli soprattutto nell'età da 0-3 anni.
Questi obiettivi si sono concretizzati attraverso la realizzazione del "progetto benessere donna Straniera" presente all'interno di un progetto più ampio: "Progetto regionale benessere donna". L'intento è di coinvolgere in programmi preventivi di tutela materno infantile le quote di popolazione che altrimenti resterebbero estranee alla cura dei servizi.
L'obiettivo generale del progetto consiste nel promuovere forme di tutela del benessere sociale, psicologico-relazionale, familiare e sanitario delle donne straniere, in particolare di quelle di recente e recentissima immigrazione, quale premessa indispensabile per un soddisfacente livello di integrazione nella realtà sociale veneta.
Mentre gli obiettivi specifici consistono in :
a) riduzione del tasso IVG nella popolazione straniera;
b) aumento dell'accesso ai consultori fam. per la procreazione responsabile e per la tutela sociale e sanitaria della maternità;
c) aumento dell'accesso ai consultori pediatrici da parte delle madri straniere per i bilanci di salute dei figli in età 0-3 anni;
d) aumento delle azioni integrate tra servizi comunali, distretti, consultori, privato sociale e volontariato a favore della tutela sociale individuale, familiare e minorile della popolazione straniera;
e) aumento del numero di donne straniere che si sottopongono a indagini diagnostiche e profilassi sanitarie per la tutela della salute propria e dei figli.
L'erogazione di prestazioni sanitarie e sociali alla popolazione bersaglio opportunamente dettagliata nei progetti ULSS, avviene in regime di gratuità a norma dell'art. 5 del DM 1.2.1991. In particolare i servizi delle ULSS coinvolti nel progetto sono i consultori familiari, i servizi d'igiene pubblica e le divisioni di ostetricia e ginecologia. Oltre alle ULSS gli organismi esterni coinvolti sono i Comuni, le associazioni di volontariato, gli organismi sindacali ed altri ancora. Per la buona riuscita del progetto, nella fase specifica conclusasi ma ormai divenuto prassi permanente, è stata necessaria una forte integrazione tra i diversi servizi e soggetti sociali, con una attenzione particolare a percorsi informativi per la popolazione target e formativi per il personale socio-sanitario.

Infine l'**Emilia Romagna** si è rivelata una Regione che ha dato risposta ad ampio raggio sui temi della salute degli immigrati con delibere, circolari regionali e con il Piano sanitario regionale 1999-2001: *"L'obiettivo prioritario è di creare le condizioni per un tempestivo accesso ai servizi da parte dei cittadini e delle cittadine stranieri immigrati, regolari e non, tramite azioni concertate dei soggetti pubblici (in primo luogo delle Aziende sanitarie), del privato sociale e del volontariato, che nel settore ha una presenza determinante ed una funzione non surrogabile"*.
In attuazione degli "Obiettivi di Salute" previsti dal Piano, risulta interessante segnalare il materiale prodotto dal "Gruppo di Lavoro Esclusione Sociale".
Il Gruppo di lavoro ha svolto il suo mandato in tappe successive che hanno visto:
1) la descrizione del fenomeno dell'esclusione sociale, delle sue diverse cause e componenti, della situazione attuale dei servizi e degli interventi offerti;
2) la rilevazione dei bisogni emergenti e dei relativi fattori determinanti;
3) la formulazione degli obiettivi di salute;
4) la strutturazione di possibili soluzioni mirate.

Pur consapevoli che immigrazione ed esclusione sociale non è un binomio necessario, è stata colta l'occasione

del lavoro del gruppo per individuare percorsi ed obiettivi di salute per l'intera popolazione straniera sia in condizio[redacted]

Regione Emilia Romagna - Azienda Usl città di Bologna
Assistenza Sanitaria per gli Stranieri a Bologna

Per tutti gli stranieri "presenti" è stato sottoscritto nel 1997 un protocollo d'intesa fra Regione Emilia-Romagna, Comune di Bologna, Azienda Usl della Città di Bologna, Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico Rizzoli, Azienda farmaceutica Comunale, Federfarma, Centro Unificato Prenotazioni (CUP), Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi per l'istituzione del tesserino di Soccorso che prevede l'erogazione di servizi ambulatoriali agli stranieri indigenti privi di assistenza sanitaria ed ai cittadini italiani senza risorse economiche. Il protocollo prevede che le associazioni di volontariato, convenzionate con l'Azienda Usl, svolgano il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) formulando le richieste di farmaci e visite specialistiche su ricettari propri, che il CUP e le farmacie riconoscono allo stesso modo di quelli del Ssn. Le associazioni di volontariato convenzionate (Sokos: 2 pomeriggi la settimana - Ambulatorio Biavati: tutti i giorni dell'anno) visitano ogni giorno 10-20 nuovi pazienti per i quali chiedono l'iscrizione al "tesserino di soccorso", effettuata presso lo sportello "scelta e revoca del medico" di un distretto cittadino. Il tesserino riporta i dati essenziali del paziente e la foto, viene "riconosciuto" da tutti gli erogatori di servizi cittadini, come la tessera del Ssn ed è valido per sei mesi.
Risultati conseguiti:

- Si è meglio definita *l'entità e la tipologia della popolazione* priva di assistenza.
- Si sono adottate strategie tese a riorientare i pazienti verso tipologie di prestazioni più appropriate (dal Pronto Soccorso ad un ambulatorio di base).
- Si sono adottati criteri più equi e trasparenti per assistere i pazienti indigenti e finanziare le Associazioni di volontariato.
- E' stata data notevole diffusione alle informazioni relative ai servizi esistenti per questa tipologia di pazienti.
- Si è creata una stretta rete pubblico - privato (Asilo notturno Beltrame, Istituzione dei servizi per l'Immigrazione, Ufficio Stranieri della Questura, Prefettura, Associazioni di volontariato, Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini, Distretti) che permetterà la semplificazione dei percorsi, nonché un ottimizzazione dell'uso delle risorse anche attraverso un gruppo tecnico da convocare per problemi ed un gruppo permanente dei medici volontari.
- I vari servizi si stanno attrezzando in modo significativo e diffuso per offrire risposte al bisogno in modo personalizzato.
- Si stanno elaborando nuove strategie che più che subire i vari fenomeni così come si presentano, ne esaminano insieme tutti gli aspetti per elaborare programmi di intervento coordinati e, possibilmente tesi non solo a prender cura degli effetti, ma alla rimozione delle cause.

Le prospettive future: La Legge 40 ed il Piano sanitario nazionale tendono al superamento della logica dei servizi "dedicati" alle particolari esigenze di questi utenti, per favorire invece l'accesso e l'integrazione. Nell'ambito delle proposte della città per accogliere questi nuovi cittadini si porrà quindi più l'accento su interventi mirati all'attivazione delle competenze delle comunità immigrate e dei singoli, che sul sapere e l'esperienza dei servizi. E' in corso una sperimentazione di un nuovo progetto che è stato elaborato in collaborazione con le Istituzioni Sanitarie della città di Palermo, che prevede l'offerta attiva di servizi preventivi, di cura e di educazione sanitaria a 4.000 ospiti dei centri di accoglienza, anche attraverso interventi dei mediatori culturali e dei leaders delle comunità.

Centro Italia

Nel Centro Italia, ad eccezione del Molise che non ha prodotto ancora una normativa regionale sull'immigrazione e dell'Abruzzo che sul suo Piano sanitario regionale 1999-2001 accenna al tema degli immigrati, le altre quattro regioni (Lazio, Marche, Toscana, Umbria) rivelano iniziative particolarmente significative.

La normativa della Regione **Lazio** è densa di delibere e circolari regionali tra cui segnaliamo quelle per la regolamentazione dell'accesso all'assistenza sanitaria per gli stranieri temporaneamente presenti. Con tali strumenti si è prontamente adeguata alla normativa nazionale ed anzi ha chiarito ambiti di possibile ambiguità della stessa con riferimento anche alla componente regolare.
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 disposizioni"* istituendo un gruppo di verifica e monitoraggio con una Delibera di Giunta dell'aprile 2001 che potrà proseguire i lavori di un analogo gruppo istituito nel 1997.
Il cambio della Giunta (da una di centro sinistra a una di centro destra) non ha prodotto apparenti modifiche nella gestione regionale del fenomeno se non nella percezione di alcuni operatori sanitari pubblici che di fatto hanno ridotto la loro 'disponibilità' nei confronti di utenti immigrati (irrigidimenti su norme emanate dalla precedente Giunta, interpretazioni discrezionali in senso restrittivo di alcuni provvedimenti ed indicazioni). Su sollecitazione

e proposta tecnica del GRIS (Gruppo Regionale Immigrazione e Salute: un organismo sorto spontaneamente nel 1995 a cui aderiscono oltre 50 tra istituzioni sanitarie pubbliche, del privato sociale e del volontariato) la Regione ha emanato con Delibera di Giunta 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 pone l'obiettivo di promuovere attivamente l'applicazione della normativa nazionale in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

Regione Lazio
Il Gruppo Regionale Immigrazione e Salute

Il Gruppo Immigrazione e Salute formatosi nel Lazio, GRIS, è un gruppo di spontanea adesione, non istituzionale, a cui sono invitati a partecipare strutture di volontariato, di privato sociale, associazioni di immigrati e strutture pubbliche coinvolte nella erogazione di servizi sanitari, di sostegno e di orientamento sanitario nei confronti di cittadini immigrati indipendentemente del loro status giuridico; possono aderire Enti Pubblici ed Istituzioni che ne condividono le finalità.
Finalità del GRIS è la reale e diffusa promozione della salute del cittadino immigrato.
Obiettivi condivisi sono:
1) essere un luogo d'informazione in particolare sugli aspetti normativi nazionali e locali, sulle iniziative intraprese e sugli ambiti assistenziali attivati;
2) essere un luogo di 'messa in rete' di competenze e risorse sia di tipo assistenziali sia formative;
3) essere propositivi in termini politico-organizzativi individuando aree critiche ed eventuali percorsi di tutela; in questo senso avere un'azione di stimolo e di pressione nei confronti degli Enti Locali e delle Direzioni delle varie Strutture Pubbliche.
Pur auspicando altri ambiti di lavoro comune in particolare la possibilità di gestire insieme progetti sia di tipo formativo, di riflessione e ricerca scientifica, di tipo assistenziale, si ritiene opportuno rimandare tale possibilità ad altri momenti e cioè dopo che sia stata verificata la capacità di lavoro comune.
Presupposto condiviso è che all'interno del GRIS ci sia pari dignità tra le varie componenti.
Il GRIS è espressione territoriale di una più vasta rete a livello nazionale che è la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) che ha come scopi:
a) Promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in Italia.
b) Favorire attività volte ad incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni.
c) Costituire un 'forum' per lo scambio, a livello nazionale ed internazionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato.
d) Patrocinare attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati.
La SIMM è una società scientifica senza scopo di lucro. Per il raggiungimento degli scopi statutari, la Società si avvale di un organismo tecnico: "Organismo di Collegamento Nazionale" delle organizzazioni e strutture sanitarie le cui attività si svolgano in favore degli immigrati. La partecipazione al collegamento nazionale avviene dietro presentazione di domanda scritta del responsabile della struttura con allegata documentazione dell'attività svolte nel campo della medicina della migrazione. Le domande sono vagliate ed accettate dal Consiglio di Presidenza. Almeno un responsabile/referente della struttura deve essere socio SIMM .
L'Organismo di Collegamento Nazionale può a sua volta distribuirsi in Unità Operative Territoriali previo comunicazione al Consiglio di Presidenza, il GRIS è una di tali Unità Operative.
La partecipazione alla SIMM garantisce una forma minima di autofinanziamento (quote dei soci) per gestire le spese correnti.
Dal punto di vista organizzativo si può aderire al GRIS con una richiesta formale o decidere di partecipare autonomamente alle riunioni.
Istituito alla fine del 1995, aderiscono attualmente al GRIS 28 organismi di tre province, di cui 12 strutture pubbliche, 3 enti locali e 13 gruppi provenienti dall'associazionismo.
Periodicamente si nominano dei portavoce che sono riferimento del gruppo e ci si avvale di una équipe di segreteria.

Per l'**Umbria** invece si evidenziano le delibere regionali che hanno provveduto a regolamentare la disciplina in materia di prestazioni sanitarie sia agli stranieri temporaneamente presenti (che vengono iscritti al SSR), sia ai residenti in Italia e l'atto di indirizzo programmatico generale (cap. 5.2 PSR 1999-2001) *Promozione e tutela della salute degli immigrati* con espliciti richiami all'attuale normativa nazionale definendo i seguenti obiettivi di salute prioritari:

1) Accessibilità ai servizi: Informare tutti coloro che ottengono il permesso di soggiorno sui diritti di assistenza e modalità d'accesso; informare tutti gli immigrati sulla possibilità di accesso al Servizio Sanitari; garantire in almeno ogni centro di salute di ciascun distretto un punto di accesso "informale" agli immigrati irregolari.

2) Promozione e Prevenzione: garantire la copertura vaccinale secondo le indicazioni del Programma

EPI OMS e del Piano nazionale vaccini; attivare interventi di educazione sanitaria sulla prevenzione delle malattie trasmissibili; ridurre del 50% la percentuale di abitazioni di immigrati extracomunitari irregolari non dotate di abitabilità rispetto alla base/line del 1999; verificare l'applicazione della normativa vigente in materia di sicurezza e diritto del lavoro a tutti i lavoratori immigrati.
3) Assistenza: garantire l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, territoriali ed ospedalieri; garantire l'accesso delle donne immigrate alla rete dei servizi consultoriali ed ospedalieri; garantire presso ciascun DSM un'area di ascolto per i problemi di salute mentale legati alla condizione di immigrato".

La Regione **Marche** si caratterizza per avere emanato una nuova legge regionale anche se subito prima dell'emanazione del TU sull'immigrazione. In particolare nell'articolo specifico dell'assistenza sanitaria si parla di campagne di prevenzione collettiva e di indagini epidemiologiche, comprese le campagne di educazione sanitaria e di prevenzione anche per l'immigrato, di promuovere attività formative specifiche per gli operatori socio-sanitari indispensabili per migliorare la capacità di lettura, interpretazione e comprensione delle differenze culturali intrinseche nel concetto di salute. Infine la Regione, per stimolare l'aggiornamento dei responsabili dei servizi sanitari, promuove seminari periodici di alto livello o direttamente o attraverso le aziende sanitarie, gli organismi nazionali, internazionali e le associazioni del volontariato che operano in ambito specifico.

Regione Marche
Attivazione servizio di Medicina di base per stranieri non iscritti al Ssn

Riportiamo il contenuto della Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria n. 5 di Jesi n. 49 del 25.01.2000: perché a nostro avviso di particolare interesse sia per i contenuti (attivazione di un servizio) ma soprattutto per come si è arrivati a questo atto (contesto normativo nazionale, delibera regionale, gruppo di lavoro all'interno dell'Azienda).
Il Direttore Generale
rilevata la presenza nel territorio della nostra Azienda di un numero considerevole di cittadini extracomunitari non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale perché non in possesso dei requisiti richiesti dalla Legge n. 40 del 06.03.98; preso atto che questi cittadini si rivolgono in caso di necessità al Pronto Soccorso degli Ospedali per prestazioni di I° livello (visite medico-generiche, prescrizioni di farmaci, ecc.) essendo impossibilitati ad effettuare la scelta di un medico di medicina generale; constatato, di conseguenza, il problema causato al Servizio di Pronto Soccorso dal carico improprio di lavoro che è chiamato a svolgere per le richieste di questi cittadini extracomunitari che non hanno, oggettivamente, altro referente; vista la Legge n. 40 del 1998 -Titolo V- Capo I°; vista la DGR n. 1889 del 21.07.1997 con la quale i Direttori delle ASL sono autorizzati ad istituire a livello distrettuale ambulatori di Medicina Generale destinati a Cittadini stranieri temporaneamente presenti nel territorio di ciascuna ASL; visto il D.P.R. 484/96 artt. 60-61-62; sollecitato dal Gruppo di Lavoro Immigrati, costituitosi in seno all'Azienda, che ha già avviato una rilevazione dei dati riguardanti l'utenza straniera dei Servizi del Consultorio, del Poliambulatorio e degli Ospedali; stimato dallo stesso Gruppo di Lavoro Immigrati un fabbisogno di almeno 10 ore settimanali di attività di Medicina di Base, così articolate: Distretto A-Sede Jesi Via Guerri- 5 ore settimanali (2 sedute di 2,5 ore); Distretto B-Sede Cingoli e Filottrano-2,5 ore settimanali (a settimane alterne); Distretto C- Sede Moie- 2,5 ore settimanali; indicato che con atto deliberativo 30.12.1999 n. 1940 è stato approvato il bilancio economico preventivo per l'anno 2000 di questa Azienda Sanitaria; dato atto che la responsabile del presente procedimento è Rossetti Dolores; sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
DELIBERA
1) Attivare il Servizio di Medicina di Base per i cittadini extracomunitari non iscritti al Ssn presenti nel territorio della Azienda, con le modalità descritte in premessa;
2) Dare incarico alla U.O. Affari Legali e Convenzioni di avviare le procedure previste dall'art.60 del D.P.R. 484/96 per conferire gli incarichi necessari ai medici iscritti in graduatoria regionale che ne facciano domanda;
3) La conseguente spesa per il pagamento dei medici addetti al Servizio, prevista in £. 18.000.000 per tutto l'anno 2000, farà carico al relativo budget e riferimento al Conto 03369090 del Piano dei Conti del bilancio economico preventivo per l'anno 2000 di questa azienda, inoltre verrà iscritta in contabilità finanziaria al cap. 042 133.

L'impronta innovativa che caratterizza la legge regionale si evidenzia anche dall'art. 20 ("Protezione sociale") che ha posto una particolare attenzione alla tutela di coloro che sono vittima di situazioni di violenza o grave sfruttamento. Un riguardo specifico è rivolto alle donne e ai minori stranieri vittime del traffico finalizzato allo sfruttamento sessuale; per loro sono stati attivati, anche attraverso incentivi agli enti locali, progetti mirati a creare occasioni di accoglienza, rieducazione e reinserimento.

Infine la Regione **Toscana** ha provveduto con tempestività ad uniformarsi all'orientamento della nuova normativa nazionale, come si evince dalla Delibera n. 76/1999 che fornisce gli indirizzi per la programmazione degli interventi e la ripartizione dei finanziamenti della L. n. 40/1998.
Già il Piano sanitario regionale 1999-2001 affida ai Consultori per immigrati il duplice compito di elaborare pro-

getti mirati a specifiche problematiche sanitarie e di assicurare un'informazione ed un'accoglienza linguistico-culturale adeguate a questa nuova fascia della popolazione. Rilevante appare la figura del mediatore interculturale su cui la Regione vuole puntare per favorire la creazione di un rapporto relazionale fra l'utenza immigrata e i servizi pubblici.
Infine riteniamo estremamente significativo il Piano sanitario regionale 2002-2004 che non solo prevede un paragrafo specifico dedicato alla salute degli immigrati, ma si prefigge l'obiettivo di passare dall'erogazione di servizi di emergenza e di prima accoglienza a servizi che tengano conto delle differenti identità dei nuovi utenti.

In particolare gli obiettivi specifici sono i seguenti:
- realizzare in tutto il territorio regionale progetti aziendali tesi a garantire il diritto alla salute dei cittadini stranieri;
- riorientare i servizi tenendo conto della crescente presenza di stranieri, della difficoltà di accesso ai servizi di questi cittadini e della necessità di interventi mirati a specifiche realtà tecniche e culturali;
- valorizzare il ruolo del medico di medicina generale come soggetto primario responsabile della tutela della salute degli immigrati;
- sviluppare il raccordo con le strutture del volontariato, del privato sociale e con tutti gli enti pubblici e privati per realizzare l'integrazione delle politiche volte alla salute degli immigrati;
- attuare la Direttiva regionale sui programmi umanitari e di cooperazione internazionale, garantendo le cure mediche nelle strutture sanitarie regionali nell'ambito di tali programmi (Del. C.R. n. 279 del 28.12.2000);
- sviluppare specifici programmi di tutela della salute delle donne, dei bambini, della gravidanza rivolti alla popolazione degli immigrati.

Regione Toscana - Azienda Usl 10 di Firenze
Progetto interdipartimentale "assistenza alla popolazione immigrata: educazione alla salute in tema di pianificazione familiare, prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale e prevenzione oncologica"

Tale progetto (triennio 97-99) è stato realizzato dal Dipartimento di Attività Sanitarie di Comunità e dal Centro di Documentazione dell'UO di Eas (Educazione alla salute). Si tratta di un progetto di informazione e di educazione alla salute in tema di pianificazione familiare rivolto alla popolazione immigrata, in modo particolare alle donne.
L'attività ha coinvolto tutti i consultori familiari, oltre a quelli per extracomunitari, gli Ospedali dell'Azienda USL 10 di Firenze e dell'Azienda Careggi, che partecipa alla realizzazione di questo progetto, e le strutture del volontariato.
Gli *obiettivi del progetto* da realizzare nel triennio sono stati i seguenti:

1) Predisposizione e attuazione di un sistema di raccolta dati integrato fra Azienda Sanitaria di Firenze e Azienda Ospedaliera di Careggi per il monitoraggio della gravidanza e dell'interruzione di gravidanza nella donna immigrata.
2) Predisposizione e diffusione di materiale informativo ed educativo in tema di pianificazione familiare.
3) Predisposizione e diffusione di materiale informativo ed educativo in tema di prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale e monitoraggio di tali malattie.
4) Predisposizione e diffusione di materiale informativo ed educativo in tema di prevenzione oncologica ed effettuazione dei relativi screening nella popolazione immigrata.
5) Contenimento del trend positivo di IVG nelle donne immigrate.

Il materiale informativo, predisposto da un gruppo di lavoro multidisciplinare composto anche da rappresentanti delle comunità di immigrati e del volontariato, tradotto in diverse lingue, fornisce informazioni sulla gravidanza, puerperio, contraccezione, interruzione volontaria della gravidanza, prevenzione dei tumori dell'apparato femminile, sulla tutela della maternità sul lavoro e sulle procedure per il riconoscimento del nuovo nato. Tale materiale viene distribuito in tutti i consultori, nei presidi ospedalieri, negli ambulatori del volontariato e presso alcune sedi delle comunità di immigrati. Il progetto, che rientra fra le iniziative promosse dalla provincia di Firenze, nasce per rispondere ai bisogni emersi sia dall'analisi delle IVG effettuate negli Ospedali fiorentini, sia dalle segnalazioni degli operatori dei consultori per extracomunitari, che hanno messo in evidenza l'alto numero di interruzioni di gravidanza e di gravidanze ravvicinate delle donne immigrate.

SUD ITALIA E ISOLE
La **Puglia** è stata l'unica Regione ad avere prodotto una nuova legge locale dopo l'emanazione del Testo Unico sull'immigrazione ed il relativo Regolamento d'attuazione. Tale legge ha dato ampio spazio alle azioni e agli interventi di competenza dei Comuni e alla programmazione degli interventi di competenza della Regione,

nonché alla Consulta regionale dell'immigrazione extracomunitaria e al suo funzionamento. Nessun cambiamento rilevante invece, si è avuto in ambito sanitario, anzi nonostante sia stato abrogato l'art. 8 della L. 29/1990 (la vecchia legge regionale sull'immigrazione) relativo alla tutela della salute, nella nuova legge manca un articolo in merito. In verità solo a metà del 2000 la Regione con una Nota ha preso atto delle innovazioni riguardanti l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri sul territorio nazionale apportate dalla normativa nazionale ed ha inteso fornire ulteriori chiarimenti circa l'osservazione di alcuni aspetti procedurali che all'atto dell'iscrizione al Ssn avevano ingenerato qualche perplessità negli operatori delle strutture preposte all'utenza straniera. Un ritardo che ha penalizzato l'impegno di molti operatori sia del volontariato sia del pubblico che da tempo si adoperavano "sul campo" per garantire il diritto alla salute di questa popolazione. Un chiaro segnale positivo è stato apportato dal nuovo Piano sanitario regionale 2002-2004, *Piano della Salute e Sistema integrato di Interventi e Servizi Sociali* - in cui tra l'assistenza a *categorie particolari* sono stati inseriti anche gli stranieri extracomunitari non iscritti al Servizio sanitario nazionale ai quali deve essere garantito quanto previsto dalla normativa nazionale attraverso una capillare opera di educazione e sensibilizzazione che vede impegnate le strutture del Dipartimento di prevenzione, distrettuali ed ospedaliere, con l'imprescindibile collaborazione dei Comuni e delle associazioni di volontariato.

La Regione **Sicilia** durante il mese di dicembre 1999 ha emanato una circolare in cui informa le Aziende Sanitarie delle novità apportate dalla nuova normativa nazionale in ambito di assistenza sanitaria agli immigrati. Un primo segnale, fortemente voluto dall'associazionismo locale che da anni opera a favore degli stranieri, ma che ancora non si è tradotta nella definizione di una politica più attenta.

Anche la Regione **Campania** all'inizio del 2001 con una interessante Circolare sembra uscire da un torpore che aveva caratterizzato l'emanazione della nuova normativa sugli immigrati nonostante avesse alcune Aziende sanitarie particolarmente attente ed impegnate (Napoli 4 e Caserta 1). Questa Circolare ha coagulato un gruppo di lavoro pluridisciplinare e avanzato una proposta innovativa e cioè l'utilizzo dei Medici di Medicina Generale in strutture territoriali dedicate per l'assistenza di base agli immigrati temporaneamente presenti. Un ulteriore passo avanti c'è stato con la proposta del Piano sanitario regionale 2002-2004 che individua 6 filoni di attività:

1) *La sperimentazione di interventi integrati per una risposta globale ai bisogni della popolazione immigrata attraverso atti d'intesa e/o convenzioni con gli Enti Locali, AA.SS.LL., AA.OO., Organizzazioni di Volontariato;*
2) *l'attivazione di osservatori territoriali che colgano le problematiche sociosanitarie attraverso la creazione di una banca dati per il monitoraggio dello stato di salute e la valutazione dei bisogni della popolazione immigrata, con lo scopo parallelo di diffondere l'acquisizione delle varie competenze maturate nelle diverse aree di sperimentazione concernenti l'accoglimento, l'assistenza e l'integrazione degli immigrati;*
3) *la definizione di indirizzi che permettano la fruizione paritaria del servizio Sanitario Regionale da parte degli extracomunitari regolari, sia occupati che disoccupati, con la definizione di modalità esplicative sulle procedure che lascino poco spazio a interpretazioni sul territorio regionale;*
4) *la programmazione di interventi di educazione sanitaria per le malattie a trasmissione sessuale e per la prevenzione oncologica, nonché interventi di medicina preventiva in collaborazione con le associazioni di volontariato, già capillarmente presenti sul territorio, con particolare attenzione ad aree critiche della popolazione immigrata (dipendenza, prostituzione, detenzione) e – su altro versante - la copertura vaccinale dei bambini immigrati e la sorveglianza delle malattie infettive della popolazione infantile, in collaborazione con i pediatri di libera scelta;*
5) *l'attivazione di programmi d'intervento da realizzare con i medici di medicina generale, i pediatri di base, i distretti sanitari e le associazioni di volontariato, impegnati sul fronte dell'immigrazione, al fine di definire interventi specifici per soddisfare domande e bisogni provenienti da aree definite di utenza;*
6) *la realizzazione di interventi mirati su gruppi ad alto rischio, quali gli immigrati clandestini e gli irregolari, esposti maggiormente ad infezioni da HIV e malattia tubercolare; a tale fascia di popolazione sono già assicurate la diagnosi ed il primo periodo di cure in ambiente ospedaliero. Appare, peraltro, necessario ricordare come a questa fascia di immigrati debba essere assicurata:*
   - *la distribuzione gratuita dei farmaci antitubercolari per la prosecuzione della terapia specifica e la distribuzione gratuita di chemioterapici per coloro che hanno avuto contatti stretti con casi di TBC;*
   - *la distribuzione gratuita delle terapie antiretrovirali, per l'infezione da HIV, all'atto della dimissione, attraverso le farmacie abilitate.*

Regione Campania - Azienda Usl Napoli 4

Programma "salute per tutti". Servizi sanitari per la popolazione immigrata

L'Azienda sanitaria locale Napoli 4 ha avviato *il Programma Salute per tutti* allo scopo di facilitare l'accesso ai servizi sanitari alle persone straniere, in stretto collegamento con le Amministrazioni locali.
Il Programma, promosso dalla Direzione Sanitaria dell'Asl, è affidato al coordinamento dell'Area Materno-Infantile e si avvale della collaborazione interservizi e di esperti esterni (sinologi e antropologi ed altri studiosi) sull'immigrazione ed i rapporti interculturali.
Il Programma, essenzialmente di politica sanitaria, esplica la sua attività in collaborazione di rete di tutte le Agenzie presenti sul territorio, in primo luogo i Comuni e le Associazioni di Volontariato, sia in riferimento all'analisi delle problematiche relative all'immigrazione straniera nel comprensorio che al diretto intervento su di esse.
Vengono istituiti, in via sperimentale, nei Distretti Sanitari 69 di Acerra, 77 di S. Giuseppe-Ottaviano, 79 di Poggiomarino ambulatori di Medicina Generale destinati ai cittadini stranieri temporaneamente presenti nel territorio dell'Azienda.

Le Attività svolte sono le seguenti:
1) Accoglienza ed informazioni;
2) Visita medica in ambulatorio attrezzato di medicina generale ed utilizzo di ricettario regionale;
3) Rilascio delle prescrizioni farmaceutiche, prescrizione e prenotazione di accertamenti laboratoristici e strumentali essenziali e di visite specialistiche;
4) Per la popolazione immigrata non iscritta al Ssn, distribuzione gratuita dei farmaci essenziali ed esecuzione gratuita delle indagini di laboratorio e strumentali;
5) Terapia iniettiva;
6) Proposta di ricovero qualora necessario.

Gli orari di apertura sono i seguenti: dal lunedì al venerdì: 8.00-10.00; giovedì: 15.00-18.00.

Il personale:
- Un medico di Medicina dei Servizi e, successivamente, a seguito anche di accordi decentrati con i Medici di Medicina Generale, una turnazione di Medici generalisti;
- un infermiere;
- un assistente sociale.

Il Programma Salute per tutti si pone essenzialmente in funzione preventiva per cui mantiene la sua ricaduta in termini di risparmio di spesa sui possibili costi per la cura e la riabilitazione che graverebbero sul bilancio aziendale e sulla qualità della salute di tutta la popolazione assistita.

Sempre nell'ottica di tale programma è stata redatta dalla ASL 4 - Pomigliano d'Arco una *Carta dei Servizi Salute per tutti* con l'intento di mettere a disposizione degli immigrati extracomunitari un modello di assistenza che vada oltre l'adempimento del mero obbligo di legge. E' stato scelto di avere come obiettivo immediato la garanzia del diritto dell'immigrato a ricevere un'informazione chiara e comprensibile, tale da far superare, per quanto possibile, le difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Nello stesso tempo cercando di costruire percorsi agevoli per facilitare la fruizione delle prestazioni sanitarie erogabili per legge.

La Carta è così strutturata:
1) Assistenza agli stranieri regolarmente soggiornanti iscritti al Ssn;
2) Assistenza agli stranieri regolarmente soggiornanti non iscritti al Ssn;
3) Assistenza agli stranieri temporaneamente presenti non in regola con le norme del soggiorno;
4) Assistenza agli stranieri che migrano in Italia per cure mediche;
5) Servizi erogati in sede extradistrettuale;
6) Sperimentazione Programma "Salute per tutti";
7) Organismi di Volontariato;
8) Organismi Istituzionali di supporto;
9) Assistenza sanitaria per gli stranieri: Prospetto riassuntivo.

Per quanto riguarda le altre Regioni nessuna sembra avere tenuto conto e provveduto ad aggiornarsi rispetto ai nuovi riferimenti nazionali, in particolare in ambito sanitario anche, come già accennato per la Puglia, iniziative locali, supportate dalla Regione, sono quasi sempre presenti.

Ricerca Caritas sulle politiche delle Aziende Sanitarie Locali

anni 2000-2001

Partendo dalle indicazioni contenute dal documento sull'accesso degli immigrati ai servizi sanitari elaborato dal CNEL, abbiamo letto le politiche delle Aziende Usl attraverso gli atti inviatici, selezionando alcuni indicatori che sono stati raggruppati per rendere sintetica una griglia di comparazione. Siamo consapevoli dei limiti sia quantitativi che qualitativi di tale strumento: la risposta delle Aziende Usl non è stata omogenea sul territorio nazionale e non riteniamo che la risposta stessa si sia selezionata in modo particolare in base ad iniziative intraprese localmente; la lettura di delibere ed atti formali spesso nasconde un impegno maggiore e capillare più di quanto l'atto formale non indichi. Pur tuttavia riteniamo quanto prodotto uno spaccato sull'impegno territoriale e seppur in termini generici ci permette di individuare vie percorribili di una eventuale pianificazione.

Hanno risposto in totale **66** Aziende sanitarie su 196 a cui abbiamo inviato la richiesta di materiale pari al **34%:** abbiamo quindi una fotografia di un terzo delle Aziende sanitarie territoriali italiane.
Solo dalle regioni Abruzzo (6 Asl presenti) e dal Trentino Alto Adige (4 Asl presenti) non abbiamo avuto alcuna risposta.
Se consideriamo a parte la Valle d'Aosta da dove ha risposto l'unica Asl presente, le regioni con il maggior numero di adesioni all'iniziativa sono state: il Lazio con il 75%, la Lombardia e il Friuli Venezia Giulia con il 57%, le Marche con il 46% ed il Veneto con il 40%. In coda la Campania con il 15% e la Sicilia con l'11%. In numeri assoluti la Regione che ha visto aderire più Aziende sanitarie è stata la Regione Lazio con 9 (su 12), seguita da Lombardia con 8 (su 14) e il Piemonte 8 (su 22), da Veneto con 7 (su 20) e Marche con 6 (su 13). Dalla Sicilia, dal Molise e dalla Liguria ha risposto una sola Asl per Regione.

Il **45%** del campione così "casualmente" selezionatosi, riferisce di avere attivato percorsi formativi sul tema per i propri operatori (ma nelle regioni Veneto, Liguria e Marche esistono progetti regionali per una formazione capillare); il **42%** ha realizzato una guida in più lingue o opuscoli informativi; il **41%** riferisce di avere attivato servizi per gli immigrati in condizione di irregolarità, il **33%** ha realizzato spazi specifici nel settore materno-infantile. Solo il **4%** è attivo sul tema della prostituzione (anche qui esistono in alcune realtà progetti regionali o comunali) e il **6%** ha pianificato un osservatorio sul fenomeno migratorio di sua competenza.

Solo 5 Aziende Usl sulle **66** che hanno risposto, intervengono con specificità sulla popolazione zingara presente nel proprio territorio.

21 Aziende, il **32%**, hanno risposto che nulla di specifico è stato attuato sul proprio territorio, in genere dichiarando che viene applicato quanto previsto per legge supportato eventualmente con circolari interne informative.

La nostra esperienza personale indica che le risposte avute non esauriscono l'impegno delle Aziende in forma attiva nei confronti degli immigrati ma certamente i dati citati ci fanno capire come sia comunque importante percorrere la strada dell'informazione e della formazione locale per promuovere interventi nel sanitario dovuti per legge.

CONCLUSIONE?

Abbiamo difficoltà a scrivere una conclusione a questo rapporto in quanto come abbiamo potuto sottolineare nella considerazione finale di una analoga ricerca di qualche anno fa e che oggi riproponiamo perché particolarmente attuale, ci sembra con questo lavoro di aver semplicemente partecipato a degli scavi il cui cantiere rimane più che mai aperto.
Durante questi scavi, come capita spesso a Roma, ci siamo imbattuti in tracce preziose che rappresentano i segni di una civiltà che ha già iniziato ad evolversi verso l'interculturalità nell'approccio al tema della salute di persone provenienti da differenti culture.
Come far emergere e valorizzare tutto questo *già* ancora sommerso?

Ci sembra sia venuta alla luce la necessità di continuare questo stile di ricerca-intervento che, servendosi di un attento monitoraggio delle leggi e delle norme applicative, così come delle ricerche e dei progetti in corso nelle varie regioni, si propone altresì di diffondere informazioni, dati e risultati, stimolando e coinvolgendo attivamente gli operatori in uno scambio interattivo.

Parlare di un ***Osservatorio permanente del diritto alla salute per gli immigrati*** da realizzarsi attraverso ***una rete interregionale di collegamento,*** non è probabilmente una proposta originale, ma forse questo lavoro rappresenta un ulteriore passo ed uno strumento concreto in questa direzione.

Riteniamo che, con la normativa nazionale del 1998, si sia attivato un processo di revisione delle norme regionali che, pur non essendo ancora espresso attraverso leggi, nei prossimi anni produrrà significativi mutamenti nelle politiche di integrazione dei cittadini immigrati a livello locale; monitorare questi avvenimenti potrà fornire strumenti utili per valutare adeguatamente il fenomeno e individuare prontamente politiche efficaci per garantire ai nuovi cittadini reali percorsi di inserimento ed integrazione anche in sanità.

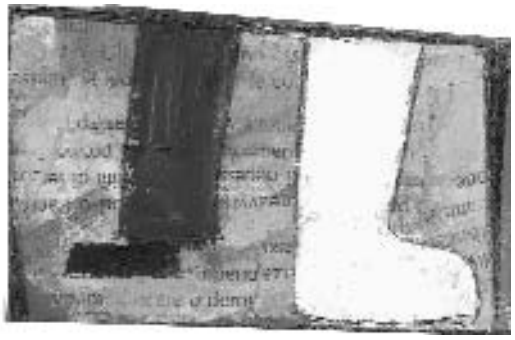
NORMATIVE REGIONALI CON SPECIFICA ATTENZIONE AD INDICAZIONI DI POLITICA SANITARIA, DI PROGRAMMAZIONE E DI PROGETTUALITÀ NEI CONFRONTI DELLA POPOLAZIONE STARNIERA

	Legge regionale		**Piano sanitario regionale**		**Altri atti specifici 1999/2001**	
Regioni	*riferimento*	*Politica sanitaria attiva*	*anni di validità*	*Progr.zione specifica*	*Informativa*	*Progettualità*
Abruzzo	n. 10/90	O	1999-2001	O	-	-
Basilicata	n. 21/96	X	1997-1999	-	-	-
Calabria	n. 17/90	O	1995-1997	-	-	-
Campania	n. 33/94	X	2002-2004°	-	X	X
Emilia Romagna	n. 14/90	X	1999-2001	X	X	X
Friuli Ven. Giulia	n. 46/90	X	2000-2002	-	X	X
Lazio	n. 17/90	X	2002-2004°	X	X	X
Liguria	n. 7/90	X	1999-2001	X	X	X
Lombardia	n. 38/88	X	2002-2004	X	X	X
Marche	n. 2/98	X	1998-2000	X	X	X
Molise	-	-	1997-1999	-	-	-
Piemonte	n. 64/89	X	1997-1999	X	X	X
Puglia	n. 26/00	X	2002-2004	X	X	-
Sardegna	n. 46/90	X	-	-	-	-
Sicilia	(n. 55/80)	-	2000-2002	-	X	-
Toscana	n. 22/90	X	2002-2004	X	X	X
P.A. Trento	L.P. n.13/90 (DdL 128/01)	X	2000-2002	X	X	-
P.A. Bolzano	-	-	2000-2002	-	-	X
Umbria	n. 18/90	X	1999-2001	X	X	X
Valle D'Aosta	n. 51/95	-	2002-2004	X	X	X
Veneto	n. 9/90	X	1996-1998	X	X	X

fonte: Geraci S., Martinelli B., 2002

X aspetto trattato
O aspetto accennato
° proposta di piano

bibliografia



- Baglio G., Loiudice M., Geraci S.: Immigrazione e salute: aspetti normativi. In Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità. Numero monografico "Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale" a cura di Geraci S. e Marceca M. . Società Editrice Universo, Roma, 1995; 7: 165-177
- Bai A., Carradori T., Dallari G.V., Petio C., De Santis F.: Immigrazione e salute: dall'emergenza al diritto. Un'esperienza di integrazione fra pubblico e volontariato. In Mecosan, n. 24 - sez. 3°, 1997; 57:66
- Bandera L. (a cura di): Migrazione e salute. In Quaderni di sanità pubblica, n. 65, CIS, Milano, 1990
- Barro G., Cislaghi C., Costa G., Lemma P., Bandera L.: I problemi di salute degli stranieri immigrati in Italia: la risposta delle istituzioni. "Epidemiologia & Prevenzione". N. 17, Milano, 1993, pp. 239-243.
- Beneduce R., Costa G., Favretto A.R. et al.: La salute straniera. Epidemiologia culture diritti. Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1994.
- Bonetti P.: La condizione giuridica del cittadino extracomunitario. Maggioli Editore, Rimini, 1993
- Bonini D.: L'immigrato e i suoi diritti: storia, legislazione, prassi amministrativa, in Prospettiva Sindacale, 1991, n. 79/80, p. 85-86
- Cidis: La tutela della salute in una società multietnica. Atti del seminario tenuto a Perugia il 14-15-16 dicembre 1995 da Cidis e Regione Umbria. Perugia, 1996
- CNEL (Consiglio Nazionale Economia e Lavoro): Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri. Sintesi dei Gruppi di lavoro (gennaio-giugno 1999).
- Colasanti R., Geraci S.: Medicina e migrazione: nuovi modelli per una politica sanitaria multiculturale. In Affari Sociali Internazionali, n. 3, Milano, 1990
- Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati. Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. A cura di G. Zincone. Il Mulino, Bologna, 2000
- Commissione per le Politiche di integrazione degli immigrati. Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia. A cura di G. Zincone. Il Mulino, Bologna, 2001
- D'Andrea M.S.: La tutela sanitaria dei cittadini extracomunitari in Italia. In Autonomie Locali e Servizi Sociali, vol. 2/96, Iress Soc. Coop. a r.l., Bologna, 1996
- Di Ruocco A., Gallotti F.: Normativa in materia di stranieri. Editrice Scientifica, Milano-Napoli, 1991
- Fumagalli G., Geraci S., Maisano B., Marceca M., Scapigliati A.: Il diritto alla salute degli immigrati nelle leggi regionali Italiane. In Atti del 37° Congresso Nazionale "L'Igiene e la Sanità Pubblica alle soglie del 2000".Siti, Napoli, settembre 1996
- Gennari M., D'Andrea M.S.: Assistenza sanitaria agli extracomunitari irregolari e clandestini. Obblighi del medico. FM Federazione Medica, supplemento al Medico d'Italia n. 37, dicembre 1995
- Geraci S. (a cura di): Documento finale del Gruppo Salute e Immigrazione dell'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli Stranieri - CNEL. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 13, 29 marzo 2001, 30:46
- Geraci S., Marceca M., Mazzetti M.: Migrazioni e salute in Italia. Dossier di ricerca in Migrazioni. Scenari per il XXI secolo. Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo. Roma, luglio 2000: 1.295:1.379
- Geraci S., Marceca M.: Donne e bambini immigrati. In Geddes M, Berlinguer G Eds. La salute in Italia. Rapporto 1998. Roma: EDIESSE, in press
- Geraci S., Marceca M.: La promozione della salute per gli stranieri: normativa nazionale sull'accesso ai servizi e politiche locali. Atti Conferenza Nazionale Migrazioni e Salute. Supplemento a OER Puglia. Anno IV, n. 3, Bari 2002: 36-51
- Geraci S.: Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela. Annali Italiani di Medicina Interna. Volume 16. Ottobre 2001. Supplemento 1. Cepi - Aim group, Roma, 167S:171S
- Geraci S.: Immigrazione e salute in Italia. Immigrazione. Dossier Statistico 2001. XI Rapporto. Nuova Anterem, Roma, 2001, 241:250
- Geraci S.: La nuova legge sull'immigrazione: verso una completa cittadinanza sanitaria. In Agenzia Sanitaria Italiana (ASI), n. 9, marzo 1998, 46:48
- Geraci S.: Medicina & Migrazioni. Il caso italiano: la storia e le prospettive. In Atti VI Consensus conference sull'immigrazione e IV Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. A cura di Affronti M., Racalbuto A., Messina M. R.; Palermo, 2000: 5-14
- Granaglia E., Magnaghi M. (a cura di): Immigrazione: quali politiche pubbliche? Franco Angeli, Milano, 1993

- Magliona B.: Il diritto alla salute del paziente extracomunitario in condizioni di "irregolarità": problemi medico-legali. Professione sanità pubblica e medicina pratica. Anno IV, n. 2, 1996
- Mancinelli S., Marazzi M. C., Panà A.: La domanda di assistenza sanitaria: il ruolo del volontariato. Atti del 36° Congresso Nazionale "L'igienista nella gestione della salute dell'ambiente e delle comunità". Siti, Sassari, ottobre 1994
- Marceca M., Geraci S.: Il fenomeno immigratorio ed il Ssn: necessità di un riorientamento dei servizi. In Quaderni dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Milano: Argomenti di Igiene Pubblica ed Ambientale. N. 48, Milano, 1996
- Marceca M., Geraci S.: Immigrazione e salute. In Geddes M, Berlinguer G Eds. La salute in Italia. Rapporto 1997. Roma: EDIESSE, 1997:169-199
- Marceca M.: L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti, "L'arco di Giano", n. 22, pp. 27-35, 1999
- Martinelli B, Geraci S.: Le politiche locali per l'assistenza sanitaria agli immigrati. In Atti VII Consensus conference sull'immigrazione. A cura di Affronti M., Lupo M., Messina M. R.; Palermo, 2002: 381-391
- Miele, R., Palanca, V., Palumbo, V., Pelliccia, L., Tomaselli, M. L.: La nuova legislazione sugli stranieri, Gli stranieri, Viterbo, Union Printing Edizioni. 1998
- Ministero della Sanità – Servizio Studi e Documentazione. Relazione sullo stato sanitario del Paese 1999, Roma, Sistema informativo sanitario, 2000, pp. 156-179.
- Ministero della Sanità – Servizio Studi e Documentazione. Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000, Roma, Sistema informativo sanitario, 2001, pp. 191-198
- Montecchi R.: Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri. In Bioetica, Diritti Umani e Multiculturalità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale. Edizioni S. Paolo. Milano, 2001, 190:218
- Zanfrini L. (a cura di): La salute degli immigrati: problemi e prospettive. Atti del corso per operatori sanitari. Fondazione Cariplo - I.S.M.U.- USSL 75/prima di Milano. Quaderni I.S.M.U., n. 6, Milano, 1994

ALCUNE PUBBLICAZIONI DELL'AREA SANITARIA CARITAS:

- Colasanti R., Geraci S., Pittau F. (a cura di): *Immigrati e salute; paure, miti e verità*. Ed. Lavoro, Iscos, Roma, 1991
- Geraci S., Marceca M., Del Vecchio R. (a cura di): *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale*. In collaborazione con l'Istituto d'Igiene Università La Sapienza. Numero monografico di Annali di Igiene, medicina preventiva e di comunità. Volume, 7, n° 3, Società Editrice Universo, Roma, 1995
- Geraci S., Maisano B., Motta F. (a cura di): *saluteZingara*. Edizione Anterem, Roma 1998
- Bedetti C., Geraci S., Guerra R.: *Le nuove povertà: un problema complesso di sanità pubblica. Preparazione di un'agenda di intervento*. Atti dell'omonimo convegno. Edito dall'Istituto Superiore di Sanità - Serie Relazioni, 99/3, Roma, 1999
- Bedetti C., Geraci S., Guerra R.: *Esclusione e marginalità* Atti del convegno Esclusione e marginalità: un problema di sanità pubblica. Edito dall'Istituto Superiore di Sanità - Serie Relazioni, 00/4, Roma, 2000
- Bedetti C., Geraci S., Guerra R.: *Esclusione e marginalità: scelte programmatiche e misure di contrasto alle disuguaglianze sociali nella salute*. Atti dell'omonimo Convegno Esclusione e marginalità: un problema di sanità pubblica. Edito dall'Istituto Superiore di Sanità - Rapporti ISTISAN, 01/30, Roma, 2001

A CURA DI SALVATORE GERACI:

- *Medicina e Migrazioni. Traumi e problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati*. Atti dell'omonimo Congresso. Presidenza Consiglio Ministri, Dipartimento Editoria, Roma, 1992
- *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Edizione Anterem, pgg. 318, Roma 1996
- *Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni*. Edizioni Anterem, pgg. 356. Roma, novembre 2000
- *Immigrazione femminile: quale assistenza sanitaria?* Percorsi Editoriali della Carocci editore, pgg. 64, Roma, 2001

- Il n. 1 (gennaio - febbraio 2002) del periodico "Roma Caritas" dal titolo *Salute senza esclusione* è stato dedicato monograficamente all'esperienza dell'Area sanitaria Caritas

schede regionali

TU = Testo Unico
DPR = Decreto del Presidente della Repubblica
Dlgs = Decreto Legislativo
DL = Decreto Legge
DGR = Delibera Giunta Regionale (Del. G.R.)
DCR = Delibera Consiglio Regionale (Del. C.R.)
DG = Delibera Giunta Provinciale (Del. G.P.)
DCP = Delibera Consiglio Provinciale (Del. C.P.)
L.N. = Legge Nazionale
L.R. = Legge Regionale
SSN = Servizio Sanitario Nazionale
PSN = Piano Sanitario Nazionale
PSR = Piano Sanitario Regionale

I dati statistici sono stati forniti dall'equipe del Dossier Statistico della Carita di Roma.

abruzzo

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **18.072**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **4.451**
- % donne tra gli extracomunitari: **57,6**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **1,3**
- differenza % 2000-2001: .....**- 4,5**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **1,4**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 10 del 13.02.1990

Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo

Modifiche

n. 10 del 11.02.1992

Modifiche ed integrazioni della L.R. n. 10/90 recante: "Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo".

n. 42 del 02.09.1993

Modifiche ed integrazioni della L.R. n. 10/90 recante: "Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo".

n. 79 del 28.04.1995

Modifiche ed integrazioni della L.R. n. 10/90 recante: "Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo".

n. 7 del 16.03.2001

Modifiche ed integrazioni alla L.R. n. 79 del 28.04.1995 recante: "Interventi a favore dei cittadini abruzzesi che vivono all'estero e dei cittadini extracomunitari che vivono in Abruzzo".

DESTINATARI

(L.R. 79/95, art. 1, c. 3):

La Regione negli ambiti di propria competenza in armonia con le leggi dello Stato, in particolare con la Legge 943/86 e 39/90 tutela gli immigrati e le loro famiglie che vivono nel territorio della Regione promovendo iniziative dirette a favorire l'inserimento sia sociale che occupazionale e il mantenimento della loro identità linguistica culturale e religiosa.

(L.R. 79/95, art. 2, punto b):

Sono destinatari delle provvidenze della presente legge lavoratori immigrati in Abruzzo purché in regola con le disposizioni concernenti il soggiorno degli stranieri in Italia; c) i familiari a carico delle persone indicate sub b).

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA

(L.R. 79/95, art. 3):

La Regione istituisce il Consiglio Regionale per l'Emigrazione e Immigrazione (CREI).

(L.R. 79/95, art. 5, punto c):

Il CREI è composto da: (Omissis) c) 6 rappresentanti degli immigrati stranieri designati dalle rispettive associazioni.

(L.R. 79/95, art. 10, punto g):

Il CREI segnala al Consiglio Regionale l'opportunità di proporre al Parlamento provvedimenti ed iniziative di competenza statale, tendenti a tutelare i diritti degli emigrati, degli immigrati e delle loro famiglie.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITÁ, ENTI O ASSOCIAZIONI

Non è presente alcun riferimento legislativo.

TUTELA DELLA SALUTE

(L.R. 79/95, art. 19, punto i):

La Giunta Regionale promuove interventi in favore degli emigrati, degli immigrati e dei rispettivi familiari, aventi lo scopo di: (Omissis) i) promuovere iniziative dirette a rimuovere particolari situazioni di bisogno.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE

Legge Regionale n. 37 del 2.7.1999

Piano sanitario regionale 1999-2001

COMMENTO

Particolarmente interessante il cammino legislativo regionale che prende origine dalla legge nazionale 943/1986 e subisce ripetute modifiche nel corso degli anni, relative principalmente all'apertura ai bisogni della popolazione immigrata. Nel cammino evolutivo della normativa vigente prodotta a partire dal 1990 e che ha una tappa significativa con la **L.R. 79/95**, manca un esplicito riferimento alla tutela della salute ed alle modalità di fruizione del sistema sanitario pubblico.

Riportiamo un passo ripreso dal **Piano sanitario regionale 1994** (B.U.R. n. 28 del 4.11.1994) che prende in considerazione alcuni problemi emersi nel corso della ricerca: la mancata interazione fra dipartimenti appartenenti alla stessa istituzione (sanità e servizi sociali), il coinvolgimento del volontariato, la tutela del diritto alla salute.

"Il perseguimento da parte dell'intero sistema di servizi, dei compiti di promozione e tutela del benessere sociale, ..., richiama l'attenzione sulle modalità di rapporto e di

azione tra i soggetti che agiscono in questo ampio contesto, organizzativamente e istituzionalmente diversificato. La rilevanza che va attribuita a questo problema trova spiegazione da un lato nella situazione di frammentazione organizzativa, ..., dall'altro nell'affermarsi di una domanda sociale che rimanda a risposte da parte dei servizi sempre più qualitative ed integrate. Stabilito che sanità ed assistenza dipendono da centri di riferimento istituzionalmente diversi, occorre prevedere l'individuazione di uno strumento generale di concertazione e di indirizzo politico-istituzionale, entro il quale si possano sviluppare tutte le ipotesi tecniche di integrazione operativa tra i vari servizi pubblici, enti e associazioni operanti sul territorio.

Attualmente (ndr: metà anni novanta) *si osservano alcune forme molto diffuse sul territorio di disagio sociale. Tra questi, per grandi linee, sono da collocare ... i nomadi, gli extracomunitari, gli immigrati clandestini. La situazione è tale da richiedere interventi che vadano ad integrare le iniziative poste in essere dalle istituzioni. In merito la via percorribile, anzi auspicabile, è quella di ricorrere all'opera del volontariato che, per fortuna, è in notevole crescita un po' dappertutto. Nasce quindi l'esigenza ... di eliminare gli impedimenti e di realizzare un sistema che oltre a definire la partecipazione del volontariato né fissi i compiti, ne delinei i contorni e tenga conto della sede e della integrazione delle prestazioni. E' in questa ottica che la Regione intende muoversi realizzando il Piano Distrettuale del Volontariato."*

Le enunciazioni riportate seguono la via più razionale per integrare istituzioni e privato sociale, partendo da una analisi corretta dei bisogni e della risposta delle istituzioni. La collaborazione con i referenti della Regione Abruzzo però non è stata tale da farci pervenire prova della realizzazione di quanto enunciato.

Segnaliamo infine l'emanazione del **Piano sanitario regionale 1999-2001**, in cui tra le competenze essenziali del Servizio di medicina preventiva nelle comunità è previsto il *counseling socio-sanitario per immigrati extracomunitari*. La Regione mira a *rendere i servizi sanitari responsabili non più solo della singola prestazione di servizio, ma di tutto il processo assistenziale, come nel caso di pazienti particolari (i malati di cancro, terminali, disabili), o di particolari fasce di popolazione che presentano problemi specifici anche legati alla situazione socio-economica (extracomunitari o anziani) o di "genere" esempio: supporto agli invalidi per adattare l'ambiente domestico alla situazione di handicap.*

Appare interessante questa impostazione atta a superare un'ottica emergenziale e puntare su aspetti qualitativi per garantire a tutti gli immigrati una reale fruizione dei servizi. Non abbiamo però potuto appurare se esista una quotidianità d'applicazione della normativa nazionale vigente in quanto non ci è pervenuto alcun atto regionale che enfatizzi tale proposito e nessuna Azienda sanitaria ha risposto alle nostre richieste d'informazioni. Per altri canali, non ufficiali, abbiamo però potuto appurare la presenza di progetti assistenziali nei confronti degli immigrati in condizione di maggior marginalità (a Pescara ci sono spazi poliambulatoriali gestiti dal volontariato in collaborazione con istituzioni locali).

basilicata

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **3.136**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **629**
- % donne tra gli extracomunitari: **31,7**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **0,1**
- differenza % 2000-2001: .....**+0,8**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **0,5**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 21 del 13.04.96

Interventi dei lavoratori extracomunitari in Basilicata ed istituzione della Commissione regionale dell'immigrazione

DESTINATARI
(art. 3, c. 1):
le attività e gli interventi contemplati nella presente legge sono rivolti agli immigrati provenienti da paesi extracomunitari che soggiornano sul territorio regionale e che in esse risiedono in regola con le leggi dello Stato.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 1):
La Regione Basilicata (...) istituisce la Commissione regionale dei lavoratori extracomunitari in Basilicata.
(art. 4, c. 2 punti c), f)):
la Commissione è composta:
c) da sei rappresentanti dei lavoratori extracomunitari designati dalle associazioni più rappresentative operanti nella Regione. La rappresentatività di tali associazioni sarà determinata con provvedimento di Giunta sulla base di parametri oggettivi;
f) da tre rappresentanti delle Associazioni operanti nel campo dell'assistenza all'immigrazione iscritte nel registro regionale delle associazioni del volontariato.
(art. 6, c.1 punti a), c), d)):
la Commissione:
a) formula proposte ed esprime pareri in ordine alle iniziative ed agli interventi regionali riguardanti l'immigrazione extracomunitaria con riferimento a problemi socio-sanitari, di orientamento professionale, di diritto allo studio, di centri di accoglienza, di edilizia residenziale;
c) promuove gli opportuni collegamenti con le Commissioni istituite da altre Regioni e con quelle eventualmente costituite da altri Enti Locali;
d) promuove la costituzione e lo sviluppo di associazioni di immigrati provenienti da paesi extracomunitari.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', CON ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 10):
la Giunta regionale entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge delibera l'istituzione dell'Albo delle associazioni degli immigrati extracomunitari in Basilicata determinando contestualmente modalità e criteri di iscrizione.
(art. 12):
Per l'attuazione delle iniziative a favore degli immigrati la Giunta regionale può stipulare apposite convenzioni con enti pubblici, privati ed associazioni del volontariato.

TUTELA DELLA SALUTE
(art. 15):
gli immigrati anche stagionali o coloro che si trovano sul territorio regionale, hanno libero accesso ai servizi sanitari, alle strutture di base dei servizi socio-assistenziali e agli asili nido, nel rispetto della cultura di provenienza.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Delibera Consiglio Regionale n. 478/96
Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999

COMMENTO

L'analisi è stata effettuata sulla **L.R. 21/96** riguardante esclusivamente l'immigrato sia per la specificità del contenuto, ma soprattutto per l'articolo sulla tutela della salute che introduce interessanti novità nel campo.
La legge in questione è profondamente innovativa rispetto alla L.R. precedente (n. 6/90). Si evidenzia un impegno per sviluppare iniziative a tutela del diritto al lavoro, allo studio, alle prestazioni sociali e sanitarie, alla formazione professionale ed alla ricerca di idonee soluzioni abitative per gli immigrati provenienti dai paesi extracomunitari e delle loro famiglie, alla promozione sociale delle donne immigrate; per realizzarle è stata istituita anziché una Consulta come è avvenuto nella maggior parte delle regioni italiane, una Commissione regionale dei lavoratori extracomunitari mirata a supportare gli interventi regionali riguardanti l'immigrazione extracomunitaria e a promuovere la costituzione e lo sviluppo di associazioni di immigrati provenienti da paesi extracomunitari per le quali viene istituito un apposito Albo. Inoltre la Giunta regionale può avvalersi di enti pubblici, privati ed associazioni del volontariato stipulando apposite convenzioni.
Significativo ed estremamente innovativo si rivela l'articolo sulla salute che dà la possibilità a *coloro che si trovano sul territorio regionale di avere libero accesso ai servizi sanitari, alle strutture di base dei servizi socio-assistenziali ed agli asili nido nel rispetto della cultura di provenienza.* Si manifesta una chiara volontà di tenere conto delle connotazioni culturali specifiche che assume la percezione della salute e della malattia.
Nonostante le novità della legge, la normativa nazionale vigente impone un ulteriore impegno per adeguarsi, soprattutto in ambito sanitario alle nuove indicazioni legislative.

calabria

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **13.654**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **3.130**
- % donne tra gli extracomunitari: **44,2**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **1,0**
- differenza % 2000-2001: .....**-10,8**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **0,7**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 17 del 9.04.1990

Interventi regionali nel settore dell'emigrazione e dell'immigrazione

DESTINATARI
(art. 2, c. 4):
sono considerati stranieri coloro che, provenienti da paesi extracomunitari, dimorino stabilmente nella Regione per motivi di lavoro e siano in regola con le vigenti disposizioni di legge in materia di autorizzazione al lavoro di ingresso e soggiorno degli stranieri.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 17, c. 2):
la consulta comprende le seguenti sezioni: (omissis) *b) sezione per i problemi degli stranieri immigrati.*
(art. 20, c. 1):
la sezione per i problemi degli stranieri immigrati è composta oltre che da membri indicati nel precedente articolo 18, da: a) quattro stranieri legittimamente presenti nella Regione designati dalle rispettive associazioni.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 16, c. 1):
la Regione riconosce e sostiene le funzioni di servizio sociale, culturale, ricreativo ed assistenziale svolte dalle associazioni, enti ed istituzioni che operano per gli emigrati e/o degli stranieri immigrati ..., che abbiano sede nella Regione

TUTELA DELLA SALUTE
(art. 5, c. 1, punto p):
favorire d'intesa con gli enti locali territoriali l'inserimento nella comunità regionale degli stranieri immigrati, attraverso l'istituzione di servizi sociali di accoglimento e di prima assistenza, promovendo la soluzione del problema alloggiativo, garantendo il diritto all'assistenza sanitaria.

(art. 12, c. 1):
(omissis) gli interventi socio assistenziali (omissis) sono di competenza dei Comuni singoli ed associati.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Legge Regionale n. 9 del 03.04.1995
Piano sanitario regionale per il triennio 1995-1997

COMMENTO

Il materiale legislativo a nostra disposizione risale ad un analogo studio effettuato nel 1996: i referenti da noi contattati non hanno inviato materiale utile ai fini della ricerca.
Dal materiale analizzato si nota uno stretto legame con la legislazione nazionale del 1990, per cui lo spazio dedicato alla tutela della salute è poco esplicitato. Di fatto non esistono indicazioni relativamente alla modalità di assistenza sanitaria e tanto meno alle modalità di fruibilità dei servizi sanitari.
A partire dalle indicazioni dei destinatari della **L.R. 17/90** si evince il legame con leggi nazionali prive ormai di attualità, visto che la tutela della salute è riservata esclusivamente agli stranieri immigrati ma che risultano in regola con il permesso di soggiorno erogato ad una interpretazione stretta solo per motivi di lavoro.
La Consulta istituita in base all'impostazione nazionale presenta una composizione particolare: i rappresentati degli stranieri sono soltanto 4 su oltre quaranta componenti designati fra i diversi ambiti amministrativi regionali, provinciali, comunali e patronali.
Infine, pur non essendo in evidenza particolari forme di collaborazioni con strutture universitarie o del privato sociale, fra i documenti ricevuti in occasione della prima ricerca possediamo la relazione del 1992 sui centri di prima accoglienza da cui risultano finanziamenti a centri del privato sociale, ma all'interno dei quali non si fa menzione di assistenza sanitaria e tutela della salute, anche solo in termini di facilitazione alla fruibilità dei servizi territoriali.
In conclusione l'obiettivo salute per gli stranieri immigrati così come attualmente inquadrato ed esplicitato a livello nazionale non viene preso in considerazione a livello regionale; la possibilità di non aver ricevuto materiale a causa di un errore nelle relazioni con i referenti regionali o aver individuato referenti non adeguati, è possibile ma è anche indicatore di non particolare attenzione. Confidiamo nella presenza di iniziative locali che mirino a rendere fruibile il diritto alla tutela della salute anche se in assenza di un imprimatur regionale ufficiale.
Auspichiamo che l'impostazione data in ambito sanitario dalla legge nazionale del 1998, possa essere stimolo per iniziative legislative e progetti applicativi regionali.

campania

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **63.681**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **7.343**
- % donne tra gli extracomunitari: **42,0**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **4,7**
- differenza % 2000-2001: .....**- 6,6**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **1,1**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 33 del 3.11.1994

Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati stranieri provenienti da paesi extracomunitari

DESTINATARI
(art. 1, c. 1):
le attività e gli interventi contemplati nella presente legge sono rivolti agli immigrati provenienti da paesi extracomunitari e alle loro famiglie che soggiornano regolarmente sul territorio regionale e che in esso risiedono.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 3, c. 2, punto a):
formulare proposte ed esprimere pareri in ordine alle iniziative ed agli interventi regionali per profili riguardanti l'immigrazione extracomunitaria e in particolare in ordine ai piani e programmi in materia socio-sanitaria ... .
(art. 4, c. 1, punto c):
13 rappresentanti della collettività a più alta presenza in Campania distinte per paesi di provenienza, designati dalle relative associazioni iscritte all'albo.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 15, c. 3):
la Regione promuove iniziative ... anche attraverso rapporti convenzionati con le Associazioni regionali del volontariato, riconosciute dalla consulta di cui all'art.3.

TUTELA DELLA SALUTE
(art. 15, c. 1):
gli immigrati provenienti da paesi extra comunitari anche gli stagionali o coloro che a qualsiasi titolo si trovino sul territorio regionale hanno libero accesso ai servizi sanitari, alle strutture di base, poliambulatoriali ed asili nido esistenti. Nella predisposizione degli interventi in materia di maternità, sessualità ed uso dei sistemi anticoncezionali, si dovrà tenere conto delle diversità culturali e religiose delle donne immigrate provenienti da paesi extracomunitari.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Proposta di Legge n.165 del 08.02.2002
Bozza del Piano sanitario regionale 2002-2004

Circolare Assessore alla Sanità

prot. 3857 del 20.2.2001
Circolare n. 5 del 24.3.2000 Ministero sanità su G.U. dell'1.6.2000 *(ndr: indicazioni circa l'applicazione della)*

COMMENTO

La legge regionale analizzata presenta particolari spunti di riflessione, specie se l'analisi viene fatta alla luce del TU nazionale del 1998. Per tale motivo risulta maggiormente apprezzabile in alcuni passi finalizzati alla tutela della salute, essendo stata tale legge emanata nel 1994. La definizione dei beneficiari dei provvedimenti della **L.R. 33/94** appare piuttosto allineata alle indicazioni nazionali presenti nelle leggi 39/90 e 943/86, non lasciando spazio ad interpretazioni che coinvolgano stranieri non regolarmente soggiornanti. Ma all'articolo 15 tale definizione dei beneficiari si amplia comprendendo nella tutela della salute gli stranieri che a qualunque titolo si trovino sul territorio regionale, per i quali si prevede libero accesso ai servizi sanitari, ai poliambulatori ed alle strutture sanitarie di base: definizione decisamente nuova rispetto alla legislazione nazionale vigente al tempo della legge regionale ed in linea con il TU sull'immigrazione del 1998.
Aspetti innovativi sono presenti nei passaggi che identificano i rapporti di collaborazione con strutture anche non amministrative: in particolare si sottolinea l'esplicita volontà della Regione di convenzionare (collaborare, riconoscere e sovvenzionare) associazioni di privato sociale.
L'aspetto della tutela della salute è interessante prima di tutto per la sottolineatura che la garanzia del diritto alla salute è per tutti gli stranieri extracomunitari, che godono di *libero accesso ai servizi sanitari, alle strutture di base, poliambulatoriali ed asili nido.*
Le modalità con cui vengono espletati tutti gli interventi socio-assistenziali sono di competenza dei Comuni singoli o associati i quali di fatto risultano responsabili della fruibilità reale dell'assistenza sanitaria (art. 16 comma 1). Inoltre viene presa in considerazione la diversità culturale, uno degli aspetti fondamentali nel rendere concreto il diritto alla salute. Questo aspetto risulta però limitato agli interventi in materia di maternità e sessualità, e non vengono impartite indicazioni per la realizzazione di una intermediazione culturale per tutti gli aspetti dell'assistenza sanitaria.
Inoltre a seguito della legge nazionale 328/2000, emanata per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali, la Regione Campania, il 27.03.2001 ha presentato pubblicamente le linee di programmazione regio-

nali per tale sistema integrato. Tra le priorità d'intervento da tenere presente nella stesura dei piani di zona, la Regione Campania ha indicato specificatamente le popolazioni immigrate: si intende favorire, con azioni di orientamento, l'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati in generale ed in particolare per le donne; inoltre si vuole sostenere con ulteriori azioni l'accesso ai servizi anche ai non regolari in un quadro più generale di prevenzione e tutela.

Vorremmo anche segnalare la **Circolare Prot. n. 3857 del 20.02.2001** in cui si indicano le modalità attuative per l'assistenza sanitaria agli stranieri extracomunitari non in regola con le norme sul permesso di soggiorno (Stranieri Temporaneamente Presenti) e l'adozione di procedure univoche per accedere al finanziamento delle prestazioni rimaste insolute, come da art. 43 DPR 394/99, e di specifici progetti obiettivo. Pare interessante ed innovativo l'aver coinvolto i Medici di Medicina Generale nell'erogazione di prestazioni di primo livello per STP presso strutture territoriali.

Con questa circolare anche la Regione Campania si adegua all'importante circolare n. 5 del 24.03.2000 del Ministero della sanità.

Un ulteriore passo in avanti è stato fatto con la **proposta di Piano sanitario regionale 2002-2004**, in cui nel capitolo riguardante la tutela dei soggetti deboli, un intero paragrafo viene dedicato agli stranieri ed immigrati.

In particolare segnaliamo i sei fondamentali filoni di attività ritenuti di fondamentale importanza nel contesto regionale**.**

1) *La sperimentazione di interventi integrati per una risposta globale ai bisogni della popolazione immigrata attraverso atti d'intesa e/o convenzioni con gli Enti Locali, AA.SS.LL., AA.OO., Organizzazioni di Volontariato;*
2) *l'attivazione di osservatori territoriali che colgano le problematiche sociosanitarie attraverso la creazione di una banca dati per il monitoraggio dello stato di salute e la valutazione dei bisogni della popolazione immigrata, con lo scopo parallelo di diffondere l'acquisizione delle varie competenze maturate nelle diverse aree di sperimentazione concernenti l'accoglimento, l'assistenza e l'integrazione degli immigrati;*
3) *la definizione di indirizzi che permettano la fruizione paritaria del servizio Sanitario Regionale da parte degli extracomunitari regolari, sia occupati che disoccupati, con la definizione di modalità esplicative sulle procedure che lascino poco spazio a interpretazioni sul territorio regionale;*
4) *la programmazione di interventi di educazione sanitaria per le malattie a trasmissione sessuale e per la prevenzione oncologica, nonché interventi di medicina preventiva in collaborazione con le associazioni di volontariato, già capillarmente presenti sul territorio, con particolare attenzione ad aree critiche della popolazione immigrata (dipendenza, prostituzione, detenzione) e – su altro versante - la copertura vaccinale dei bambini immigrati e la sorveglianza delle malattie infettive della popolazione infantile, in collaborazione con i pediatri di libera scelta;*
5) *l'attivazione di programmi d'intervento da realizzare con i medici di medicina generale, i pediatri di base, i distretti sanitari e le associazioni di volontariato, impegnati sul fronte dell'immigrazione, al fine di definire interventi specifici per soddisfare domande e bisogni provenienti da aree definite di utenza;*
6) *la realizzazione di interventi mirati su gruppi ad alto rischio, quali gli immigrati clandestini e gli irregolari, esposti maggiormente ad infezioni da HIV e malattia tubercolare; a tale fascia di popolazione sono già assicurate la diagnosi ed il primo periodo di cure in ambiente ospedaliero. Appare, peraltro, necessario ricordare come a questa fascia di immigrati debba essere assicurata:*
   - *la distribuzione gratuita dei farmaci antitubercolari per la prosecuzione della terapia specifica e la distribuzione gratuita di chemioterapici per coloro che hanno avuto contatti stretti con casi di TBC;*
   - *la distribuzione gratuita delle terapie antiretrovirali, per l'infezione da HIV, all'atto della dimissione, attraverso le farmacie abilitate.*

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: ...**126.584**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **28.847**
- % donne tra gli extracomunitari: **42,5**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **9,3**
- differenza % 2000-2001: .....**+ 12,0**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **3,2**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n.14 del 21.02.1990

Iniziative regionali a sostegno dell'emigrazione e dell'immigrazione. Nuove norme per l'istituzione della Consulta regionale dell'emigrazione e dell'immigrazione

Modifiche

n.35 del 14.04.1995

Modifiche ed integrazioni alla L.R. 21 Febbraio 1990, N. 14 Iniziative regionali in favore dell'emigrazione e dell'immigrazione. Nuove norme per l'istituzione della consulta regionale dell'emigrazione e dell'immigrazione.

DESTINATARI

Destinatari ai sensi della L.R. n. 14 del 21.02.1990:

art. 1, c. 2, punto c), *Sono destinatari: (...) stranieri o apolidi immigrati*

art. 3, c.1, punto c), *che dimorano in un comune della Regione (...).*

art. 3, c.2: *gli interventi di cui alla presente legge sono estesi ai familiari delle persone di cui al primo comma.*

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA

L.R.n. 14/91, art.20, c. 1, punti a),b),h):

la Consulta ha il compito di :

a) proporre l'adeguamento delle leggi e dei provvedimenti regionali alle esigenze emergenti del settore;

b) formulare proposte ed esprimere pareri, nell'ambito del programma regionale di sviluppo sul programma intersettoriale degli interventi oggetto della presente legge;

h) agire in collegamento con le consulte di altre regioni e promuovere gli opportuni contatti con il Governo e con gli organismi comunitari.

L.R. n. 35/95, art. 1, c.1, punto f):

la Consulta regionale dell'emigrazione e dell'immigrazione (...) è composta da: "20 immigrati, dei quali almeno cinque donne, in rappresentanza delle associazioni esistenti in Emilia-Romagna e delle maggiori etnie, designate dal Forum delle associazioni di cui all'art. 23 bis"

L.R. n.35/95, art. 2, c. 1:

allo scopo di favorire il necessario coordinamento tra le associazioni di immigrati operanti sul territorio regionale e per dare vita ad una consulta permanente sui problemi dell'immigrazione e sulle scelte di politica migratoria della Regione, la Consulta promuove la costituzione del Forum delle associazioni di immigrati.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', CON ENTI O ASSOCIAZIONI

L.R. n.14/90, art. 17, c. 1:

la giunta regionale, sentita la competente Commissione Consiliare, allo scopo di provvedere a sostenere le attività di carattere sociale, culturale e assistenziale svolte da Enti Pubblici, nonchè associazioni, organizzazioni ed istituzioni private senza fini di lucro, che abbiano una sede permanente nel territorio regionale e che operino da almeno 5 anni con carattere di continuità e specificità a favore degli immigrati, delle loro famiglie, può concedere contributi per lo svolgimento di dette attività.

L.R. n.14/90, art.17, c.2:

alle associazioni di immigrati extracomunitari esistenti sul territorio regionale o costituite a seguito dell'entrata in vigore della L.N. n. 943/86 possono essere concessi contributi anche qualora operino da meno di 5 anni.

TUTELA DELLA SALUTE

L.R. n.14/90 art. 1, c. 2, punto c):

(la Regione prevede) interventi a favore degli stranieri o degli apolidi immigrati nella Regione, allo scopo di agevolarne l'inserimento sociale, il riconoscimento dell'identità culturale e religiosa e la promozione dei diritti al lavoro, alla formazione professionale, alle prestazioni professionali e sanitarie, alla casa, onde rendere effettiva la pari dignità sociale e uguaglianza con i cittadini italiani.

L.R. n.14/90 art. 6:

Al fine di realizzare gli obiettivi di cui alla lett. A) della'art. 7 della legge 23.12.1978, n.833" Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale", la Giunta regionale emana direttive per la fruizione da parte degli immigrati delle prestazioni sanitarie presso i presidi del S.S.N. della Regione Emilia Romagna, nei limiti e con le modalità previsti per i cittadini residenti.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE

Del. C. R. n. 1235 del 22.9.1999

Piano sanitario regionale 1999-2001

Delibere Giunta Regionale

n. 195/1989

Direttiva concernente l'assistenza sanitaria ai lavoratori extracomunitari residenti e dimoranti in Emilia Romagna ai sensi dell'art. 1 L. 30 dicembre 1986 n. 943 e art. 5 D.L. n. 663/1979 convertito in L. 29.02.1980 n.33.

n. 133/1992

Direttiva concernente l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari residenti e dimoranti in Emilia Romagna ai

sensi della L. 30 dicembre 1986 n. 943 e della L. 28.02.1990 n. 39.

n. 2103/1994
Terzo programma di attività formative urgenti in applicazione art. 1, comma 1, lett. D), della legge 135/90.

n. 2567/1996
Approvazione progetto regionale "Prostituzione" in attuazione deliberazione consiliare n. 366 del 4 luglio 1996.

n. 2377/1997
Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio regionale. Assegnazione delle somme alle aziende UU.SS.LL. Relativa determinazione n. 8399 del 31.08.1998: assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio regionale. Liquidazione delle somme alle Aziende USL.

n. 10/1998
Realizzazione di materiale informativo multilingue sulla contraccezione, gravidanza e prevenzione. Assegnazione e concessione finanziamento all'Azienda USL di Modena.

n. 2475/1998
Realizzazione di materiale informativo multilingue sulla contraccezione, gravidanza e prevenzione. (non inviata)

n. 2371/1999
Iniziative formative di mediazione socio-culturale nelle Aziende sanitarie e negli Istituti Ortopedici Rizzoli della Regione. Concessione finanziamenti. (non inviata)

n. 309/2000
Linee guida sull'assistenza distrettuale. (non inviata)

n. 321/2000
Linee guida per la redazione dei piani per la salute. (non inviata)

Circolare

Assessorato Sanità e Servizi Sociali Regionali del 27.02.1991:
assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari disoccupati ed iscritti nelle liste di collocamento.

Altra documentazione

Rapporto Tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute: Esclusione sociale
Curato dal "Gruppo di lavoro Esclusione Sociale", istituito con Deliberazioni del Direttore generale della sanità della Regione Emilia - Romagna n. 6203/1999 e n. 10000/1999, in attuazione degli "Obiettivi di Salute" previsti dal Piano Sanitario Regionale 1999-2001.

COMMENTO

Dall'analisi del materiale di questa Regione si evince un'attenzione particolare ai temi dell'integrazione del cittadino immigrato. Un'attenzione che è andata crescendo negli anni come dimostrano la modifica apportata alla **L.R. 14/90** con la **L.R. 35/95** e il tentativo di superamento di queste leggi previsto con il progetto di legge d'iniziativa della Giunta Regionale-Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna n. 278 del 22.12.1998 - Oggetto consiliare n. 4693: "Norme per l'inserimento sociale dei cittadini stranieri immigrati", purtroppo decaduto.
La legge n. 35/95 ha aumentato da 8 a 20 il numero di immigrati presenti nella Consulta regionale dell'emigrazione ed immigrazione, tra i quali specifica almeno 5 donne, e ha promosso la costituzione di un Forum delle associazioni d'immigrati. Un'adeguata politica dell'immigrazione non può che contribuire a favorire la tutela della salute per gli immigrati.
Anche in quest'ambito passi avanti sono stati fatti dopo l'emanazione della prima legge regionale n.14/90 che sebbene presentasse un articolo dedicato esclusivamente all'assistenza sanitaria, era priva di elementi di specificità ed interculturalità indispensabili per l'effettiva fruibilità del diritto alla salute.
Nel **Piano sanitario regionale 1999-2001** si evidenzia l'importanza del ruolo svolto dalle associazioni di volontariato e del privato sociale che mirano soprattutto a tutelare gli immigrati non regolari che presentano, per altro, i maggiori rischi sanitari.
"L'obiettivo prioritario è di creare le condizioni per un tempestivo accesso ai servizi da parte dei cittadini e delle cittadine stranieri immigrati, regolari e non, tramite azioni concertate dei soggetti pubblici (in primo luogo delle Aziende sanitarie), del privato sociale e del volontariato, che nel settore ha una presenza determinante ed una funzione non surrogabile"(PSR 1999-2001).
In attuazione degli "Obiettivi di Salute" previsti dal PSR 1999-2001, risulta interessante segnalare il Rapporto tecnico prodotto dal "Gruppo di lavoro Esclusione Sociale".
Il Gruppo di lavoro ha svolto il suo mandato in tappe successive che hanno visto:
1) la descrizione del fenomeno dell'esclusione sociale, delle sue diverse cause e componenti, della situazione attuale dei servizi e degli interventi offerti;
2) la rilevazione dei bisogni emergenti e dei relativi fattori determinanti;
3) la formulazione degli obiettivi di salute;
4) la strutturazione di possibili soluzioni mirate.

Poiché i bisogni della popolazione di riferimento sono molto differenziati, hanno deciso di focalizzare l'intervento su cinque differenti popolazioni target fra quelle individuate nell'ambito del P.S.R. . Riportiamo nel box, una sintesi degli obiettivi su "Cittadini stranieri immigrati".

Con **DGR 2103/94** si è dato avvio al percorso formativo per gli operatori sanitari e socio-sanitari impegnati sul territorio regionale in attività di informazione, di educazione sanitaria e prevenzione da virus HIV rivolte alla popolazione immigrata e, nella fattispecie, alla sua componente femminile adulta, che è oggi identificata come la fascia di popolazione meno raggiunta sul piano informativo. In seguito la Regione si è attivata concretamente per favorire la fruibilità dei servizi da parte degli immigrati attuando presso le sedi delle Aziende USL spazi consultoriali "dedicati" per donne immigrate ed i loro bambini, istituiti con

lo scopo di dare loro una risposta completa, tempestiva e di facile accesso. Per agevolare ulteriormente questa tipologia di utenti è stata predisposta con **DGR 10/98** la diffusione presso le comunità di immigrati in ambito regionale di materiale informativo di qualità, inerente il controllo della fertilità, l'assistenza della gravidanza e la prevenzione delle malattie infettive nei bambini, redatto in lingua straniera, anche per donne con bassa scolarizzazione, rispettoso della sensibilità culturale delle etnie maggiormente presenti: arabofona, anglofona, francofona, cinese, albanese, russa, rumena e filippina.

Interessanti sono vari progetti locali tra cui spicca quello della Azienda USL di Bologna che da anni ha attivato un sistema integrato (Comune, Aziende Sanitarie, Associazioni di Volontariato) per assicurare il diritto all'assistenza sanitaria agli stranieri non in regola con le norme per il soggiorno e per gli indigenti italiani ed immigrati.

CITTADINI STRANIERI IMMIGRATI

Obiettivo Generale: Promuovere la salute nei cittadini stranieri immigrati, nel più ampio contesto del loro inserimento sociale.

1. Obiettivo Intermedio: Valutare i bisogni di salute dei cittadini stranieri immigrati.
Obiettivi Specifici:
a) Accrescere le conoscenze sulle caratteristiche del fenomeno dell'immigrazione regolare e clandestina sul territorio, con particolare riguardo agli aspetti di natura sanitaria - breve termine.
b) Migliorare le conoscenze epidemiologiche sullo stato della popolazione immigrata - medio termine.

2. Obiettivo Intermedio: Migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari.
Obiettivi Specifici:
a) Promuovere una diffusa e capillare informazione alla popolazione interessata ed a tutti gli interlocutori pubblici, privati e del volontariato - medio termine.
b) Promuovere la formazione e l'utilizzazione di figure intermedie che possono, in rapporto al tipo di struttura, essere interpreti, facilitatori o mediatori linguistici e/o culturali ed abbiano chiara e aggiornata idea della situazione dell'etnia interessata sul territorio e la capacità di interagire e mediare - breve termine.
c) Promuovere la formazione continua dei professionisti pubblici dipendenti e convenzionati al fine di migliorare le capacità di risoluzione dei problemi di salute specifici delle etnie minoritarie e sul modo più adeguato per rapportarsi ad esse. Includere nel percorso formativo dei Medici di Medicina Generale argomenti di medicina transculturale.
d) Promuovere il riorientamento dei servizi e delle attività sanitarie verso una gestione che tenga conto delle influenze dei valori culturali su momenti di fruizione dell'assistenza (es.: alimentazione ospedaliera, assistenza religiosa, ecc.).
e) Offrire percorsi assistenziali sanitari ed amministrativi semplici, chiari ed evidenziati.
f) Supportare gli enti locali nella individuazione di quelle condizioni a carattere socio-ambientale che rappresentano un fattore di rischio da affrontare prioritariamente attraverso la soddisfazione di basic needs.
g) Aumentare l'iscrizione dei cittadini stranieri residenti al SSN - medio termine.
h) Offrire assistenza preventiva e ambulatoriale a STP con modalità organizzativo-burocratiche differenziate - breve termine.

3. Obiettivo Intermedio: Promuovere gli interventi di prevenzione, con particolare riferimento alla tutela materno-infantile, alle vaccinazioni, alla tutela della salute dei lavoratori.
Obiettivi Specifici:
a) Prevedere nei consultori materno-infantili spazi orientati all'assistenza della popolazione immigrata, in particolare nelle aree ad alta intensità migratoria - medio termine.
b) Prevedere nei servizi di Pronto soccorso, in particolare nelle aree ad alta intensità migratoria, specifici percorsi volti a facilitare ed accelerare l'erogazione di prestazioni per donne immigrate (es. IVG) - medio termine.
c) Raggiungere la copertura vaccinale della popolazione autoctona negli stranieri residenti, offrire agli S.T.P. le vaccinazioni obbligatorie e facoltative inserite nei programmi regionali - medio/lungo termine.
d) Individuare le aree di criticità in ambito lavorativo della popolazione immigrata, adottando iniziative di sensibilizzazione, di ascolto, di progettazione e di verifica del rispetto delle norme di tutela dei lavoratori - medio/lungo termine.
e) Promuovere, iniziative di prevenzione nei confronti della TBC e delle malattie infettive e parassitarie maggiormente incidenti, per i cittadini che risiedono nei CPA.

4. Obiettivo Intermedio: Migliorare lo stato di salute della popolazione immigrata.
Obiettivi Specifici:
a) Modulare l'offerta dei servizi in base alle verifiche dei bisogni e delle attività, sperimentare nuovi percorsi assistenziali (flessibilità) - medio/lungo termine.
b) Promuovere gli interventi di prevenzione ed assistenza con particolare riferimento alla tutela materno-infantile, alla salute dei lavoratori, ad aree critiche della popolazione immigrata (dipendenze, prostituzione, detenuti) - medio/lungo termine.

5. Obiettivo Intermedio: Rafforzare e consolidare il processo di partecipazione dei cittadini stranieri immigrati e del volontariato alle decisioni.
Obiettivi Specifici:
a) Promuovere lo sviluppo della partecipazione dell'associazionismo immigrato - medio/lungo termine.
b) Individuare e favorire lo sviluppo di forme di rappresentanza nell'ambito delle Aziende (es. Comitati Consultivi misti) - medio/lungo termine.

friuli venezia giulia

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **40.985**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **5.561**
- % donne tra gli extracomunitari: **41,9**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **3,0**
- differenza % 2000-2001: .....**- 5,6**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **3,4**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 46 del 10.09.1990

Istituzione dell'Ente regionale per i problemi dei migranti

Modifiche

n. 51 del 30.06.1993

Disposizioni finanziarie per favorire l'attuazione del Piano Regionale socio-assistenziale e integrazioni e modifiche e normative del settore.

DESTINATARI
(art. 3, c. 2):
immigrati provenienti da paesi extracomunitari che abbiano residenza o dimora nel territorio della Regione Friuli Venezia Giulia ai sensi della legislazione nazionale vigente nonchè i loro coniugi ed i loro figli.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 19, c. 1 punto b)):
la Consulta svolge i seguenti compiti:
b) formula proposte per l'effettuazione di accertamenti ed indagini sul problema immigratorio, sulle condizioni di vita e di lavoro degli immigrati e delle loro famiglie che risiedono nella Regione per promuovere iniziative tendenti alla tutela e alla difesa dei loro diritti e dei loro interessi.
(art.22, punti a), b), c)):
a) cura, in collaborazione con le strutture operative regionali, con gli Enti locali e con gli enti, associazioni ed istituzioni interessati, la programmazione, il coordinamento e la gestione di tutti gli interventi, anche promozionali nel settore dell'immigrazione;
b) svolge le funzioni di segretariato sociale per l'accoglimento, l'assistenza e l'informazione nei confronti degli immigrati;
c) attua studi e ricerche sui problemi dell'immigrazione, anche in collaborazione con altre strutture pubbliche.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', CON ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 5, c. 1):
la Regione riconosce la funzione sociale e culturale svolta dalle organizzazioni ed associazioni, a servizio degli immigrati, a carattere nazionale e dalle associazioni degli immigrati che abbiano una sede permanente nel territorio del Friuli Venezia Giulia ed operino localmente con continuità a favore degli immigrati stessi da almeno un anno.

TUTELA DELLA SALUTE
(art. 1, c. 3):
la Regione, altresì, al fine di assicurare agli immigrati extracomunitari l'effettivo godimento dei diritti civili e sociali, rimovendo gli ostacoli che di fatto limitano la loro uguaglianza con i cittadini italiani, ai sensi dell'art.2, 3, 4 e 35 della Costituzione ed in armonia con la legislazione nazionale vigente, adegua, entro 6 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, la legislazione regionale, in tutti i settori di competenza, in materia di assistenza sociale e sanitaria, di diritto allo studio, di formazione professionale, di insediamento abitativo, di artigianato, commercio e cooperazione, anche mediante la disposizione di progetti obiettivo.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Del. G. R. n. 3854 del 10.12.1999
P.I.M.T. (piano intervento medio termine)
PSR 2000-2002

Altre leggi in materia

n. 11 del 26.04.1999
Disposizioni di semplificazione amministrativa per il contenimento della spesa pubblica, connesse alla manovra finanziaria per l'anno 1999 nonché disposizioni in materia di finanziamenti ad Enti locali e regionali ed ulteriori modifiche ed integrazioni a leggi regionali. (Art. 7: Soppressione dell'ERMI).

n.13 del 03.07.2000
Disposizioni collegate alla legge finanziaria 2000. (Art. 17: Disposizioni in materia di immigrazione).

n. 4 del 26.02.2001
Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale ed annuale della Regione (Legge Finanziaria 2001, art. 8 comma 31-38)

Circolare Direzione Regionale della Sanità e delle Politiche Sociali

Prot. 25072/Amm 2° del 18.12.2000
D. lgs. 25 luglio 1998, n. 286 " Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Codice STP - Indicazioni operative.

Altra documentazione

Ente Regionale per i problemi dei migranti - Udine - Servizio dell'immigrazione. **Programma annuale 1999**: "Interventi regionali per l'immigrazione"

COMMENTO

Il Friuli Venezia Giulia ha sempre attribuito allo strumento della programmazione importanza e centralità, istituendo un Ente regionale per i problemi dei migranti (Ermi) che costituiva lo strumento di attuazione della politica di programmazione regionale.
Con la legge regionale n. 11 del 26.04.1999 - art. 7, l'Ermi viene soppresso a partire dal 1 gennaio 2000.
La Regione ha scelto di modificare sostanzialmente l'impostazione data dall'attuale legge regionale (**n.46/90**), sciogliendo l'Ermi e attribuendone compiti e funzioni al **Servizio Autonomo per l'Immigrazione** come previsto all'art. 8 c. 31 dalla **L.R. n. 4/01**.
Come si evince dall'art. 17: disposizioni in materia di immigrazione della legge regionale n. 13 del 03.07.2000: "Disposizioni collegate alla legge finanziaria 2000" il Servizio per l'immigrazione costituisce lo strumento di attuazione della politica di programmazione regionale nell'ambito del settore dell'immigrazione coordinata con gli indirizzi e con le normative statali in materia.
Le funzioni del Servizio Autonomo per l'Immigrazione sono le seguenti:

- *elabora il programma annuale degli interventi di politica attiva per i problemi dell'immigrazione da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale;*
- *esamina ed approva, nell'ambito della programmazione annuale, le attività promosse dalle associazioni riconosciute e dagli Enti locali;*
- *può attuare interventi progettuali direttamente o avvalendosi delle associazioni riconosciute e dagli Enti locali ovvero sostenendone le attività e le iniziative promosse;*
- *esamina lo stato di attuazione dei programmi definiti e ne verifica gli effetti indotti;*
- *assolve altri compiti eventualmente ad esso demandati dalla Giunta regionale, attinenti alla politica attiva, nei confronti del problema degli immigrati, rifugiati, profughi e richiedenti asilo e nell'ambito della normativa statale in materia.*

In seguito alla soppressione dell'Ermi, la Consulta regionale dell'immigrazione è convocata e presieduta dal Presidente della Giunta regionale o dal suo delegato; in luogo del Direttore dell'Ente soppresso è chiamato a farne parte il Direttore del Servizio Autonomo dell'Immigrazione.
Sicuramente una buona e corretta programmazione è presupposto essenziale per permettere anche all'immigrato di godere realmente dei diritti civili e sociali come garantiti al cittadino italiano.
Tuttavia la legge manca di chiare indicazioni sulla specificità interculturale che l'approccio alla salute dell'immigrato richiederebbe. C'è comunque da sottolineare la modifica dell'articolo 7 della **L.R. n. 51 del 30.06.1993** che consente l'accesso alle prestazioni ed agli interventi socio-assistenziali anche alle persone dimoranti che siano bisognose di interventi non differibili.
Una nuova legge regionale in sintonia con la normativa nazionale prevista dal T.U. del 1998 non è stata proposta tuttavia per il 1999 la Regione aveva previsto un programma di attività nel campo dell'immigrazione fortemente innovativo. In particolare abbiamo soffermato la nostra attenzione sul **2° Progetto Mirato del Programma annuale 1999** (Interventi regionali per l'immigrazione: Rafforzamento rete regionale centri di assistenza e interpretariato, attività di animazione e socializzazione nei centri di prima accoglienza), essendo l'unico che fa dei riferimenti espliciti al tema sanitario. Infatti tra gli obiettivi principali si pone quello di attivare una politica di informazione mirata da parte delle strutture di offerta dei servizi sanitari attivando contatti ufficiali con uffici e referenti, competenti per le varie ASL, che gestiscono progetti di prevenzione ed informazione sanitaria e provvedono anche all'organizzazione di iniziative di prevenzione e di assistenza socio-sanitaria.
Particolare attenzione a questo tema è posto dalle Aziende sanitarie di Trieste (Asl 1) e di Udine (Asl 4) che nel tempo hanno acquisito sintonia di intendi, capacità di lavoro comune e di programmazione che spesso acquisisce lo spessore di politica regionale.
Il 18.12.2000 è stata emanata una **Circolare prot. 25072** che definisce criteri e procedure in particolare per l'attribuzione del codice STP.
Inoltre dalla relazione programmatica del Servizio Autonomo dell'Immigrazione, approvata con **DGR 3699 del 26.10.2001**, si evidenzia la Costituzione di un **Osservatorio per la prevenzione e la tutela sanitaria**. Di seguito ne riportiamo un passaggio significativo.
Le migrazioni comportano nuove problematiche nel campo dell'assistenza sanitaria non solo per l'introduzione di nuove differenze sociali, linguistiche e culturali e per la necessaria attenzione che deve essere posta alla diffusione delle malattie infettive e tropicali, ma anche per i rapporti di integrazione o conflittuali che si instaurano con le comunità locali e con gli operatori di servizi.
Un diverso approccio alla medicina, dettato dalle nuove realtà emergenti, significa quindi aprirsi a nuove conoscenze, un metodo di lavoro multidisciplinare, una dialettica di relazioni e di mediazioni in cui interagiscono molti attori istituzionali: tecnici, politici, volontari, comunità locali.
Un osservatorio regionale sulla salute degli immigrati, visto anche come strumento di collegamento fra le direzioni regionali, le Province interessate e le Aziende Sanitarie potrebbe essere istituzionalmente aperto alle Associazioni di volontariato e del privato. L'ottica in cui agire sarebbe rivolta:

- *a garantire lo studio (e la successiva verifica) degli strumenti adeguati a fornire un'efficace assistenza sanitaria agli immigrati e un censimento completo e aggiornato delle iniziative in tal senso avviate anche nel campo socio-assistenziale nel territorio regionale.*
- *A raccogliere informazioni epidemiologiche da tutte le strutture operanti in Regione (dagli ospedali agli ambulatori di medicina preventiva ai medici del lavoro ai medici di base etc.) comprese quelle del volontariato.*
- *A fornire a tutti gli operatori socio-sanitari e a creare un costante canale di comunicazione e di mediazione anche coinvolgendo le Associazioni degli immigrati.*
- *A migliorare la fruibilità del sistema sanitario facilitando la relazione tra struttura sanitaria ed utente e orientando l'utente nella rete dei servizi.*

Per il conseguimento degli obiettivi, il progetto permette di finanziare oltre all'attività di mediazione anche le seguenti azioni:

- *corsi di formazione e aggiornamento dei mediatori;*
- *raccolta e produzione di materiale informativo;*
- *rncontri rivolti ad immigrati, operatori e popolazione generale;*
- *convegni sulla medicina della migrazione, mediazione di comunità e sulla figura del mediatore culturale.*

La costituzione di questo Osservatorio dimostra un significativo passo in avanti nel favorire l'integrazione degli stranieri all'interno delle strutture sanitarie.

lazio

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: ...**236.359**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **33.438**
- % donne tra gli extracomunitari: **48,3**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **17,3**
- differenza % 2000-2001: .....**- 3,8**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **4,5**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 17 del 16.02.1990

Provvidenze a favore degli immigrati da paesi extracomunitari

DESTINATARI
(art. 2, c. 1):
i beneficiari della presente legge sono gli immigrati e loro associazioni, provenienti da paesi extracomunitari e dimoranti nel territorio regionale.
(C. 3): *gli enti locali che svolgono attività a favore degli immigrati da paesi extracomunitari.*
(C. 4): *gli enti pubblici e privati che operano nel campo dell'assistenza sociale all'immigrazione.*

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 3, c. 3, punto b ed e):
è istituita la Consulta regionale per i problemi degli immigrati extracomunitari nel Lazio. (Omissis) *E' costituita da sei rappresentanti dei lavoratori extracomunitari; tre rappresentanti delle associazioni che operano nel campo dell'assistenza all'immigrazione.*

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 6, c. 2):
la Giunta regionale concede sovvenzioni alle associazioni, agli enti ed alle istituzioni (Omissis) *che operano con carattere di continuità a favore degli immigrati e delle loro famiglie, nonché alle associazioni costituite dagli immigrati stessi.*
(art. 7, c. 1):
per l'attuazione delle iniziative a favore degli immigrati extracomunitari la Regione può stipulare apposite convenzioni con enti pubblici e privati.

TUTELA DELLA SALUTE
(art. 4, c. 1, c. 2, c. 3):
1. la Giunta regionale predispone un programma annuale di iniziative e interventi a favore degli immigrati da paesi extracomunitari dimoranti nel Lazio, sentito il parere della Consulta (Omissis).
2. Le iniziative e gli interventi riguardano: a) l'effettivo godimento del diritto all'assistenza sociale e sanitaria; b) la tutela dei minori, (Omissis), la tutela della maternità; c) le iniziative a favore degli anziani e degli handicappati; (Omissis).
3. Le iniziative di cui ai punti a), b), c) sono predisposte nel rispetto delle competenze ai sensi del DPR 24.07.1977, n.616 ed in relazione alla legge 23.12.1978, n. 833.
(art. 5, c. 1):
ai sensi delle norme in vigore le iniziative socio-assistenziali a favore degli immigrati dei paesi extracomunitari sono di competenza dei Comuni; alle amministrazioni provinciali sono delegate le funzioni di coordinamento e verifica delle iniziative stesse; a tale fine predispongono il relativo piano annuale provinciale degli interventi programmati sulla base delle richieste pervenute dai comuni e dagli enti pubblici e privati operanti nel settore.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Del. G. R. n. 2035 del 21.12.2001
Presa d'atto del documento "Proposta di indirizzi per la programmazione sanitaria regionale per il triennio 2002-2004" (Piano sanitario regionale).

Delibere Giunta Regionale

n. 5122 del 31.07.1997
Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti

n. 1358/1998
Individuazione Centro riferimento regionale per la formazione salute immigrati.

n. 4323/1999
Assistenza sanitaria ai minori extracomunitari temporaneamente soggiornanti per recupero psico-fisico.

n. 2444/2000
Approvazione "Linee Guida per l'Assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti all'UE".

n. 2445/2000
Approvazione del progetto di sorveglianza sanitaria per il controllo della circolazione di microrganismi patogeni nella popolazione extracomunitaria residente nel rione Esquilino.

n. 521/2001
Integrazione alla Del. 2445 del 5.12.2000 (integrazione e definizione delle finalità e delle modalità organizzative del Gruppo di Lavoro per la Salute degli Immigrati).

n. 1614/2001
Disposizioni normative per i soggetti affetti da nefropatie in trattamento dialitico.

n. 2031/2001
Piano di trattamento a domicilio delle persone con AIDS nella regione Lazio. Sperimentazione di un modello organizzativo e relative tariffe.

n. 2032/2001
Programma umanitario per prestazioni sanitarie di alta specializzazione a favore di cittadini extracomunitari.

n. 281/2002
Approvazione Progetto del CRS promosso dalla Caritas Diocesana di Roma per un "Poliambulatorio a bassa soglia d'accesso e ad alto impatto relazionale".

Decreto Presidente Giunta Regionale n. 2439/1997
Costituzione gruppo regionale di valutazione e monitoraggio.

Decreto Presidente Giunta Regionale n. 81/2002
Nomina dei componenti il Gruppo di Lavoro per la Salute degli immigrati.

Circolari ed altri documenti

n. 49/1997
Trasmissione delibera 5122/97 e chiarimenti applicativi.

n. 11/1998
Assistenza sanitaria immigrati regolari (disoccupati et al.); STP e farmaceutica.

n. 24/1998 e integrazione prot. 5915/1998
Chiarimenti applicativi.

n. 18/1999
Assistenza sanitaria persone provenienti da zone di guerra (e asilo politico).

n. 24/1999
Iscrizione temporanea regolarizzandi e documenti necessari per regolari.

n. 33/1999
Assistenza sanitaria ai Minori extracomunitari Temporaneamente soggiornanti. Deliberazione n. 4323/99.

n. 45/1999
Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri indigenti non iscritti al SSN.

n. 4/2000
Assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari con permesso di soggiorno per Cure Mediche.

Assessore Sanità prot. 2203/57-56/2329/1998
Attribuzione oneri prestazioni urgenti.

Lettera Assessorato alla Sanità prot. 2364/2000
Prestazioni di dialisi per STP.

Lettera Assessorato alla Sanità prot. 18548/2002
Iscrizione al SSN sacerdoti stranieri non comunitari che svolgono attività lavorativa per le Diocesi del Lazio.

Nota n. 352 del 20.04.2000
Iscrizione temporanea al SSN dei lavoratori extracomunitari in attesa di rilascio del permesso di soggiorno.

Decisione n. 96 del 22.06.2001 dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP)
Organizzazione interna dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, ai sensi dell'art. 14 della L.R. 16/99.

COMMENTO

La Regione Lazio, come la maggior parte delle regioni italiane, si è dotata di una legge regionale specifica sull'immigrazione (**L.R. 17/1990**) a ridosso della così detta Legge Martelli sull'immigrazione del 1990. In alcuni specifici ambiti, come quello sanitario, la legge regionale superava nelle previsioni applicative la stessa normativa nazionale. In anticipo sul tempo ed in sintonia con quanto in seguito emerso a livello nazionale, essa fa riferimento come beneficiari dei provvedimenti gli immigrati extracomunitari *dimoranti* nel territorio regionale: il non aver espressamente previsto il requisito della residenza avrebbe potuto facilitare l'inserimento dello straniero nel tessuto sociale e produttivo della Regione e nel contempo non limitarlo nell'acquisizione di diritti.
Per quanto riguarda gli aspetti della tutela sanitaria, vengono enunciati 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 spetta alle Province attraverso piani annuali.
Questo impianto operativo non ha dato adeguati frutti a livello locale, lasciando "interventi sanitari attivi" come fatti sporadici o in rapporto alla sensibilità di particolari strutture o operatori.
Proprio dalla volontà e dall'impegno di alcuni operatori del privato sociale e del settore pubblico sono state prodotte varie sollecitazioni che hanno portato all'emanazione di una serie di norme (delibere e circolari) che fanno della Regione Lazio un ambito territoriale dove la tutela della salute del cittadino immigrato è, almeno sulla carta, adeguatamente tutelata.
È comunque da notare come in questi anni non sia esistita né programmazione comune tra i due assessorati competenti (quello più propriamente sociale che ha la delega sull'immigrazione e quello sanitario; entrambi, negli anni e con il succedersi delle Giunte, hanno cambiato denominazione), né un effettivo dialogo.
La Regione ha comunque saputo essere efficace nelle indicazioni operative a partire dal 1997 quando con una Delibera di Giunta Regionale (**DGR n. 5122 del 31.07.1997**), ha recepito 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 non in regola con le norme per il soggiorno (con particolare riferimento ai minori, alle donne ed a coloro afffetti da forme morbose infettive). Con quella delibera la Regione ha indicato dei percorsi operativi innovativi ed efficaci tanto che sono stati presi come base per l'attuale Regolamento d'attuazio-

ne del Testo Unico (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 disposizioni"* istituendo un Gruppo di verifica e monitoraggio, nuovamente nominato nel 2002, un Centro di riferimento regionale per la consulenza nell'ambito formativo alle varie aziende sanitarie e recentemente finanziando un progetto di *ambulatorio di primo livello a bassa soglia d'accesso e ad alto impatto relazionale* per gli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno ed in difficoltà sociale.

Dal 1997 circolari e note si sono regolarmente ripetute per precisare vari ambiti di confondimento e per far conoscere le novità dell'attuale legislazione nazionale. Interessante è anche la **proposta del Piano sanitario regionale** per il triennio 2000-2002 presentata dalla passata Giunta il 16 dicembre 1999 (non è stata approvata) che ha una parte dedicata alla "Salute degli immigrati" e pone l'attenzione sul ruolo del Servizio Sanitario Regionale (SSR) nella gestione dell'eccesso di rischio rappresentato dalla condizione di immigrazione. Esso deve sostanzialmente basarsi sul riconoscimento di questo rischio specifico nella pratica corrente dei suoi servizi, non introducendo distinzioni tra immigrati e popolazione residente e tra immigrati cosiddetti clandestini e immigrati legali. In questo contesto gli interventi specifici che il SSR deve mettere in atto sono fondamentalmente ascrivibili in due aree tematiche: quella della qualità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e quella della formazione degli operatori al rapporto interetnico ed al riconoscimento e trattamento di patologie a maggiore prevalenza negli immigrati. Quest'ultime, con riferimento alle evidenze disponibili, sono state individuate in base a specifiche condizioni patologiche (tubercolosi, malattie sessualmente trasmissibili), fisiologiche (ambito materno-infantile) e sociali (rifugiati, prostitute, tossicodipendenti, detenuti).
L'impostazione data era estremamente interessante, con una reale valutazione dei bisogni ma forse troppo ottimistica nella previsione di una piena integrazione e offerta/permeabilità dei servizi.
Il cambio della Giunta regionale non ha prodotto apparenti modifiche nella gestione regionale del fenomeno se non nella percezione di alcuni operatori sanitari pubblici che di fatto hanno ridotto la loro 'disponibilità' nei confronti di utenti immigrati (irrigidimenti su norme emanate dalla precedente Giunta, interpretazioni discrezionali in senso restrittivo di alcuni provvedimenti ed indicazioni). Su sollecitazione e proposta tecnica del GRIS (Gruppo Regionale Immigrazione e Salute: un organismo sorto spontaneamente nel 1995 a cui aderiscono oltre 40 tra istituzioni sanitarie pubbliche, del privato sociale e del volontariato) la Regione ha emanato 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 pone l'obiettivo di promuovere attivamente l'applicazione della normativa nazionale in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

L'impatto innovativo e positivo di questo atto è stato solo in parte vanificato da una seconda delibera di Giunta, approvata nella stessa riunione che ha monopolizzato l'attenzione ed innescato una vivace dibattito politico e sociale: sempre il 5.12.2000 è stata emanata la **DGR n. 2.445** dal titolo *"Approvazione del progetto di sorveglianza sanitaria per il controllo della circolazione di microrganismi patogeni nella popolazione extracomunitaria residente nel rione Esquilino"* nel cui impianto si possono ravvisare elementi di novità positiva (coinvolgimento delle comunità, approccio educativo, offerta attiva dei servizi ...) ma anche ambiti di più o meno evidenti criticità in particolare sulla proposta di screening per malattie infettive e sulla previsione di "redazione di un questionario/scheda medica con dati anagrafici, demografici e anamnestici" della popolazione terget che è stata individuata in "immigrati irregolari, immigrati extracomunitari con permesso di soggiorno indigenti e non, soggetti senza fissa dimora, nomadi e profughi ... residenti nel rione romano dell'Esquilino". Rimandando in altri ambiti l'approfondimento tecnico-scientifico di tale atto, dobbiamo segnalare come, accogliendo le istanze presentate da vari ambienti aventi una specifica esperienza, la Regione ha deliberato un'integrazione alla norma citata e con **DGR n. 521 del 10.4.2001** ha istituito un gruppo regionale che ha anche il compito di valutare (esprimere parere e supportatre la Regione nella valutazione e nel monitoraggio) i progetti relativi alla promozione della salute degli immigrati, di fatto bloccando l'iniziativa suddetta. Ancora una volta abbiamo colto un'attenzione prioritaria ai reali temi della promozione della salute degli immigrati, sensazione confortata da successivi atti amministrativi.

Segnaliamo infatti due recenti **Delibere della Giunta regionale**:
• **n. 2031 del 21.12.2001**: "Piano di trattamento a domicilio delle persone con AIDS nella regione Lazio. Sperimentazione di un modello organizzativo e relative tariffe";
• **n. 2032 del 21.12.2001**: "Programma umanitario per prestazioni sanitarie di alta specializzazione a favore di cittadini extracomunitari".
La prima delibera tratta del Tad (Trattamento assistenza domiciliare) alle persone affette da AIDS sia a domicilio che presso casa alloggio. Questo trattamento è garantito esplicitamente anche ai cittadini stranieri immigrati non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno in Italia, in possesso del Tesserino STP. In fase di prima sperimentazione, l'accesso al trattamento anche presso casa alloggio (struttura all'interno della quale vengono comunque erogate prestazioni sanitarie) deve essere garantito – in ragione della condizione di malattia grave che necessita di cure essenziali ancorchè continuative – perlomeno fintanto che persista l'esigenza di tali prestazioni o venga regolarizzato il soggiorno in Italia.

La seconda delibera prevede un Programma umanitario per prestazioni sanitarie di alta specializzazione a favore di cittadini extracomunitari prevalentemente in età pediatrica e prevalentemente provenienti dall'Africa, Europa dell'Est e dal Medio Oriente, nei quali paesi non esistano competenze medico-specialistiche per il trattamento di

gravi patologie (oncologiche, ematologiche, traumatologiche e cardiache).
Sono stati individuati i soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie riferite alle patologie sopra elencate (Ospedale pediatrico Bambino Gesù, il Policlinico A. Gemelli, il Policlinico Umberto I, L'Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini e gli IFO) ed è in procinto di essere istituita una Commissione mista medico-amministrativa, composta da personale medico che opera nell'ambito delle specificate patologie e da funzionari regionali per la selezione e pianificazione degli interventi.
In fase preliminare di avvio del programma, l'associazione di volontariato "Nessun Luogo è Lontano", con cui la Regione Lazio ha stipulato un protocollo d'intesa, si farà carico delle spese relative al viaggio ed al soggiorno dei minori.
Per realizzare il Programma la quota destinata alla Regione Lazio dal Fondo Sanitario Regionale per l'anno 2002 è di 1.100.000,00 euro.

Da evidenziare inoltre 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.

Con tali premesse ci sembra di notevole interesse la programmazione specifica contenuta nell'ipotesi di **Piano sanitario regionale per il triennio 2002-2004** (**DGR n. 2035 del 21.12.2001**) che, in linea con il vecchio piano 2000-2002 proposto dalla giunta precedente ma mai approvato, arricchisce ed integra la pianificazione con alcuni obiettivi previsti in tre diverse aree d'intervento.

Area d'intervento 1: L'accesso all'assistenza sanitaria
La questione dell'accesso all'assistenza sanitaria, legata alla discrezionalità nell'applicazione delle norme, si intreccia con quella della reale fruibilità delle prestazioni da parte di chi può accedervi per diritto, e rimanda a un complessivo ripensamento dei servizi in funzione di un'utenza etnicamente diversificata. E' necessario pertanto garantire la fruibilità delle prestazioni su tutto il territorio regionale.
Obiettivo 1.1
Promuovere e agevolare l'iscrizione al SSR da parte di tutti gli stranieri aventi diritto;
Obiettivo 1.2
Favorire l'accesso alle cure essenziali da parte degli stranieri temporaneamente presenti (STP), anche in collaborazione con il volontariato sociale;
Obiettivo 1.3
Facilitare l'accesso per gli stranieri alle informazioni sui diritti acquisiti;
Obiettivo 1.4
Formare il personale, sanitario ed amministrativo, operante nei servizi sui temi della medicina delle migrazioni e sulla relazione con contesti culturali e differenti;
Obiettivo 1.5
Valorizzare risorse umane straniere, interne ed esterne ai servizi, per promuovere un sistema di mediazione atto a superare gli ostacoli comunicativi.

Area d'intervento 2: La Valutazione dei bisogni
La valutazione dello stato di salute degli immigrati si presenta particolarmente problematica per via della grande eterogeneità del fenomeno. L'organizzazione di un sistema di monitoraggio costante ed accurato dei bisogni di salute della popolazione immigrata permette di seguirne l'evoluzione nel tempo e, soprattutto, contribuisce a creare una nuova cultura sanitaria centrata sui bisogni reali della popolazione e rivolta agli aspetti di maggiore criticità sanitaria.
Obiettivo 2.1
Disegnare un sistema di indicatori adeguati a monitorare nel tempo e valutare lo stato di salute degli immigrati;
Obiettivo 2.2
Organizzare una rete di osservatori epidemiologici territoriali sul tema specifico, coordinati a livello regionale.

Area d'intervento 3: I programmi
L'individuazione di particolari aree critiche definite sulla base di specifiche condizioni patologiche (tubercolosi, MST, HIV, ecc.), fisiologiche (ambito materno-infantile) e sociali (prostitute, tossicodipendenti, rifugiati, zingari, detenuti) è preliminare ed indispensabile ad organizzare programmi di prevenzione e assistenza, orientati alla tutela della salute di gruppi particolarmente a rischio. Anche in questa area, il supporto delle organizzazioni del volontariato ed il coinvolgimento delle comunità etniche presenti sul territorio regionale saranno uno strumento prezioso per assicurare la qualità del servizio.
Obiettivo 3.1
Individuare, in ogni ambito territoriale, le aree critiche prioritarie;
Obiettivo 3.2
Organizzare e realizzare in ogni Azienda sanitaria programmi di prevenzione e assistenza, orientati alla tutela della salute di gruppi particolarmente a rischio.

Questa attenzione costante negli ultimi anni al tema della salute degli immigrati, fa della Regione Lazio un importante esempio di specifiche politiche locali pertinenti e moderne.

liguria

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **32.688**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **6.445**
- % donne tra gli extracomunitari: **47,1**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **2,4**
- differenza % 2000-2001: .....**- 15,7**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **2,0**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 7 del 9.02.1990

Consulta per i problemi dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie.

DESTINATARI
(art. 1, c. 2):
la Consulta regionale, organo di partecipazione, costituita per formulare proposte e pareri in merito alle iniziative idonee a garantire a tutti i lavoratori extracomunitari ed alle loro famiglie, che dimorano nel territorio ligure, parità di trattamento e uguaglianza rispetto ai lavoratori italiani.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 2, punto b), c):
b) la Consulta Regionale è composta da 11 lavoratori extracomunitari, in rappresentanza delle rispettive comunità più rappresentative in Liguria, costituite in forma associativa;
c) 4 rappresentanti delle associazioni nazionali maggiormente rappresentative nella Regione, che svolgono con continuità assistenza a favore dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', ENTI O ASSOCIAZIONI
Non è presente alcun riferimento legislativo.

TUTELA DELLA SALUTE
(art. 1):
la Giunta Regionale realizza progetti finalizzati ... Tali progetti riguardano in particolare i settori dell'assistenza sociale, della sanità, del lavoro, della formazione professionale, dell'assistenza scolastica, dell'edilizia sociale e residenziale e della cultura.
(art. 5, c. 2, punto c), f)):
la Consulta formula proposte ed esprime pareri in merito: ... c) ai progetti di carattere socio-assistenziale, economico, culturale e sanitario in favore dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie; ... f) alla rimozione degli ostacoli che di fatto limitano l'uguaglianza dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie rispetto ai cittadini italiani.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Del. G.R. n. 2354 del 16.11.2001
Revisione della deliberazione C.R. n. 8 del 25.2.2000 (Piano sanitario regionale per il triennio 1999/2001).

Altre leggi in materia

n. 20 del 27.08.1992
Integrazione alla legge regionale n. 59/1978 – Interventi in materia di emigrazione. Istituzione della Consulta Regionale dell'emigrazione e dell'immigrazione.

n. 27 del 11.06.1993
Nuove norme in materia di emigrazione ed istituzione della Consulta Regionale per l'emigrazione.

n. 49 del 10.09.1993
Modifica della legge regionale n. 27/1993 "Nuove norme in materia di emigrazione ed istituzione della Consulta Regionale per l'emigrazione".

Delibera Giunta Regionale

n. 1607 del 23.12.1999
Formazione interculturale per personale delle Aziende sanitarie liguri (non pervenuta).

Circolare

9 aprile 2001
Trasmissione circolare relativa all'assistenza sanitaria agli stranieri.

COMMENTO

La legge regionale non prende in considerazione per esteso il tema della tutela della salute, considerato alla pari degli altri argomenti di tutela sociale e culturale. L'obiettivo primario appare quello dell'istituzione della Consulta, strumento finalizzato a rendere effettiva la parità di trattamento fra cittadini italiani ed immigrati extracomunitari. All'atto pratico però non vengono date indicazioni specifiche per quanto riguarda la presentazione o la realizzazione di progetti specifici da parte delle istituzioni o del privato sociale. Peraltro la collaborazione da parte dell'amministrazione locale con le associazioni del volontariato non viene presa in considerazione, e l'unica forma di coinvolgimento del privato sociale è rappresentato dall'inserimento di 4 rappresentanti all'interno della Consulta regionale.
Il tema della fruibilità dell'assistenza sanitaria non viene preso in considerazione, anche se al pari con gli altri temi si delineano solo principi generali, secondo i quali la Giunta e la Consulta regionale prendono in considerazione e quindi realizzano specifici progetti; purtroppo non viene esplicitato il cammino reale che il singolo progetto deve affrontare per tradursi in realtà.

Da segnalare come già il **Piano sanitario regionale per il triennio 1999-2001**, che, all'obiettivo 1.6 *("promuovere la sicurezza per i soggetti immigrati")* riportava: *"Numerosi fattori epidemiologici e condizioni socio-economiche rendono lo stato della salute degli immigrati stranieri meritevole di particolare tutela (...) Gli aspetti più rilevanti di ordine sanitario riguardano quel complesso di situazioni legate alla povertà e alle difficili condizioni di vita relative alla inadeguata alimentazione, abitazione e socialità, e alla discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari. (...)*
Gli obiettivi tendenziali corrispondono a quelli previsti dal PSN 1998-2000: 1) garantire uniformità di accesso all'assistenza sanitaria a tutti gli immigrati. Ai cittadini stranieri non in regola con le norme di ingresso e soggiorno sono comunque garantite, in base alla L.N. 40/98 ed al suo Regolamento di attuazione le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva e salvaguardia della salute individuale e collettiva. 2) Estendere gli obiettivi di copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana ai soggetti immigrati.
(...) Azioni del triennio 1999-2001: programmi di formazione del personale sanitario sia relativamente agli aspetti clinici e di prevenzione delle patologie d'importazione, sia agli aspetti di comunicazione nel rapporto interculturale, finalizzati anche all'acquisizione di conoscenze relative alla dimensione salute- malattia sotto il profilo sia antropologico che igienico sanitario; sviluppo di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato; indirizzo per interventi di prevenzione collettiva (vaccinazioni obbligatorie ed interventi di profilassi (omissis); indirizzi per la garanzia degli interventi di assistenza sanitaria estesi ad ogni soggetto presente sul territorio, in particolare per l'accesso tempestivo alle prestazioni sanitarie essenziali e per la tutela della maternità e della gravidanza (...); campagne di educazione sanitaria a supporto dell'uniformità di accesso all'assistenza sanitaria in base alla normativa vigente, per tutti i soggetti immigrati, incluso la copertura vaccinale con gli stessi obiettivi previsti per i cittadini italiani prevedendo l'utilizzo di mediatori culturali".

Solo recentemente la Regione ha dato supporto a tale impostazione programmatica in particolare promuovendo un corso d'aggiornamento obbligatorio (maggio 2000 - maggio 2001) "Formazione interculturale per personale delle Aziende sanitarie liguri" (**DGR n. 1607 del 23.12.1999**) e, attraverso una circolare (**9 aprile 2001**), ha dato indicazioni operative per adeguarsi alle norme nazionali.

Infine sono da segnalare le azioni previste nella revisione del passato **Piano sanitario** (**DGR n. 2354/2001**) che continuando nell'ottica già impostata, nel dettaglio mirano ad:

- *attivare programmi di formazione rivolti sia al personale delle Aziende sanitarie, sia ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta, finalizzati alla conoscenza degli aspetti clinici e di prevenzione delle patologie d'importazione;*
- *consentire, come per i cittadini residenti, l'accesso unificato alle prestazioni attraverso il filtro operato dal distretto, che deve garantire la lettura della specifica domanda e l'orientamento verso risposte assistenziali appropriate, efficaci e integrate (territorio/ospedale);*
- *attivare interventi di profilassi vaccinale.*

lombardia

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: ...**313.586**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **62.429**
- % donne tra gli extracomunitari: **43,3**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **23,0**
- differenza % 2000-2001: .....**+ 1,0**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **2,7**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 38 del 4.07.1988

Interventi a tutela degli immigrati extracomunitari in Lombardia e delle loro famiglie.

DESTINATARI
(art. 1, c. 2):
la presente legge opera nei confronti degli immigrati che provengono da paesi extracomunitari e dimorano nel territorio regionale.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 3, c. 1):
è istituita la consulta regionale per i problemi degli immigrati extracomunitari in Lombardia, quale organo di consultazione e di partecipazione. La consulta regionale (omissis), è composta da: a) 11 immigrati extracomunitari in rappresentanza delle rispettive collettività più rappresentative in Lombardia (omissis); b) 7 rappresentanti delle associazioni che svolgono con continuità servizi a favore degli immigrati extracomunitari e delle loro famiglie.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 9, c. 1):
per l'attuazione a favore degli immigrati extracomunitari delle iniziative di cui al precedente art. 2, la Regione può stipulare con enti pubblici e privati apposite convenzioni.

TUTELA DELLA SALUTE
(art. 1, c. 4):
la Regione, nell'ambito ed in attuazione delle leggi regionali che regolano le singole materie di sua competenza, assicura agli immigrati l'effettivo godimento dei diritti relativi al lavoro ed alle prestazioni sociali e sanitarie.
(art. 2, c. 1 e 2):
la Giunta Regionale predispone ed attua (omissis) un programma annuale delle iniziative a favore degli immigrati extracomunitari (omissis). Tali iniziative riguardano: (omissis) i) le prestazioni di servizi agli immigrati ed alle loro famiglie, tendenti a rendere effettivo il diritto all'assistenza sanitaria ed ai servizi sociali previsti per i cittadini lombardi; l)le iniziative specifiche per la promozione culturale e l'inserimento sociale delle donne immigrate, con particolare riferimento alla tutela della maternità; m) le iniziative a tutela dei minori; n) le iniziative a favore degli handicappati; o) le iniziative a favore degli anziani.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Del. G. R. n. VII/6347 del 05.10.2001
Piano socio-sanitario regionale 2002-2004: "Libertà e innovazione al servizio della salute"

Deliberazione Consiglio Regionale

n. VI/1280 del 07.07.1999
Programma pluriennale degli interventi concernenti l'immigrazione per il biennio 1999-2000.

Note Regionali

24.01.2000
Assistenza farmaceutica a cittadini stranieri presenti sul territorio regionale non in regola con le norme di ingresso e soggiorno sul territorio nazionale.

14.04.2000
Assistenza a cittadini stranieri extracomunitari indigenti: prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali.

25.05.2000
1)Minori non accompagnati non in regola con il permesso di soggiorno;
2) Codice S.T.P., ambito di applicazione.

26.9.2000
Assistenza sanitaria stranieri extracomunitari in Italia.

17.10.2000
Trasmissione modello autodichiarazione di indigenza redatto in quattro lingue per gli stranieri extracomunitari presenti nel territorio nazionale.

28.03.2001
Cittadini stranieri presenti sul territorio regionale non in regola con le norme di ingresso e soggiorno sul territorio nazionale: assistenza farmaceutica. Esenzioni ticket.

COMMENTO

Le disposizioni legislative, pur risalenti al 1988 cioè nate dalla legge nazionale 943/1986, si presentano di ampio respiro premettendo alla esplicitazione degli interventi, la tipologia dei destinatari: immigrati extracomunitari dimoranti nel territorio regionale. Con tale definizione è lecito allargare le provvidenze della legge agli immigrati anche

non in regola con il permesso di soggiorno.
Inoltre, data l'importanza della Consulta regionale per i problemi degli immigrati, è da notare l'alto numero di partecipanti stranieri e di appartenenti alle associazioni che operano in favore degli immigrati, provvedimento che di per sé aumenta l'efficacia di questo organo di partecipazione e dei provvedimenti realizzati dalla amministrazione regionale.
Anche l'articolo relativo alla possibilità di stipulare convenzioni con strutture pubbliche e private fa emergere l'attenzione degli organi amministrativi a chi, operando sul campo, si presenta con un bagaglio d'esperienze più ricco e talvolta con maggiori motivazioni.
Purtroppo il tema centrale della ricerca si esaurisce in poche righe, riportando maggiori esplicitazioni al programma annuale che la Giunta predispone ed attua in collegamento con la Consulta, ai sensi del piano regionale di sviluppo, in conformità ai corrispondenti interventi previsti nei piani e programmi di settore. La collaborazione creata con i referenti della Regione Lombardia non ha comunque permesso di avere a disposizione tale programma annuale, che però, data la natura, potrebbe rappresentare la dinamica evoluzione di questa legge regionale, in maggiore sintonia con la normativa nazionale.
A latere sono comunque di interesse e rappresentano spunti di riflessione, le specificazioni relative agli interventi in materia di tutela della maternità, dei minori, degli anziani e dei portatori di handicap: anche per costoro e la loro reale fruibilità delle strutture sanitarie è necessario far riferimento al programma annuale.
Su indicazione dei referenti regionali, abbiamo preso in considerazione il **Programma pluriennale degli interventi per l'immigrazione 1999-2000** che fornisce indicazioni agli Enti Locali, ed alle associazioni del privato sociale per quanto riguarda la presentazione dei progetti relativi alla realizzazione dei Centri di prima accoglienza ed interventi a favore dell'integrazione sociale, culturale e lavorativa degli immigrati. Il programma prende in considerazione anche gli obiettivi più strettamente socio-assistenziali come la tutela di donne e minori e campagne vaccinali e di profilassi.

L'anno 2000 ed i primi mesi del 2001 sono stati connotati dall'emanazione da parte della Regione di alcune note puntuali per l'applicazione della normativa nazionale. Riportiamo i contenuti essenziali:
• **nota del 24.01.2000** sull'assistenza farmaceutica a cittadini stranieri presenti sul territorio regionale non in regola con le norme di ingresso e soggiorno sul territorio nazionale. Le strutture sanitarie che, nell'erogare le prestazioni sanitarie previste dall'art. 35, comma 3 D.lgs n. 286/1998 forniscono anche farmaci per l'utilizzo domiciliare, possono chiederne il rimborso secondo particolari procedure descritte;
• **nota del 14.04.2000** sulla ridefinizione delle competenze nel caso di prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali (pronto soccorso e prestazioni effettuate presso ambulatori direttamente accessibili dall'utenza quali odontoiatria, ginecologia, pediatria, psichiatria, neuro-psichiatria infantile e oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche) erogate a cittadini stranieri extracomunitari indigenti non regolarmente soggiornanti sul territorio italiano;
• **nota del 22.05.2000** sui minori non accompagnati non in regola con il permesso di soggiorno e sull'ambito di applicazione del codice STP. Per quanto concerne i minori di anni 18 non accompagnati e domiciliati presso le strutture "Pronto intervento minori" del Comune di Milano, non pare potersi porre in dubbio che gli stessi debbono essere iscritti al SSN, purchè in possesso di permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura per una delle motivazioni previste da TU approvato con D.lgs 25 luglio 1998 n. 286. Per quanto concerne invece gli stranieri presenti di fatto sul territorio nazionale ma non in regola con le norme relative all'ingresso e soggiorno (art. 35 del TU n. 286/1998), si conferma quanto già affermato dal competente Ufficio regionale per vie brevi telefoniche, e cioè che l'attribuzione a detti stranieri del codice STP non conferisce alcun diritto ad essere iscritti al SSN, né alcun obbligo per l'Amministrazione di iscriverli;
• **nota del 26.09.2000** fornisce ulteriori indicazioni sulla materia in argomento;
• **nota del 17.10.2000** riguarda il modello dell'auto dichiarazione di indigenza redatto in quattro lingue al fine di consentire una più agevole compilazione da parte dei cittadini extracomunitari che si trovino nel territorio nazionale e che versino in tali condizioni;
• **nota del 28.03.2001** oltre a fornire ulteriori indicazioni in merito all'erogazione dell'assistenza sanitaria distingue relativamente all'sssistenza farmaceutica, tra prestazioni rese con successivo addebito alle Prefetture e prestazioni rese con successivi oneri a carico del SSN secondo le già note previsioni della L 40/1998. Inoltre specifica che le esenzioni del ticket per limiti di reddito, età, patologie, previste per i cittadini italiani, pur in assenza di regolare tessera di esenzione, vanno estese anche al cittadino straniero.

Infine vogliamo evidenziare l'orientamento che traspare dal **Piano socio-sanitario Regionale 2002-2004**: "Libertà e innovazione al servizio della salute" approvato dalla Giunta Regionale con **Delibera n. VII/6347 del 5.10.2001**.
L'azione regionale sarà mirata a costruire relazioni positive tra cittadini italiani ed immigrati, a garantire pari opportunità di accesso ai servizi e a tutelare le differenze, assicurare la presenza legale e contrastare l'illegalità, conoscere la consistenza e l'evoluzione del fenomeno migratorio nei suoi diversi aspetti socio economici e culturali.
Sarà compito della Regione definire, annualmente, le priorità d'intervento, che verranno attuate secondo le necessità locali e che, in ogni caso, riguarderanno in particolare la tutela della salute; l'inserimento lavorativo; la formazione e l'orientamento professionale; la formazione linguistica e la mediazione culturale; l'informazione agli operatori e agli immigrati; le risposte alle domande di accoglienza e di alloggio.
Inoltre andrà completato il processo di revisione della legislazione regionale in materia di immigrazione al fine di renderla più coerente con gli obiettivi programmatori.
*L'attività dell'**Osservatorio Regionale per l'integrazione e la Multiculturalità**, dovrà provvedere a fornire un quadro informativo integrato, sufficientemente ampio e attendibile, sulla popolazione immigrata e sul grado di interrelazione con la società di accoglienza: La raccolta sistematica degli elementi di conoscenza sulla popolazione immigrata, sui fenomeni e sugli interventi costituirà il supporto alla programmazione regionale dei flussi e alla gestione del processo migratorio in funzione con una gestione compatibile con le esigenze territoriali.*

marche

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **39.211**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **9.350**
- % donne tra gli extracomunitari: **46,6**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **2,9**
- differenza % 2000-2001: .....**+ 1,1**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **2,7**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 2 del 02.03.1998:
Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati

DESTINATARI
(art. 2):
destinatari degli interventi previsti dalla presente legge sono gli immigrati provenienti dai paesi non appartenenti all'Unione Europea e le loro famiglie che risiedono o dimorano nel territorio regionale.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 3, c. 1, c. 2 punti l), m), n)):
1. è istituita presso la Giunta regionale la Consulta regionale degli immigrati.
2. La Consulta è composta da:
l) un solo rappresentante per ciascuna comunità nazionale di provenienza, eletto dalle relative Associazioni iscritte al registro regionale delle Associazioni di immigrati: (1)
(1) un rappresentante della federazione e delle Associazioni multietniche, iscritte al Registro regionale delle Associazioni di immigrati.
m) un rappresentante per ogni centro di servizi e di prima accoglienza istituiti sul territorio regionale;
n) otto rappresentanti delle associazioni del volontariato, due per ogni provincia, designati dalle associazioni stesse.
(art.5 c. 1, punti a), b), c. 2 punti a), d)):
1. la Consulta Regionale degli immigrati esprime pareri in ordine: a) alle iniziative ed agli interventi regionali in materia di immigrazione, nell'ambito dei piani e dei programmi in materia socio-sanitaria, orientamento professionale, formazione professionale, diritto allo studio, educazione permanente, edilizia residenziale pubblica;
b) al programma triennale regionale degli interventi di cui all'art.6.
2. La Consulta regionale degli immigrati, di concerto con gli enti locali interessati, formula proposte riguardanti:
a) gli studi, le ricerche e le indagini sul fenomeno migratorio;
d) le iniziative e i provvedimenti della Regione e degli enti locali volti a garantire i diritti degli immigrati in campo sociale, culturale, scolastico, sanitario, abitativo, economico e religioso.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', CON ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 9, c. 1, c. 2):
1. la Giunta Regionale, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, delibera l'istituzione del registro regionale delle associazioni degli immigrati provenienti da paesi non appartenenti alla UE, determinandone criteri e modalità per l'iscrizione.
2. L'iscrizione al registro di cui al comma 1 è condizione per la designazione dei rappresentanti di cui all'art. 3, comma 2, lettera 1) e per la concessione alle associazioni di contributi regionali per progetti a sostegno delle attività associative.
(art. 16, c. 2):
Per la gestione dei centri d'accoglienza ed i servizi, i Comuni e le Comunità montane possono convenzionarsi anche con le associazioni iscritte al registro di cui all'articolo 9, nonchè con le organizzazioni senza scopo di lucro che svolgono e promuovono attività assistenziali di solidarietà e tutela nei confronti degli immigrati.

TUTELA DELLA SALUTE
(art. 1, c. 2 punto a)):
(...) la Regione attua e sostiene iniziative volte ad assicurare: a) la tutela del diritto al lavoro, allo studio, alla formazione professionale, all'abitazione, alle prestazioni sociali e sanitarie.
(art. 12, c. 1, c. 2, c. 3, c. 4, c. 5, c. 6, c. 7):
1.La Regione assicura ai soggetti di cui all'articolo 2, la fruizione delle prestazioni sanitarie presso i presidi del servizio sanitario nazionale nei limiti e con le modalità previste per i cittadini residenti.
2. La tutela ed il controllo sanitario vengono ulteriormente garantiti attraverso l'inserimento degli stessi nelle campagne di prevenzione collettiva e di indagini epidemiologiche promosse dalle varie strutture sanitarie locali, ivi comprese anche le campagne di educazione sanitaria e di prevenzione.
3. Le modalità di attuazione dei programmi di cui ai commi 1 e 2 sono indicate dalla Regione in accordo con la normativa nazionale per i cittadini italiani.
4. Le aziende sanitarie e ospedaliere sono tenute a preveder e comunicare con relazione annuale alla Regione le modalità ed i percorsi previsti per l'accesso alle prestazioni.
5. Le aziende sanitarie e ospedaliere sono tenute ad assumere tutte le iniziative che consentono la trasparenza e la fruibilità degli accessi, come previste dalla carta dei servizi.
6. La Regione promuove attività formative in ambito specifico per gli operatori socio-sanitari, allo scopo di migliorare la capacità di lettura, interpretazione e comprensione delle differenze culturali che investono i concetti di salute, malattie e cura.
7. La Regione promuove direttamente o attraverso le Aziende sanitarie ed ospedaliere, organismi nazionali e internazionali, associazioni di volontariato che operano in ambito specifico, seminari periodici di alto livello rivolti ai responsabili dai servizi sanitari.

(art. 20, c. 1, c. 2):
1. I destinatari della presente legge, vittime di situazioni di violenza o di grave sfruttamento, possono beneficiare di uno speciale programma di assistenza e di integrazione sociale.
2. Nel programma triennale regionale si prevedono interventi di accoglienza, di rieducazione e di inserimento socio-lavorativo per le persone vittime di abusi.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Legge Regionale n. 34 del 20.10.1998
Suppl. n. 23 al B.U.R. n. 91 del 29.10.1998
Piano sanitario regionale 1998-2000

Delibere Giunta regionale

n. 1889 del 21.7.1997
DPR 484/96 - assistenza di medicina generale nelle località turistiche ed in favore dei cittadini stranieri.

n. 254 del 16.6.1999
Programma triennale regionale degli interventi e delle attività a favore degli immigrati provenienti dai paesi non appartenenti all'Unione Europea e delle loro famiglie per gli anni 1999/2001.

n. 1923 del 26.7.1999
L. 449.97 interventi sanitari di alta specializzazione in favore di cittadini stranieri extra-comunitari che chiedono l'ingresso in Italia per cure mediche - criteri per l'accesso.

COMMENTO

L'iter normativo della Regione si contraddistingue per l'emanazione della **Legge regionale 2/1998** temporalmente sovrapposta alla normativa nazionale ma che prende spunto dalle precedenti leggi in materia e nella sostanza ha anticipato soprattutto in ambito sanitario, le importanti innovazioni introdotte dalla legge 40 del 1998.
Superando l'eterogeneità dei destinatari della legge regionale precedente è stata attuata una normativa specifica solo per gli immigrati provenienti dai paesi non appartenenti all'Unione Europea e le loro famiglie che risiedono o dimorano nel territorio regionale.
Anche la Consulta regionale strutturata in due sezioni, una per i problemi dell'immigrazione, una dell'emigrazione, è stata sostituita con una Consulta regionale degli immigrati. Tale Consulta è composta da persone che per la loro esperienza nel campo possono dare un valido apporto in termini di programmazione delle politiche migratorie.
In particolare è stato istituito un registro regionale delle associazioni degli immigrati a cui iscriversi diventa requisito essenziale per la designazione dei propri rappresentanti nella Consulta regionale e per usufruire della concessione di contributi regionali per i progetti a sostegno delle attività associative. Viene così valorizzato l'associazionismo per facilitare il percorso d'integrazione dell'immigrato.
Nell'articolo specifico dell'assistenza sanitaria si parla di campagne di prevenzione collettiva e di indagini epidemiologiche, comprese le campagne di educazione sanitaria e di prevenzione, di promuovere attività formative specifiche per gli operatori socio-sanitari indispensabili per migliorare la capacità di lettura, interpretazione e comprensione delle differenze culturali intrinseche nel concetto di salute. Infine la Regione, per stimolare l'aggiornamento dei responsabili dei servizi sanitari, promuove seminari periodici di alto livello o direttamente o attraverso le aziende sanitarie, gli organismi nazionali, internazionali e le associazioni del volontariato che operano in ambito specifico.
L'impronta innovativa che caratterizza la legge regionale si evidenzia anche dall'art. 20 "Protezione sociale" che ha posto una particolare attenzione alla tutela di coloro che sono vittima di situazioni di violenza o grave sfruttamento. Un riguardo specifico è rivolto alle donne e ai minori stranieri vittime del traffico dello sfruttamento sessuale; per loro sono stati attivati, anche attraverso incentivi agli enti locali, progetti mirati a creare occasioni di accoglienza, rieducazione e reinserimento. A questo proposito si evidenziano due progetti che ci sono pervenuti. Il progetto "Protezione Sociale" della provincia di Ancona attivato con il supporto della Caritas Diocesana di Ancona-Osimo e la relazione dell'attività 1998 dell'associazione "On the Road"- Provincia di Ascoli Piceno riguardante gli interventi nella Provincia di Ascoli Piceno e di Macerata mirati a realizzare un progetto regionale: "Strade-Intervento sociale di rete nella prostituzione". Questo progetto nato a fronte degli sviluppi di tale fenomeno in diverse aree della Regione è stato sviluppato attraverso il raccordo di diversi soggetti (Regione Marche, Assessorato Sanità e Servizi Sociali, Settore immigrazione; amministrazioni provinciali di Pesaro, Ancona, Macerata, Ascoli Piceno; Enti locali; Privato sociale: Associazione "On the Road" e Caritas Diocesana di Ancona).
È anche interessante segnalare la **DCR n. 254 del 16.06.1999** "Programma triennale regionale degli interventi e delle attività a favore degli immigrati provenienti dai Paesi non appartenenti all'Unione Europea e delle loro famiglie per gli anni 1999-2001" che ha inteso *"individuare tutte le possibilità di intervento che rendono effettiva l'integrazione degli immigrati presenti nelle Marche, garantendo loro omogeneità di trattamento rispetto agli altri cittadini. Chiaramente la gestione degli interventi è affidata agli Enti locali che in collaborazione con le Associazioni d'immigrati ed altri organismi che svolgono la loro attività a favore degli immigrati, rendano effettivo l'obiettivo di rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono il pieno riconoscimento dei diritti degli stranieri".*
Da evidenziare infine come già dal 1997 la Regione si fosse attivata (**DGR n. 1889 del 21.07.1997**) per garantire assistenza sanitaria di base agli stranieri temporaneamente presenti, dando mandato ai direttori generali delle Aziende sanitarie di istituire a livello distrettuale ambulatori di medicina generale destinati a questa popolazione.

molise

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **2.130**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **392**
- % donne tra gli extracomunitari: **51,0**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **0,2**
- differenza % 2000-2001: .....**+ 4,5**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **0,2**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Non è giunta alla nostra osservazione alcuna normativa regionale in tema di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata e nomade; in particolare nell'ambito della legislazione in tema di migrazione, la Legge Regionale n. 12 del 1989 ed il Regolamento d'attuazione n. 3 del 10.12.1993 presenta riferimenti solo alla popolazione emigrata.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Del. C.R. n. 505 del 30.12.1996
Piano Sanitario regionale – Anni 1997-1999

COMMENTO

La Regione Molise non ha mai prodotto una legislazione specifica sull'immigrazione, né sul tema di interventi per la popolazione nomade. Esiste una legge regionale (n. 12/1989), con un suo regolamento di attuazione (B.U.R. Molise n. 3 del 10.12.93), specificatamente dedicata alla popolazione molisana emigrata rientrata nel territorio regionale.

piemonte

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **95.872**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **22.062**
- % donne tra gli extracomunitari: **44,7**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **7,1**
- differenza % 2000-2001: .....**+ 14,4**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **2,2**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 64 del 8.11.1989

Interventi regionali a favore degli immigrati extracomunitari residenti in Piemonte

DESTINATARI
(art. 2):
le provvidenze e gli interventi previsti alla presente legge sono riferiti agli extracomunitari immigrati in Piemonte ed ivi residenti, in regola con il permesso di soggiorno salvo quanto disposto dall'art. 16 della L.R. 20/82 e successive modificazioni ed integrazioni, limitatamente agli interventi socio-assistenziali.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 4):
(omissis). La consulta è composta: (omissis) g) da tre rappresentanti delle organizzazioni carattere nazionale maggiormente rappresentative e operanti sul territorio regionale a favore dei cittadini extracomunitari immigrati in Italia e delle loro famiglie. d) da 15 lavoratori rappresentanti delle organizzazioni regionali più significative, (omissis), che siano espressione delle maggiori comunità di immigrati extracomunitari residenti in Piemonte, (omissis), e che abbiano la reale rappresentanza dei cittadini immigrati; e) da 3 rappresentanti delle organizzazioni miste degli italiani ed extracomunitari (omissis) che operino a favore degli immigrati extracomunitari in Piemonte e delle loro famiglie. (c. 5) (omissis)Sono altresì sempre invitati all'interno della Consulta i rappresentanti degli immigrati extracomunitari non stabilmente rappresentati al suo interno qualora la Consulta discuta di problemi che li riguardano in modo specifico e diretto. Essi non hanno il diritto di voto ma di parola.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 19):
la Regione riconosce la rilevanza e sostiene le funzioni di servizio sociale, culturale e assistenziale svolte dalle associazioni ed organizzazioni operanti con continuità e specificità a favore degli immigrati e delle loro famiglie al fine di assicurare ali stessi la tutela dei diritti civili e sociali. (c. 4) Alle associazioni iscritte nel già citato elenco la Giunta Regionale può concedere specifici contributi a fronte delle realizzazioni di iniziative dirette agli immigrati di cui alla presente legge ed anche nel settore socio-assistenziale.

TUTELA DELLA SALUTE
(art. 8, punto c):
la consulta ha il compito di: c) formulare proposte sul potenziamento dei servizi sociali esistenti sul territorio regionale (omissis) al fine di sopperire ai bisogni della collettività nelle quali è più rilevante la presenza di immigrati extracomunitari e delle loro famiglie; l) segnalare alla giunta regionale iniziative e provvedimenti atti a soddisfare i principali bisogni in campo scolastico-linguistico, sanitario, abitativo, al fine di salvaguardare i diritti civili degli immigrati extracomunitari.
(art. 10, punto h), i)):
la Regione, avvalendosi anche della collaborazione degli Enti Locali e delle Associazioni degli immigrati promuove, coordina, realizza secondo le condizioni previste nel programma di attuazione, interventi organici anche in concorso con programmi locali, nazionale e comunitari a favore degli stranieri immigrati, aventi lo scopo di: h) promuovere interventi socio-assistenziali a favore degli immigrati in condizioni di bisogno; i) promuovere iniziative volte a rendere effettivo il diritto all'assistenza sanitaria ed ai servizi sociali previsti per i cittadini piemontesi con particolare riferimento all'inserimento sociale delle donne immigrate ed alla tutela della maternità.
(art. 11):
la Regione, tramite le USL o i comuni, attua a favore degli immigrati residenti in Piemonte che si trovino in condizioni di bisogno gli interventi socio-assistenziali di cui alla L.R. 23.08.1982, n. 20 (2), secondo quanto stabilito dall'art. 16 della legge medesima. La legge 20/82 è stata sostituita dalla L. R. 13.04.95, n. 62, che all'art. 21 prevede: tutte le persone dimoranti nel territorio della Regione hanno comunque diritto agli interventi socio-assistenziali non differibili.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
L. R. n. 61 del 15.10.1997
Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999

Delibere Giunta Regionale

n. 123-31123 del 22.08.1989
Iscrizione all'anagrafe assistibili dei lavoratori extracomunitari e loro familiari.

n. 10-42504 del 16.01.1995
Costituzione di una commissione regionale per la promozione della salute straniera in Piemonte.

n. 56-10571 del 15.07.1996
D.L. 17 maggio 1996 n. 269 - disposizioni di attuazione art. 13 concernente erogazione prestazioni assistenza sanitaria a stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale. Spesa di £. 500.000.000 (cap. 12292/96).

n. 138-19691 del 2.06.1997
DGR n. 56-10571 del 15.07.1996 recante disposizioni di attuazione art. 13 D.L. 17.05.1996 n. 269 e successive reiterazioni. Erogazione prestazioni assistenza sanitaria a stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale. Rinnovo commissione e gruppo di lavoro per la sperimentazione.

Progetti Regionali

- Istituzione dello sportello ISI (Informazione Salute Immigrati), finanziato attraverso la LR 64/1989.

COMMENTO

La legge regionale considera come destinatari gli immigrati residenti ed in regola con il permesso di soggiorno, ma per quanto riguarda l'assistenza sanitaria viene fatto riferimento ad altre norme regionali, decisamente più recenti (**L.R. n. 62/95**), influenzate dall'evoluzione del tema in campo legislativo nazionale, all'interno delle quali, per gli interventi sanitari non differibili devono essere tutelati tutti gli stranieri, a prescindere dal loro status giuridico.
La L. R. 62/95 non è arrivata alla nostra attenzione da parte dei referenti regionali che nel corso dei contatti ci hanno fatto sapere della sostanziale immutabilità della legislazione regionale in materia di immigrazione extracomunitaria con riferimento alla legge Regionale 64/89 (Fax del 24.05.1999, Dirigente del settore programmazione e promozione interventi a sostegno della persona e della famiglia e per la qualificazione del personale socio-assistenziale): la carenza nella riproduzione delle normative più recenti potrebbe essere riconducibile ad una certa difficoltà nell'interagire se appartenenti ad ambiti amministrativi differenti.
Da segnalare all'interno della normativa vigente la disponibilità delle strutture amministrative a collaborare con associazioni ufficialmente riconosciute, con le quali non viene specificato se instaurare dei veri e propri rapporti di convenzione, per cui la collaborazione appare limitata a singoli progetti.
Per quanto riguarda il tema della salute la collaborazione con i referenti ha portato alla nostra attenzione la **Delibera della Giunta n. 56-10571 del 15.07.1996** che determina misure organizzative e modalità operative per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria a stranieri temporaneamente presenti sul territorio regionale, chiarendo agli operatori degli sportelli ISI (Informazione Salute Immigrati) le modalità di attuazione dei provvedimenti nazionali relativi alla fruibilità dell'assistenza sanitaria.
Anche nella **Legge regionale n. 61 del 15.10.1997** "Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999", nel capitolo relativo all'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti, si fa riferimento *"all'attivazione sperimentale, a durata annuale, presso le ASL individuate a livello provinciale, di Centri di Informazione Salute Immigrati (ISI) con compiti di informazione, promozione, educazione sanitaria e formazione permanente, organizzazione dell'erogazione delle prestazioni, raccolta e trasmissione dati economici-epidemiologici e rapporti con le associazioni".*

puglia

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **32.590**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **6.825**
- % donne tra gli extracomunitari: **35,7**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **2,4**
- differenza % 2000-2001: .....**- 1,6**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **0,8**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 26 del 15.12.2000

Conferimento di funzioni e compiti amministrativi in materia di immigrazione extracomunitaria.

DESTINATARI
(art. 2, c.1 e c. 2)
1. Accedono ai beni e ai servizi di cui alla presente legge gli immigrati ospitati temporaneamente nei centri di accoglienza e gli immigrati provenienti da Paesi non appartenenti all'Unione europea, che dimorano o risiedono nel territorio della Regione Puglia e che dimostrino di aver rispettato le disposizioni del Testo Unico sull'immigrazione, contenute nel decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. Sono considerati immigrati, ai fini della presente legge, i soggetti previsti all'articolo 29 del D. Lgs. 286/1998.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 6, c. 1, c. 2 punti a))
1. E' istituita la Consulta regionale dell'immigrazione extracomunitaria.
2. La Consulta regionale (.....) è composta:
a) da un rappresentante per ciascuna collettività di immigrati extracomunitari, costituita in associazione regionale e iscritta all'albo di cui all'articolo 9. I predetti rappresentanti non possono comunque superare il cinquanta per cento dei componenti effettivi della Consulta; è garantita la presenza di etnie diverse fra loro.
(art. 7, c. 1 punto a), b), d), g))
1.Alla Consulta sono attribuiti i seguenti compiti:
a) promuovere fra gli immigrati, attraverso i programmi di cui agli articoli 4 e 5, un'adeguata informazione sulle condizioni di vita e di lavoro nella Regione;
b) esprimere pareri e formulare proposte in ordine agli atti legislativi e amministrativi regionali, per i profili riguardanti l'immigrazione extracomunitaria;
d) collaborare, su richiesta della Giunta Regionale, alla realizzazione di iniziative concernenti le problematiche connesse all'immigrazione;
g) proporre alla Regione iniziative, anche nei confronti del Parlamento e del Governo, concernenti questioni di ordine economico, sociale, previdenziale e assistenziale, da realizzare anche d'intesa con gli Stati dai quali gli immigrati provengono.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', CON ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 3, c.1, c. 4)
1. Le iniziative e le attività previste dalla presente legge sono realizzate sulla base della rilevazione dei bisogni operata dagli enti locali, dalle associazioni e dalle forze sociali, per conseguire un'azione territorialmente equilibrata e integrata.
4. Per la realizzazione delle attività i Comuni possono stipulare convenzioni con istituzioni, enti e associazioni, in relazione alle materie di intervento.
(art. 4, c. 1)
1. La Regione partecipa a iniziative nazionali e comunitarie, promuove con propria dotazione finanziaria specifici progetti.
(art.9, c. 1 e c. 2)
1. Resta in vigore l'Albo delle Associazioni degli immigrati extracomunitari, istituito ai sensi della legge regionale 11 maggio 1990, n. 29. La tenuta dell'Albo può essere disciplinata nel dettaglio dalla Giunta Regionale con apposito regolamento.
2. L'iscrizione all'albo di cui al comma 1 è condizione per la designazione dei rappresentanti di cui all'articolo 6, alla lettera a).
(art.10, c.1 e c. 2)
1. E' istituito l'Albo regionale dei centri di accoglienza.
2. La Giunta Regionale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, approva un regolamento contenente i criteri strutturali e gestionali cui i centri devono uniformarsi per ottenere l'iscrizione all'Albo e le modalità di iscrizione.

TUTELA DELLA SALUTE
Non sono presenti articoli specifici sulla salute.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Del. C.R. n. 2087 del 27.12.2001
Piano sanitario regionale 2002-2004 e Piano regionale di salute. Adozione definitiva a seguito di integrazioni al progetto di Piano di cui alla DGR 28 novembre 2001, n. 1697

Nota Assessorato Sanità - Servizi Sociali Settore Sanità Regione Puglia

Prot. n. 24/10782/8,16 del 25.5.2000
D. Lgs. 25.7.1998 n. 286. "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Nuova regolamentazione in materia di assistenza sanitaria

COMMENTO

Nonostante comprendiamo la particolare situazione in cui si trova la Regione per il continuo afflusso di profughi, proprio perchè maggiormente coinvolta dal fenomeno immigratorio, avremmo sperato in una più proficua collaborazione per cogliere suggerimenti positivi dalla loro maturata esperienza.
Tuttavia riteniamo interessante sottolineare che è stata l'unica Regione ad avere prodotto una nuova legge regionale dopo l'emanazione del Testo Unico sull'immigrazione ed il relativo Regolamento d'attuazione. Tale Legge ha dato ampio spazio alle azioni e agli interventi di competenza dei comuni e alla programmazione degli interventi di competenza delle regioni, nonché alla Consulta regionale dell'immigrazione extracomunitaria e al suo funzionamento.
Nessun cambiamento rilevante invece, si è avuto in ambito sanitario, anzi nonostante sia stato abrogato l'art. 8 della L. 29/1990 relativo alla tutela della salute, nella nuova legge manca un articolo in merito.
Da alcuni incontri locali abbiamo comunque potuto verificare l'intenso impegno delle Istituzioni pubbliche e del privato sociale nel garantire il diritto della salute di profughi ed immigrati. In particolari l'Università di Bari, in collaborazione con le Asl locali, ha prodotto e realizzato vari protocolli di screening e monitoraggio delle condizioni di salute dei profughi sia in Puglia sia in Albania; a Foggia è presente una interessante esperienza di orientamento e promozione dei diritti , anche sanitari, a favore dei cittadini immigrati
Inoltre l'Assessorato alla Sanità – Servizi Sociali della Regione ha prodotto una **nota prot. n. 10782 del 25.05.2000** in cui, preso atto delle innovazioni riguardanti l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri sul territorio nazionale apportate dalla nuova normativa nazionale, ha inteso fornire ulteriori chiarimenti circa l'osservazione di alcuni aspetti procedurali che, all'atto dell'iscrizione al SSN, potrebbero ingenerare qualche perplessità negli operatori delle strutture preposte all'utenza straniera.
Un ulteriore segnale positivo dalla Regione si è avuto dal nuovo **Piano sanitario regionale 2002-2004** - Piano della Salute e Sistema integrato di Interventi e Servizi Sociali - in cui tra l'assistenza alle categorie particolari sono stati inseriti anche gli stranieri extracomunitari non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.
Nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione che garantisce il diritto alla tutela della salute a tutti gli "individui" e per i riflessi di tipo epidemiologico che ne comporta la relativa tutela, la Regione Puglia provvederà a realizzare quanto previsto all'art. 35 del D.lgs n. 286 del 25.07.1998 che prevede forme di assistenza sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri non iscritti al SSN, consistenti in:

- interventi di medicina preventiva;
- tutela della gravidanza;
- tutela della salute dei minori;
- vaccinazioni;
- profilassi internazionale;
- prevenzione diagnosi e cura delle malattie infettive.

La realizzazione di questi interventi potrà essere realizzata concretamente, attraverso una capillare opera di educazione e sensibilizzazione che veda impegnate le strutture del Dipartimento di prevenzione, distrettuali ed ospedaliere, con l'imprescindibile collaborazione dei Comuni e delle Associazioni di volontariato.

Sardegna

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **11.265**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **1.899**
- % donne tra gli extracomunitari: **38,5**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **0,8**
- differenza % 2000-2001: .....**- 1,6**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **0,7**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 46 del 24.12.1990

Norme di tutela e di promozione di condizioni di vita dei lavoratori extracomunitari in Sardegna

DESTINATARI
(art. 4):
gli interventi di cui alla presente legge sono destinati agli immigrati provenienti da paesi extracomunitari che dimorino in conformità alla vigente legislazione, nel territorio della Sardegna per motivi di lavoro o di studio ed a coloro che di fatto si trovino nella condizione di rifugiati e che per motivi politici o religiosi, per razza o per l'appartenenza ad un gruppo nazionale o etnico nel paese d'origine non possano esercitare i diritti fondamentali riconosciuti dalla nostra Costituzione.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 10):
è istituita la consulta per l'immigrazione con i seguenti compiti: (omissis) *b) formulare il programma annuale di intervento di cui al precedente art. 7.*
(art. 11, c. 1, punto b e f):
sono componenti della Consulta per l'immigrazione: (omissis) *b) sei rappresentanti dei lavoratori extracomunitari* (omissis); *f) tre rappresentanti designati a turno dalle associazioni che operano nel campo dell'assistenza all'emigrazione ed all'immigrazione.*

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 9, c. 1):
per l'espletamento dei compiti di cui alla presente legge, l'assessorato al lavoro, formazione professionale, cooperazione e sicurezza sociale si avvale delle proprie strutture tecnico-amministrative e di consulenti esterni convenzionati.

TUTELA DELLA SALUTE
(art. 5, c. 1, punto b):
la Regione opera (omissis) *perché agli stranieri di cui all'art. 4 ed ai loro familiari sia garantito il diritto di fruire, in termini di effettiva parità:* (omissis) *b) dei servizi sanitari di diagnosi e cura erogati dalle USL ai sensi della legge di conversione 28.02.1990, n. 39.*

COMMENTO

La tutela della salute viene garantita in ambito regionale a tutti gli immigrati extracomunitari che dimorino nel territorio regionale, in regola con la normativa sul soggiorno.
Piuttosto ridotto in termini di contenuto appare l'esplicitazione della garanzia della salute, che fa riferimento alla legge nazionale 39/90, per quanto riguarda l'erogazione di servizi sanitari di diagnosi e cura garantiti dalle ASL: un richiamo così esplicito alla legge nazionale, rende la legge regionale assolutamente inadeguata rispetto ai nuovi concetti espressi nel TU per l'immigrazione.

Sicilia

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **47.904**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **12.960**
- % donne tra gli extracomunitari: **40,2**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **3,5**
- differenza % 2000-2001: .....**- 3,8**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **0,9**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

La normativa vigente è stata emanata precedentemente al 1988 con L.R. n. 55 del 04.06.1980.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Approvato dalla Giunta Reg. di Gover. nella seduta del 27.04.2000 e con **Decreto Presidenziale del 11.05.2000**
Piano sanitario regionale 2000-2002

D.A. n. 4589 del 30.01.1993
Identificazione del Centro Regionale di riferimento e coordinamento per la medicina delle Migrazioni.

D.A. n. 30447 del 28.10.1999
Riconoscimento del Centro di riferimento regionale per la Medicina dei Viaggi, del Turismo e delle Migrazioni.

Circolari

Gruppo 38 IRS, n. di prot. 4N38/467 del 28.10.1998
Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri.

Gruppo 8, n. di prot. 1N8/6061 del 07.12.1999
DPR 394/99 Regolamento di attuazione del T.U. delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione.

Nota dell'Assessorato Sanità

Prot. 1243 del 15.11.2000
Riscontro alla Circolare 24 marzo 2000, n. 5 del Ministero della sanità
Risposta dell'Azienda Ospedaliera "Papardo" del 28.11.2000
Riscontro alla Circolare 24 marzo 2000, n. 5 del Ministero della sanità. (contiene nota operativa 1241 SEF del 4.10.2000: disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero e disposizioni in materia di assistenza sanitaria: nota operativa)
Nota dell'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza Di II Livello "V. Cervello"
Prot. N. 678 del 22.02.2001. Comunicazioni in merito alla Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 – Assistenza sanitaria di cittadini stranieri.

COMMENTO

La normativa vigente è stata emanata precedentemente al 1988. L'unico materiale successivo a quell'anno sono 6 circolari di cui 4 non riguardanti l'ambito sanitario. Esse dispongono sull'istituzione dei centri di prima accoglienza a favore degli immigrati extracomunitari e le loro famiglie e sugli indirizzi relativi all'erogazione dei contributi per tali centri.
Di tipo informativo sanitario è la **circolare Gruppo 38 IRS, prot. n. 4n38-1467/1998**: "Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri" in cui sono riportati i contenuti degli art. 32, 33, 34 della Legge n. 40 del 6 Marzo 1998: "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" che ha provveduto a dare una nuova organica disciplina alla materia riguardante l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri.
Di interesse sanitario è anche la **circolare Gruppo 8, prot.1N8/1999** che recepisce le modalità applicative dettate dal Regolamento d'Attuazione.
"Le SS.LL. avranno cura, nell'applicazione dei già citati art. 42 e 43 del D.P.R. 394/99, di attenzionare il comma 3 dell'articolo 43 ceh prevede che la prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti degli stranieri privi di permesso di soggiorno vengano effettuate, nei limiti indicati dall'articolo 35, comma 3 T.U., utilizzando il codice regionale per la cittadinanza con sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente).
Tale codice identificativo e la compilazione corretta dei tracciati record delle attività sanitarie erogate agli stranieri di cui all'articolo 43 sucitato ..., consentirà a questa Amministrazione d'effettuare l'erogazione delle somme agli enti eroganti le prestazioni stesse".

Inoltre si richiamano **3 note**, 1 dell'Assessorato alla sanità regionale e 2 di Aziende ospedaliere, in cui si fa esplicito richiamo alla circolare n. 5 del 24.03.2000 del Ministero della sanità.
Tale carteggio nasce dalla segnalazione da parte di alcune associazioni di volontariato, operanti in Sicilia nell'ambito dell'assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel nostro paese senza il regolare permesso di soggiorno, di inapplicazione delle norme nazionali.

Segnaliamo anche due decreti:
- D.A. n. 4589 del 30.01.93: "Identificazione del Centro Regionale di riferimento e coordinamento per la Medicina delle Migrazioni".
Tale centro avrà il compito di organizzare tutti gli scambi di carattere clinico e scientifico utili all'aggiornamento e perfezionamento sulla Medicina delle Migrazioni, operando in stretta collaborazione con l'Ispettorato Regionale Sanitario, ed i gruppi dello stesso, competenti per materia e in particolare il gruppo Medicina Sociale ed i gruppi dell'OER.

Il centro avrà, altresì, il compito, di concerto con l'Ispettorato Regionale Sanitario, di coordinare tutte le attività di volontariato rivolte all'assistenza sanitaria delle popolazioni extracomunitarie a qualsiasi titolo presenti nel territorio regionale.

- D.A. n. 30447 del 28.10.99: "Riconoscimento del Centro di riferimento regionale per la Medicina dei Viaggi, del Turismo e delle Migrazioni".

Il Centro di riferimento regionale per la Medicina dei viaggi, del Turismo e delle Migrazioni invierà all'Assessorato alla Sanità, al termine di ogni anno, una relazione da cui si possa rilevare l'attività svolta e l'attività programmatoria per l'anno successivo ed all'O.E.R. i dati epidemiologici ai fini della programmazione sanitaria.

Infine riteniamo interessante fare un richiamo al **Piano sanitario regionale 2000-2002**, nel quale sono presenti precisi riferimenti agli stranieri irregolari. Nonostante i principi ispirativi provengano dal D.lgs 18.11.1995 n. 489: "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea", ormai decaduto da tempo, è significativo che l'assistenza sanitaria di base venga garantita a tutta la popolazione presente sul territorio a qualunque titolo.

Viene riconosciuto il diritto d'accesso alle prestazioni sanitarie ordinarie e continuative e non, come nel passato solo quelle che rivestono carattere d'urgenza. In particolare si riconosce il diritto d'accesso alle prestazioni di tipo preventivo, comprese le vaccinazioni e le norme di salvaguardia della salute della madre e del bambino, indipendentemente dalla posizione nei confronti del permesso di soggiorno. Si ritiene, infatti, che in tale maniera si riconosca il diritto alla salvaguardia della salute a cittadini che si trovano già in condizioni di notevole disagio e per ciò stesso a rischio di malattia e, nel frattempo, si ottempera ad una delle più importanti attività di sanità pubblica, quale la corretta identificazione ed il trattamento delle patologie diffusive. A questo proposito una particolare attenzione viene riservata alla Tubercolosi.

Ciò comunque non è bastato ad attivare procedure e prassi che garantiscano effettivamente il godimento di questo diritto nella Regione, ed al di là dell'impegno spesso isolato di alcuni operatori, non ci sembra che la Regione abbia politiche effettivamente efficaci.

toscana

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **94.467**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **21.761**
- % donne tra gli extracomunitari: **44,7**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **7,0**
- differenza % 2000-2001: .....**- 17,8**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **2,7**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 22 del 22.03.1990

Interventi a sostegno degli immigrati extracomunitari in Toscana

Modifiche

n. 29 del 06.07.1992

Modifiche ed integrazioni alla L.R. 22/90: Interventi a sostegno degli immigrati extracomunitari in Toscana.

n. 61 del 30.04.1990

Modifiche ed integrazioni alla L.R. n. 70, 06.12-.1984, concernente il piano sanitario regionale e il piano regionale dei servizi sociali.

Altre leggi in materia

n. 72 del 03.10.1997

Organizzazione e promozione di un sistemi di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati.

DESTINATARI

(art. 2):

la presente legge è destinata agli immigrati ed alle loro famiglie che provengono da paesi extracomunitari e che dimorano nel territorio regionale.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA

La legge regionale n. 72/97 abroga gli articoli della L.R. 22/90 relativi alla Consulta dell'immigrazione ed inserisce in compenso un articolo specifico sulle politiche per l'immigrazione (art. 33, L.R. n. 72/97). Inoltre è previsto che le Associazioni regionali degli immigrati nominino 4 propri rappresentanti nella Commissione regionale per le politiche sociali (art. 63, L.R. n. 72/97).

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', CON ENTI O ASSOCIAZIONI

(art. 10, c. 1, c. 2):

1. la Regione individua i propri interventi a favore dei lavoratori immigrati extracomunitari e delle loro famiglie, previe intese con gli Enti locali interessati, al fine di assicurare il coordinamento dei reciproci interventi e dell'utilizzazione delle relative risorse.

2. La Giunta regionale è incaricata di promuovere le intese di cui al precedente comma e di realizzare le eventuali opportune forme di coordinamento relative alle stesse intese.

TUTELA DELLA SALUTE

(art. 1, c. 2, punto a)):

le iniziative promosse dalla Regione sono, in particolare, rivolte:

a) (....) alle prestazioni sociali e sanitarie degli immigrati extracomunitari e delle loro famiglie.

(art. 12, c. 1, c. 3):

1. la Regione promuove ed incentiva l'istituzione, da parte dei Comuni, di centri di accoglienza, destinati in particolare a:

a) fornire informazioni e consulenza per l'accesso ai servizi socio-assistenziali e per l'adempimento dei doveri previsti dalla legislazione vigente, anche tramite consulenza legale;

b) assistere gli immigrati che si trovano in condizioni di disagio di particolare gravità, assicurando il soddisfacimento delle necessità fondamentali;

c) ospitare le attività delle Associazioni degli immigrati.

2. Per la gestione dei Centri di accoglienza, i Comuni possono convenzionarsi con Associazioni di volontariato di comprovata esperienza nell'attività di assistenza all'immigrazione extracomunitaria, nonchè con Associazioni riconosciute nell'Albo di cui al precedente art.5.

(art. 16, c. 1, c. 3):

1. i cittadini stranieri ed i loro familiari provenienti da Paesi verso i quali non sussiste trattamento di reciprocità, per il periodo della loro permanenza nel territorio regionale, sono ammessi, a condizione di parità con i cittadini italiani, alle prestazioni socio-assistenziali ed ai servizi sociali (...), accedono inoltre al servizio di asilo nido. Nella predisposizione degli interventi in materia di maternità, sessualità ed usi dei sistemi anticoncezionali, si dovrà tenere conto delle diversità culturali e religiose delle donne immigrate.

3. La Regione promuove le iniziative necessarie, volte alla tutela della salute degli immigrati extracomunitari dimoranti nel territorio regionale, anche attraverso rapporti convenzionali con le associazioni regionali del volontariato, iscritte all'albo regionale (...).

Altra Normativa

Piano sanitario regionale
Del. C.R. n. 60 del 09.04.2002

Piano sanitario regionale 2002-2004

Altre leggi in materia

n. 72 del 3.10.1997

Organizzazione e promozione di un sistemi di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati.

Delibere Consiglio Regionale

n. 76 del 10.03.1999
Attuazione Legge 6 marzo 1998, n. 40. Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero. Indirizzi per la programmazione degli interventi e ripartizione finanziamenti.

Delibere Giunta Regionale

n. 00452 del 12.05.1998
Autorizzazione ad Aziende Ospedaliere e CNR-CREAS di Pisa ad erogare a stranieri prestazioni rientranti in programmi assistenziali approvati ai sensi del comma 15, art. 32 Legge 449/97.

Note del Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà. Servizi Sanitari Territoriali ed Ospedalieri - Regione Toscana, Giunta Regionale

Prot. n. 105/24616/06.01 del 29.7.1999
Assistenza sanitaria di soggetti provenienti dalle zone di guerra dell'area balcanica.

Prot. n. 105/21584/06.05 del 14.7.2000
Attribuzione codice regionale agli stranieri temporaneamente presenti. Addebiti per prestazioni.

Circolare del Dipartimento del Diritto alla Salute e delle Politiche di Solidarietà.
Ufficio del Coordinatore - Regione Toscana, Giunta Regionale

n. 1, prot. n. 11/29703/6.32 del 27.7.1998
Applicazione Legge 6.3.1998 n. 40. Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.

COMMENTO

La Regione Toscana dimostra una spiccata sensibilità nei riguardi dell'immigrato come esplicitato nella **Legge n. 72/1997**, parte IV delle Politiche sociali integrate, dove inserisce un articolo specifico sulle politiche dell'immigrazione. Considerando ormai l'immigrato parte integrante del tessuto sociale locale, la Regione ha provveduto con tempestività ad uniformarsi all'orientamento della nuova normativa nazionale, come si evince dalla **Delibera Consiglio Regionale n. 76/1999** che fornisce gli indirizzi per la programmazione degli interventi e la ripartizione dei finanziamenti della L.N. n. 40/1998.
Pur tenendo presente il proprio orientamento riguardo alle politiche per l'immigrazione che la Toscana realizza con le procedure e le modalità del Piano integrato sociale regionale, gli interventi per l'immigrazione per l'anno 1999 sono individuati facendo riferimento ai 3 macro-obiettivi definiti nel Documento Programmatico di cui all'articolo 3 del D.lgs n. 286/1998.
Preso atto della difficoltà per l'immigrato di accedere ai servizi non ancora adeguatamente preparati ad interloquire con questa utenza, la Regione si impegna a rimuovere quanto prima tale causa di marginalizzazione.

Già il **Piano sanitario regionale 1999-2001** affida ai Consultori per immigrati il duplice compito di elaborare progetti mirati a specifiche problematiche sanitarie e di assicurare un'informazione ed un'accoglienza linguistico-culturale adeguate a questa nuova fascia della popolazione. Rilevante appare la figura del mediatore interculturale su cui la Regione vuole puntare per favorire la creazione di un rapporto relazionale fra l'utenza immigrata e i servizi pubblici.
In particolare in ambito sanitario, la legge regionale prende in considerazione tutti gli immigrati anche se con differenti modalità.
Per l'accesso ai servizi sanitari equipara l'immigrato extracomunitario al cittadino italiano, pone attenzione ad alcuni aspetti della salute quali la maternità e la sessualità tenendo conto delle diversità culturali e religiose delle donne immigrate. Promuove iniziative necessarie a tutelare gli immigrati irregolari almeno per l'assistenza sanitaria di base anche attraverso rapporti con le associazioni del volontariato.

Anche nei piani annuali degli interventi a sostegno degli immigrati extracomunitari in Toscana degli anni dal 1994 al 1999, finanziati dalla L.R. n. 22/1990; si percepisce chiaramente la consapevolezza maturata da questa Regione, secondo cui anche l'immigrato dovrà progressivamente avere accesso a tutti i diritti di cittadinanza, nell'ottica di creare una società multiculturale.

Sembra interessante segnalare la **Delibera Giunta Regionale n. 000452 del 12.05.1998** con la quale la Regione, in attuazione al comma 15 art. 32 Legge n. 449/97, approva programmi assistenziali formulati dalle Azienda Ospedaliere della Toscana e dal CNR-CREAS di Pisa per erogare prestazioni di alta specializzazione a favore di:
- cittadini provenienti da Paesi extracomunitari nei quali non esistono e non sono facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie;
- cittadini di Paesi, nei quali è difficoltosa l'assistenza sanitaria per contingenti ragioni politiche, militari o di altra natura.

Inoltre richiamiamo:
• la **Circolare n. 1 del 27.07.1998** che ha mirato a fornire alle Aziende ospedaliere indicazioni sulle procedure applicative riguardanti le innovazioni apportate in ambito sanitario dalla Legge sull'immigrazione (n. 40/98), in attesa dell'uscita del Regolamento d'attuazione;
• la **nota del 29.07.1999** sull'assistenza sanitaria di soggetti provenienti dalle zone di guerra dell'area balcanica;
• la **nota del 14.07.2000** sull'attribuzione del codice regionale agli stranieri temporaneamente presenti e sugli addebiti per le prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, erogate agli stranieri irregolari privi di risorse economiche sufficienti.

Infine riteniamo estremamente significativo il **Piano sanitario regionale 2002-2004** che non solo prevede un paragrafo specifico dedicato alla salute degli immigrati, ma si prefigge l'obiettivo di passare dall'erogazione di servizi di

emergenza e di prima accoglienza a servizi che tengano conto delle differenti identità dei nuovi utenti.

In particolare gli obiettivi specifici sono i seguenti:
- *realizzare in tutto il territorio regionale progetti aziendali tesi a garantire il diritto alla salute dei cittadini stranieri;*
- *riorientare i servizi tenendo conto della crescente presenza di stranieri, della difficoltà di accesso ai servizi di questi cittadini e della necessità di interventi mirati a specifiche realtà tecniche e culturali;*
- *valorizzare il ruolo del medico di medicina generale come soggetto primario responsabile della tutela della salute degli immigrati;*
- *sviluppare il raccordo con le strutture del volontariato, del privato sociale e con tutti gli enti pubblici e privati per realizzare l'integrazione delle politiche volte alla salute degli immigrati;*
- *attuare la Direttiva regionale sui programmi umanitari e di cooperazione internazionale, garantendo le cure mediche nelle strutture sanitarie regionali nell'ambito di tali programmi (Del. C.R. n. 279 del 28.12.2000);*
- *sviluppare specifici programmi di tutela della salute delle donne, dei bambini, della gravidanza rivolti alla popolazione degli immigrati.*

Gli strumenti per la realizzazione degli obiettivi sono i seguenti:
- *sviluppare strumenti epidemiologici per il riconoscimento e valutazione dei bisogni degli immigrati;*
- *realizzare l'iscrizione al servizio sanitario del 100% degli stranieri in possesso del permesso di soggiorno;*
- *attivare per i cittadini stranieri temporaneamente presenti l'acquisizione del tesserino per l'erogazione delle prestazioni sanitarie;*
- *garantire la presenza di guide informative ai servizi in lingua straniera, presso gli uffici relazioni con il pubblico e i punti informativi delle Aziende sanitarie, e favorire l'attivazione di un servizio di interpretariato o di mediazione culturale per i cittadini stranieri, in particolare per i gruppi etnici maggiormente presenti sul territorio della unità sanitaria locale, per consentire, in attuazione dell'articolo della legge n. 40 del 1998, la comunicazione fra utente ed operatori, perseguendo l'efficacia degli interventi sanitari nella consapevolezza delle specificità dello straniero;*
- *definire, nell'ambito del sistema regionale della formazione, l'esigenza formativa e le modalità di aggiornamento dell'interprete e del mediatore culturale onde consentire la loro qualificazione professionale;*
- *sviluppare politiche di formazione all'inter-cultura degli operatori socio-sanitari per adeguare le prestazioni ai bisogni dell'utenza e sensibilizzarli a culture e sistemi di cura diversi;*
- *favorire scambi culturali degli operatori con i paesi a più antica tradizione immigratoria per consentire un confronto sulla modalità di gestione delle tematiche inter culturali in sanità;*
- *favorire la formazione specifica del personale del SSR appartenente a gruppi etnici stranieri per consentire la facilitazione dei rapporti di reciprocità;*
- *realizzare specifiche iniziative di informazione e di educazione alla salute su tematiche relative alla tutela della salute nei luoghi di lavoro, alla salute collettiva, alla prevenzione delle malattie infettive;*
- *favorire la disponibilità delle medicine tradizionali di più antica esperienza e la loro articolazione con la medicina occidentale;*
- *facilitare il reinserimento sociale e lavorativo di stranieri trattati dal SERT e dalle strutture psichiatriche, superando le difficoltà amministrative.*

provincia autonoma di
trento

Trentino Alto Adige
- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **33.331**
- minori registrati all'inizio del 2001: **5.754**
- % donne: **39,3**
- % sul totale nazionale stranieri: **2,4**
- variazione % 2000-2001: .....**+ 0,4**
- % soggiornanti sulla popolazione (inizio 2001): **3,5**

Trento
- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2000: **14.920**
- % donne: **42,8**
- % soggiornanti sulla popolazione (inizio 2001): **3,1**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Provinciale n.13 del 02.05.1990
Interventi nel settore dell'immigrazione straniera extracomunitaria

DESTINATARI
(art.7, c. 1, c. 2):
1. sono destinatari (...) i cittadini extracomunitari immigrati dimoranti nel Trentino.
2. Gli apolidi, i profughi e i rifugiati possono beneficiare degli interventi di cui alla presente legge ove non usufruiscano di più favorevoli o analoghi benefici in forza della normativa comunitaria, statale e provinciale.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 2, c. 2, punto e)):
la Consulta è composta anche dai seguenti membri: e) nove rappresentanti designati dalle associazione previste dall'articolo 15, d'intesa tra loro, di cui almeno 6 cittadini extracomunitari immigrati.
(art. 3, c. 1, punti b), c), e)):
b) l'effettuazione di studi,indagini e ricerche sul fenomeno immigratorio, con particolare riferimento alla verifica periodica del fenomeno stesso nei suoi aspetti sociali ed economici,
c) la proposta di misure per la rimozione degli ostacoli che di fatto limitano l'uguaglianza fra i cittadini extracomunitari immigrati ed i cittadini italiani.
e)l'individuazione e la diffusione di strumenti idonei a favorire la conservazione dell'originaria identità culturale dei cittadini extracomunitari immigrati e a promuovere nel Trentino i valori del confronto multiculturale.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', CON ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 15, c. 1, c. 2 punti a), b)):
1. la provincia riconosce e sostiene le funzioni di servizio sociale, culturale, formativo ed assistenziale svolte da associazioni, fondazioni o da altri organismi privati, anche a carattere cooperativo, che operino, senza fine di lucro e con carattere di continuità, a favore degli immigrati extracomunitari e delle loro famiglie.
2. Per la realizzazione delle funzioni di cui al comma 1, la Provincia interviene a favore dei soggetti di cui al medesimo comma con:
a) la concessione di contributi per il sostegno delle loro attività;
b) la stipulazione di convenzioni per la realizzazione di iniziative o di interventi individuali dalla Giunta Comunale.

LA TUTELA DELLA SALUTE
(art. 9, c. 1, c. 2, c. 3, c. 4):
1. la provincia assicura ai lavoratori e ai cittadini extracomunitari immigrati iscritti nelle liste di collocamento nonchè ai loro familiari, l'iscrizione al servizio sanitario nazionale. Ai medesimi spettano le prestazioni sanitarie nei limiti e nella durata previsti per la generalità dei cittadini italiani.
2. I cittadini extracomunitari che hanno chiesto di regolarizzare la loro posizione ai sensi dell'art. 9, comma 1 del decreto legge 30 dicembre 1989 n. 416 e che non hanno diritto ad assistenza sanitaria ad altro titolo, sono a domanda assicurati presso il Servizio sanitario locale del comune di effettiva dimora.
3. I cittadini extracomunitari, anche se occasionalmente presenti sul territorio provinciale, sono ammessi comunque alle prestazioni urgenti di assistenza sanitaria di base, farmaceutica, specialistica ed ospedaliera ed inoltre ad azioni di prevenzione collettiva attivate nell'interesse della salute pubblica. Sono assicurati in tale ambito gli interventi di profilassi a mezzo vaccinazioni obbligatorie, gli accertamenti su malattie diffuse nonchè l'accesso ai presidi pubblici per la diagnosi e la cura di stati patologici collegati alla salute pubblica.
4. Sono comunque fatte salve eventuali disposizioni nazionali più favorevoli.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO PROVINCIALE
Del. G. Prov. n. 1354 del 02.06.2000
Disegno di legge n. 87: Approvazione del Piano sanitario provinciale per il triennio 2000-2002

Delibere Giunta Provinciale

n. 4589 del 04.06.1999
L.P. 2 maggio 1990 n. 13. Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri extracomunitari: assistenza sanitaria ai minori di nazionalità rumena.

n. 961 del 20.04.2000
Allegato A - Legge provinciale 2 maggio 1990, n. 13 (art. 16 comma 1): interventi nel settore dell'immigrazione straniera extracomunitaria.

Allegato B - Legge provinciale 2 maggio 1990, n. 13 (art. 16 comma 1 bis): interventi nel settore dell'immigrazione straniera extracomunitaria.

n.01860 del 23.07.2000
Assistenza sanitaria ai cittadini detenuti presso Istituti di pena della Provincia autonoma di Trento; recepimento dell'art.1, commi 5 e 6 del decreto legislativo 22 Giugno 1999, n.230.

Note

Prot. N. 3699/C.25 del 29.04.1998
Legge 6 marzo 1998, n. 40: "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero".

Prot. N. 516/ASS/25/LP/AT/mp del 15.07.1999
Ordinanza 26 marzo 1999. Disposizioni urgenti per fronteggiare un eventuale eccezionale esodo delle popolazioni provenienti dalle zone di guerra dell'area balcanica.
DPCM 12 maggio 1999. Misure di protezione temporanea, a fini umanitari, da assicurarsi nel territorio dello Stato a favore delle persone provenienti dalle zone di guerra dell'area balcanica.

Prot. N. 1318/ASS/25/LP/AT/mp del 05.05.2000
Decreto Legislativo 25 luglio 1998 n. 286 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero". Disposizioni in materia di assistenza sanitaria.

Disegno di legge sull'immigrazione
n. 128 del 29.05.2001: "Politiche per l'integrazione sociale degli stranieri e la convivenza interculturale". (Delibera Giunta Provinciale n. 1272 del 25.05.2001)

COMMENTO

Come si evince dall'art. 9 della **L.P. n. 13/90** la provincia di Trento si è preoccupata di emanare norme precise in ambito sanitario soprattutto per quel che riguarda le azioni di prevenzione collettiva.
I destinatari delle prestazioni si dividono sostanzialmente in due categorie:
1) i cittadini stranieri extracomunitari, iscrivibili al SSN al pari dei cittadini italiani in quanto lavoratori in costanza di rapporto di lavoro o disoccupati iscritti nelle liste di collocamento, con relativi familiari a carico.
2) I cittadini extracomunitari occasionalmente presenti sul territorio provinciale ammessi comunque alle prestazioni urgenti di assistenza sanitaria di base, farmaceutica, specialistica, ospedaliera ed inoltre ad azioni di prevenzione collettiva.
Nonostante sia positiva l'attenzione rivolta agli stranieri temporaneamente presenti anche se irregolari, tuttavia mancano supporti specifici ed interventi del privato sociale volti a favorire la reale fruibilità dei servizi sanitari per gli immigrati.
Particolarmente interessante invece risulta la proposta della Consulta di promuovere i valori del confronto multiculturale, segno di una volontà all'interno della provincia di valorizzare le diversità tra gli esseri umani anzichè cercare di ignorarle, appiattendole.
Inoltre la provincia sostenendo, con la concessione di contributi e la stipula di convenzioni, le iniziative delle associazioni che operano in favore degli immigrati extracomunitari, dimostra un chiaro segno di apertura verso l'integrazione dello straniero extracomunitario nel proprio territorio.

Allo stato attuale, sebbene non sia stata ancora emanata una nuova normativa provinciale, il recepimento della legge nazionale n. 40/1998, è intanto avvenuto attraverso **2 note**, la prima del **29.04.1998** avente per oggetto la Legge 06.03.1998 n. 40 e la seconda del **5.05.2000** sulle disposizioni in materia sanitaria del Decreto Legislativo 25.07.1998 n. 286.
Da segnalare come a seguito della presenza in provincia di Trento di stranieri provenienti dalle zone di guerra dell'area Balcanica, con la **nota del 15.07.1999** sono state fornite indicazioni in ordine agli interventi da porre in essere per queste persone per garantire misure di protezione temporanea, a fini umanitari, nel territorio dello Stato.

Garantire l'assistenza sanitaria agli immigrati è un obiettivo del **Piano sanitario provinciale 2000-2002** che riportiamo unitamente alle azioni proposte:
Obiettivo: Assistenza sanitaria agli immigrati, secondo la normativa vigente, nel rispetto delle specificità culturali.
Azioni:
- *Individuare particolari bisogni di salute della popolazione immigrata.*
- *Organizzare l'assistenza sanitaria con modalità che tengano conto delle identità culturali degli immigrati, anche attraverso interventi di formazione degli operatori sanitari finalizzati a favorire un approccio multiculturale nella promozione e nella tutela della salute.*
- *Estendere la copertura vaccinale agli immigrati secondo quanto previsto dall'art. 35 del D.lgs 286/98.*
- *Realizzare campagne informative specificatamente rivolte alla popolazione immigrata sulle prestazioni erogate dal Servizio sanitario e sulle modalità di accesso alle stesse.*

Segnaliamo anche la **Delibera provinciale n. 01860 del 23.07.2000**: "Assistenza sanitaria ai cittadini detenuti presso Istituti di pena della Provincia autonoma di Trento; recepimento dell'art. 1, commi 5 e 6 del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230" di cui riportiamo i punti a nostro avviso più salienti.
E' disposto che gli stranieri detenuti e internati presso Istituti di pena della provincia di Trento, ivi compresi quelli in semilibertà o con forme alternative di pena siano iscritti al SSP limitatamente alla durata della pena. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto agli assistiti del SSP, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno.
In relazione all'emanazione delle norme di attuazione dello statuto di autonomia, di cui all'art. 9 del D.Lgs 22 giugno 1999, n. 230, si provvederà alla modifica e integrazione del presente provvedimento ed in particolare al trasferimento delle funzioni sanitarie, attualmente svolte dall'amministrazione penitenziaria, al SSP secondo le modalità previste dal D.lgs 230/99 e relativi decreti attuativi.

Da ricordare inoltre la **Delibera della Giunta Provinciale n. 961 del 20.04.2000:** essa delinea dettagliatamente l'iter procedurale per accedere ai contributi erogati dalla Giunta Provinciale per le attività a favore degli immigrati extracomunitari e delle loro famiglie e fornisce un facsimile della modulistica.

Infine riteniamo di estremo interesse riportare nel dettaglio gli articoli relativi all'assistenza sanitaria del **Disegno di legge sull'immigrazione n. 128 del 29.05.2001**: *"Politiche per l'integrazione sociale degli stranieri e la convivenza interculturale"*, che si propone sia di operare in ordine al recepimento delle innovative disposizioni previste dalla normativa nazionale, sia contestualmente di superare, e quindi aggiornare, la legislazione provinciale.

Inoltre in alcuni punti, come ad esempio per l'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari, il disegno di legge ha inteso allargare esplicitamente la previsione normativa estendendo le attività di intervento anche alla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati della tossicodipendenza, di soggetti con sindrome HIV correlata e alla tutela della salute mentale.

DISEGNO DI LEGGE PROVINCIALE SULL'IMMIGRAZIONE N. 128 DEL 29.05.2001: "POLITICHE PER L'INTEGRAZIONE SOCIALE DEGLI STRANIERI E LA CONVIVENZA INTERCULTURALE"

Art. 23: Accesso alle prestazioni sanitarie

1. *"Possono accedere alle prestazioni dell'azienda provinciale per i servizi sanitari a parità di condizioni con i cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo e all'assistenza erogata:*
   a) *gli stranieri in possesso di carta di soggiorno o permesso di soggiorno in corso di validità, iscritti al servizio sanitario;*
   b) *gli stranieri che abbiano richiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, iscritti al servizio sanitario;*
   c) *gli stranieri detenuti, a prescindere dalla condizione di regolarità e limitatamente al periodo di detenzione, per effetto dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale disposta ai sensi del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 (Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della L. 30 novembre 1998, n. 419), come modificato dal decreto legislativo 22 dicembre 2000, n. 433.*

2. Possono altresì accedere alle prestazioni dell'azienda provinciale per i servizi sanitari, nei limiti previsti dall'articolo 25, gli stranieri non iscritti al servizio.

Art. 24: Iscrizione all'anagrafe del Servizio sanitario provinciale

1. *Gli stranieri regolarmente soggiornanti nel territorio provinciale, che abbiano in corso regolare attività di lavoro subordinato o autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento, nonché gli stranieri che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno per lavoro subordinato o autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza, sono tenuti a richiedere per sé e i familiari a carico l'iscrizione all'anagrafe del servizio provinciale presso il distretto in cui hanno la residenza ovvero, in anagrafica, per luogo di effettiva dimora si intende quello indicato nel permesso di soggiorno.*
2. *Previa corresponsione del contributo prescritto, possono richiedere l'iscrizione volontaria al servizio sanitario provinciale presso il distretto in cui hanno la residenza ovvero, in assenza di essa, nel cui territorio hanno effettiva dimora, gli stranieri regolarmente soggiornanti nel territorio provinciale che:*
   a) *siano titolari o abbiano richiesto il rilascio di un permesso di soggiorno di durata superiore a tre mesi, nel qual caso la richiesta può essere estesa anche ai familiari a carico;*
   b) *siano titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio;*
   c) *siano collocati alla pari, ai sensi della legge 18 maggio 1973, n. 304 (Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sul collocamento alla pari, con allegati e protocollo, adottato a Strasburgo il 24 novembre 1969).*
3. *Per i lavoratori stranieri stagionali l'iscrizione al servizio sanitario provinciale è effettuata, per tutta la durata dell'attività lavorativa, presso il distretto nel cui ambito è situato il comune indicato ai fini del rilascio del permesso di soggiorno.*
4. *L'iscrizione cessa in caso di scadenza del permesso di soggiorno, salvo il caso che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno o il permesso di soggiorno rinnovato. L'iscrizione cessa altresì per mancato rinnovo, revoca o annullamento del permesso di soggiorno ovvero per espulsione, salvo che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la pendenza del ricorso contro i suddetti provvedimenti. L'iscrizione cessa inoltre negli altri casi in cui vengono meno le condizioni di questo articolo.*

Art. 25: Interventi per gli stranieri non iscritti al servizio sanitario

1. *Agli stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio provinciale, non iscritti al servizio sanitario, sono assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le prestazioni ospedaliere urgenti e le prestazioni sanitarie di elezione, con oneri a carico degli interessati, fatte salve eventuali convenzioni bilaterali in materia di assistenza sanitaria, secondo il sistema di remunerazione adottato ai sensi dell'articolo 8 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, norma dell'articolo 1 della legge 23 Ottobre 1992, n.421), introdotto dall'articolo 8 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 299. Le predette prestazioni sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità di condizioni con i cittadini italiani.*
2. *Agli stranieri presenti sul territorio provinciale che non sono in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti e comunque essenziali, ancorchè continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della*

salute individuale e collettiva. Sono in particolare garantiti:

a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità;
b) la tutela della salute del minore;
c) le vaccinazioni;
d) gli interventi di profilassi internazionali;
e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive, ed eventuale bonifica dei relativi focolai;
f) le prestazioni finalizzate alla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza;
g) le prestazioni finalizzate alla prevenzione, cura e riabilitazione di persone con sindrome HIV correlata;
h) le attività finalizzate alla tutela della salute mentale.

Art. 26: Interventi sanitari nell'ambito di programmi solidaristici

1. Agli stranieri, con particolare riguardo ai minori, provenienti da pesi in gravi difficoltà sociali, ambientali e politiche, i quali entrano in provincia di Trento nell'ambito di programmi solidaristici tramite associazioni di volontariato iscritte all'albo previsto dall'articolo 3 della legge provinciale 13 febbraio 1992, n. 8 (Valorizzazione e riconoscimento del volontariato sociale), come modificato dall'articolo 76 della legge provinciale 11 settembre 1998, n. 10, ovvero tramite organizzazioni operanti nell'ambito della cooperazione allo sviluppo disciplinata dalla legge provinciale n. 10 del 1988, è concessa a titolo gratuito l'assistenza dalla legge provinciale n. 10 del 1988, è concessa a titolo gratuito l'assistenza primaria di medicina generale con oneri a carico del servizio sanitario provinciale.

Art. 27: Attività di informazione e prevenzione sanitaria

1. Al fine di agevolare un reale accesso ai servizi sanitari di tipo preventivo, curativo e riabilitativo, con particolare riferimento a quelli relativi alla maternità, ai minori e all'integrità fisica delle donne, la Provincia, per il tramite dell'azienda provinciale per i servizi sanitari e con oneri a carico del servizio sanitario provinciale, promuove nei confronti degli stranieri, anche non in regola con il permesso di soggiorno:
   a) l'informazione sui diritti all'assistenza sanitaria, sulle strutture erogatrici, nonché sulle prestazioni fruibili, anche con il supporto dei mediatori culturali previsti dall'articolo 11, comma 1, lettera g);
   b) interventi di prevenzione e riduzione del danno rispetto a comportamenti a rischio.

Art. 28: Formazione degli operatori

1. Ai fini di una migliore tutela della salute degli stranieri, la provincia promuove specifiche attività formative per gli operatori sanitari e socio-sanitari, allo scopo di migliorare la capacità di lettura, interpretazione e comprensione delle differenzi culturali relative ai concetti di salute, malattia e cura.

provincia autonoma di bolzano

Trentino Alto Adige
- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **33.331**
- minori registrati all'inizio del 2001: **5.754**
- % donne: **39,3**
- % sul totale nazionale stranieri: **2,4**
- variazione % 2000-2001: .....**+ 0,4**
- % soggiornanti sulla popolazione (inizio 2001): **3,5**

Bolzano
- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2000: **18.497**
- % donne: **35,4**
- % soggiornanti sulla popolazione (inizio 2001): **4,0**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Altra Normativa

PIANO SANITARIO PROVINCIALE

Del. C.P. 3028 19.7.1999
Piano sanitario provinciale 2000-2002

Delibera Giunta Provinciale

n. 2590 del 17.07.2000
Approvazione del piano provinciale per profughi.

COMMENTO

Nella provincia autonoma di Bolzano non è presente una legge specifica sull'immigrazione. I nostri interlocutori hanno dichiarato che gli immigrati sono iscritti per la maggioranza al SSN.
Tuttavia segnaliamo la **DCP n. 2590 del 17.07.2000**: "Approvazione del piano provinciale per profughi". La provincia autonoma di Bolzano garantisce ai profughi, i quali si trattengono per breve, medio o lungo termine in Alto Adige, aiuto e assistenza, prestando particolare attenzione ai bambini, donne in stato di gravidanza e persone socialmente deboli (malati psichici, soggetti portatori di handicap, anziani ecc.). La provincia integra l'assistenza data allo Stato in modo da soddisfare adeguatamente i bisogni primari dei profughi e dei richiedenti asilo. Nell'assistenza delle persone alle quali lo Stato non garantisce più aiuto (per es. richiedenti asilo dopo 45 giorni) subentra infatti la provincia. Tale assistenza viene garantita solo finchè le persone non siano in grado di provvedere autonomamente al proprio sostentamento. In ogni caso, a persone socialmente deboli o a rischio viene sempre garantita l'assistenza. Attualmente questa impostazione si sta modificando poichè la Provincia aveva esercitato un polo attrattivo per questa tipologia di utenza.

umbria

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **26.797**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **5.801**
- % donne tra gli extracomunitari: **47,4**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **2,0**
- differenza % 2000-2001: .....**+ 2,8**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **3,2**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 18 del 6.04.1990

Intervento a favore degli immigrati extracomunitari

DESTINATARI
(art. 2):
sono destinatari (...) i cittadini provenienti da paesi extracomunitari e i loro familiari che risiedano o dimorino nel territorio della Regione Umbria secondo la normativa vigente, sia in caso di immigrazione definitiva che in caso di permanenza limitata e finalizzata al rientro.

ISTITUZIONI DELLA CONSULTA
(art. 3):
è istituita presso la Giunta regionale la Consulta regionale per i problemi dei lavoratori extracomunitari e delle loro famiglie.
(art.4):
la consulta regionale svolge i seguenti compiti: a) esprime pareri ed assume iniziative su tutte le materie relative ai fenomeni dell'immigrazione.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 8):
la Giunta regionale ..., sentita la consulta regionale, ... approva il programma da realizzarsi nell'anno successivo. Il programma annuale stabilisce: a) i progetti da realizzare, con specificazione delle iniziative da attuare tramite convenzione... Le iniziative si distinguono in: ... c) interventi attuati tramite apposita convenzione tra Regione e soggetti pubblici o privati. d) interventi proposti e realizzati da enti locali o da organismi ed associazioni pubblici o privati ammessi al finanziamento regionale.

TUTELA DELLA SALUTE
(art. 10):
la Regione, nell'ambito ed in attuazione della normativa statale e regionale in materia, assicura ai cittadini provenienti da paesi extracomunitari l'accesso ai servizi sanitari. Al fine di consentire per una fascia di popolazione il pieno diritto alla tutela ed al controllo sanitario, le unità locali per i servizi sanitari e socio-assistenziali inseriscono tra i destinatari delle campagne di prevenzione collettiva i cittadini provenienti da paesi extracomunitari dimoranti nel territorio regionale. Allo stesso scopo le USL garantiscono anche ai cittadini provenienti da paesi extracomunitari, residenti o dimoranti in Umbria, i seguenti servizi: a) screening e monitoraggio clinico-sierologico delle patologie infettive e trattamento delle stesse; b) indagini epidemiologiche su specifiche patologie infettive; c) educazione sanitaria a fini preventivi.
Le modalità di attuazione di quanto disposto dal terzo comma sono indicate dalla Regione nell'ambito della propria attività di indirizzo e coordinamento con particolare riguardo alle esigenze delle USL maggiormente interessate dai flussi migratori, anche per il coinvolgimento delle competenti strutture dell'Università degli studi di Perugia.
La Regione favorisce iniziative rivolte ai cittadini provenienti da paesi extracomunitari tendenti a colmare carenze dei servizi sanitari. In particolare in considerazione dei problemi e dei rischi di sofferenza psicologica legati alla trasformazione della nostra società in senso multiculturale, nell'ambito delle attività dell'osservatorio epidemiologico regionale umbro, la Giunta regionale è autorizzata a stipulare apposita convenzione con l'Istituto Italiano di igiene mentale transculturale, allo scopo di promuovere: a) ricerche cliniche epidemiologiche sulla morbilità psichiatrica in ambito multiculturale; b) la formazione professionale di operatori; c) la promozione di specifici programmi di intervento; d) l'informazione e l'aggiornamento sui problemi di una società multiculturale.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Del. C.R. n. 647 del 01.03.1999 integrata da Del. C.R. n. 765/2000 e 767/2000
Piano sanitario regionale 1999-2001 - Atto di indirizzo programmatico generale (cap. 5.2: 4. Promozione e tutela della salute degli immigrati)

Delibere Giunta Regionale

n. 7136 del 3.10.1989
Direttiva concernente l'assistenza sanitaria aiu lavoratori extracomunitari residenti e dimorenti in Umbria ai sensi dell'art. 1 della Legge 943/1986 e 33/1980.

n. 10853 del 28.12.1990
Assistenza sanitaria ai lavoratori extracomunitari residenti in Umbria . Determinazioni.

n. 1621 del 10.03.1992
Infezioni esotiche e difesa dalle infezioni nelle popolazioni migranti. Determinazioni.

n. 9800 del 30.12.1993
Lega Internazionale per i diritti e la liberazione dei popoli.

Servizio Sanitario ambulatoriale per immigrati. Determinazioni.

n. 9815 del 15.12.1995
L.R. 18/90: contributo finanziario alla USL n.1 per il progetto "Salute per gli immigrati".
n. 4100 del 24.06.1997
Disciplina in materia di prestazioni sanitarie agli stranieri temporaneamente presenti e residenti in Italia.

n. 6366 del 30.09.1997
Integrazione DGR n. 4100 del 24.06.1997 relativa a: disciplina in materia di prestazioni sanitarie agli stranieri temporaneamente presenti e residenti in Italia.

n. 6954 del 29.10.1997
Modificazione allegato n. 1 della DGR n. 4100 del 24.06.1997 relativa alla disciplina delle modalità di erogazione di prestazioni sanitarie agli stranieri temporaneamente presenti e residenti in Italia.

n. 262 del 1.3.2000
Approvazione Programma assistenziale di intervento a favore di particolari categorie di cittadini extracomunitari.

n. 695 del 28.6.2000
DPR 31.08.1999 n. 394 relativo a: Regolamento recante 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. 25.7.98 n.286.

n. 1670 del 29.12.2000
Integrazione alla DGR n. 262 del 01.03.2000 relativa all'approvazione programma assistenziale di intervento a favore di particolari categorie di cittadini extracomunitari.

n. 482 del 16.05.2001
Approvazione Linee Guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti all'U.E..

Note

Prot. N. 2283/III del 24.02.2000
Assistenza sanitaria a cittadini extracomunitari. Art. 35, D.lgs. n. 286/1998.

COMMENTO

La legislazione regionale in materia d'immigrazione risale al 1990, e come tale risente dell'impostazione determinata dalla legge nazionale 39/90. La definizione dei beneficiari della legge infatti prende in considerazione gli immigrati extracomunitari residenti secondo la normativa nazionale allora vigente. Esiste però una categoria considerata a livello regionale, cioè quella degli immigrati dimoranti, per i quali vale una sorta di permanenza limitata, probabilmente nel tempo ma non nella natura giuridica. La categoria del dimorante viene ripresa anche negli articoli specificatamente dedicati all'assistenza sanitaria. La specificazione "in attuazione e nell'ambito della normativa statale e regionale in materia" rende dinamico lo spirito della legge, che, con la produzione a livello nazionale del TU, si ritrova in posizione decisamente più attualizzata.
Interessanti gli aspetti normativi che regolano i rapporti fra attività degli organismi di volontariato ed istituzioni: il privato sociale riveste un ruolo consolidato all'interno della Regione, e questo si desume dalle direttive della legge che prendono in considerazioni organismi di per sé finanziati dalla Regione ed organismi con cui si realizzano collaborazioni nell'ambito di singoli progetti.
Per quanto riguarda la fruibilità dell'assistenza sanitaria, l'articolo 10 definisce con chiarezza l'obiettivo primario, che riguarda la reale accessibilità delle strutture sanitarie.
Interessante l'esplicitazione delle attività realizzate a fini preventivi che le Aziende sanitarie garantiscono ai cittadini extracomunitari dimoranti.
Decisamente innovativo per gli anni in cui è stata prodotta la legge, è il riferimento al benessere psichico, strettamente legato al progetto migratorio, per cui la Regione attiva una collaborazione con l'Istituto di Igiene Mentale Transculturale che comporta studi finalizzati e formazione degli operatori.
Nonostante le concreti novità esplicitate dalla legge regionale, la Giunta ha prodotto diverse delibere che esprimono una accurata attenzione ai problemi legati alla tutela sanitaria, che ampliano ancora le direttive della legge vigente: l'assistenza sanitaria per tutti gli immigrati a prescindere dal loro status giuridico con la previsione dell'iscrizione al SSR anche per gli STP; la valorizzazione e l'inclusione del personale medico extracomunitario; la collaborazione fra pubblico e privato; la prevenzione ed educazione sanitaria.
*"In linea con quanto disposto dal Piano sanitario nazionale 1998/2000 e in accordo con le finalità previste dal Piano sociale regionale, **il Piano sanitario regionale**, nell'arco di tempo della sua validità **(1999/2001)**, si pone come obiettivo generale quello di garantire agli immigrati presenti sul nostro territorio, a prescindere dalla loro posizione giuridica, sia essa regolare o meno, la promozione e la tutela di uno dei diritti fondamentali della persona, quello alla salute.*
Gli obiettivi di salute prioritari, da perseguire nel triennio di validità del Piano sanitario regionale, sono i seguenti:
1) Accessibilità ai servizi
- *Informare tutti coloro che ottengono il permesso di soggiorno sui diritti di assistenza e modalità d'accesso.*
- *Informare tutti gli immigrati sulla possibilità di accesso al Servizio Sanitari.*
- *Garantire in almeno ogni centro di salute di ciascun distretto un punto di accesso "informale" agli immigrati irregolari.*

2) Promozione e Prevenzione
- *Garantire la copertura vaccinale secondo le indicazioni del Programma EPI OMS e del Piano nazionale vaccini.*
- *Attivare interventi di educazione sanitaria sulla prevenzione delle malattie trasmissibili.*
- *Ridurre del 50% la percentuale di abitazioni di immigrati extracomunitari irregolari non dotate di abitabilità rispetto alla base/line del 1999.*
- *Verificare l'applicazione della normativa vigente in materia di sicurezza e diritto del lavoro a tutti i lavoratori immigrati.*

3) Assistenza
- Garantire l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, territoriali ed ospedalieri.
- Garantire l'accesso delle donne immigrate alla rete dei servizi consultoriali ed ospedalieri.
- Garantire presso ciascun DSM un'area di ascolto per i problemi di salute mentale legati alla condizione di immigrato".

Altre **tre delibere** sono di particolare interesse. La **prima** (**n. 262 del 01.03.2000**) predispone un programma assistenziale di intervento per l'erogazione a cittadini stranieri provenienti da Paesi extracomunitari di prestazioni di alta specializzazione a carico del Fondo sanitario regionale, tenuto conto delle disposizioni contenute nel comma 15 dell'Art. 32 della legge 449/1997 e la legge 176 del 27.05.1991: "Ratifica ed esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20.11.1989".
Il programma regionale prevede l'erogazione da parte delle Aziende sanitarie di prestazioni di alta specializzazione a favore di minori provenienti da:
1) paesi Extracomunitari nei quali non esistono e non sono facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie;
2) paesi nei quali è difficoltosa l'assistenza sanitaria per contingenti ragioni politiche, militari o di altra natura.
La Regione dell'Umbria individua le seguenti specifiche patologie da trattare, sentite le Aziende sanitarie e considerata l'offerta nei campi di seguito descritti:
- *diagnosi e terapia delle affezioni ematologiche ed oncologiche compreso il trapianto di midollo osseo (di familiare compatibile e di familiare non compatibile) e relative prove di compatibilità ed espianto dal donatore;*
- *problemi oculari;*
- *patologie ortopediche congenite od acquisite ivi comprese quelle da esiti da lesioni traumatiche;*
- *interventi di neurochirurgia.*

La **seconda** (**n.1670 del 29.12.2000**) ad integrazione della delibera precedentemente menzionata relativa alla "approvazione programma assistenziale di intervento a favore di particolari categorie di cittadini extracomunitari".
Il programma regionale prevede, l'erogazione da parte dell'Azienda sanitaria locale ospedaliera di Perugia, di prestazioni di alta specializzazione a favore di cittadini provenienti da Palestina, Eritrea, ex Iugoslavia e Bielorussia in quanto versano in gravi difficoltà assistenziali sanitarie per contingenti ragioni politiche, militari ed economiche.
Le patologie da trattare presso l'Azienda Ospedaliera Perugia sono:
- diagnosi e terapia di affezioni ematologiche ed oncologiche compreso il trapianto del midollo osseo e relative prove di compatibilità ed espianto da donatore;
- interventi di neurochirurgia;
- altre patologie derivanti da effetti di eventi bellici, affrontabili con efficacia ed appropriatezza nell'Azienda Ospedaliera di Perugia.
Le associazioni di volontariato dovranno far pervenire le richieste di intervento alle Aziende sanitarie locali, fermo restando che le spese di viaggio e soggiorno del paziente e dell'accompagnatore sono a carico delle Associazioni stesse.
Il finanziamento destinato alle cure mediche sopra descritte non può superare la somma di £. 1.000.000.000 accordata per l'anno 2000.
E' prevista la possibilità di integrare tale finanziamento attraverso versamenti su c/c postale effettuati da privati, Fondazioni, associazioni di Volontariato, etc.

La **terza** (**n. 695 del 28.06.2000**) recepisce le modalità applicative dettate dal Regolamento di Attuazione (DPR n. 394/1999). In particolare viene deliberato:
- di individuare presso ogni USL un punto di riferimento dove si possa procedere all'attribuzione del codice STP di cittadini extracomunitari irregolari presenti nel nostro territorio ed alla assegnazione di medici di Medicina Generale o di Pediatri di Libera Scelta che hanno dato la propria disponibilità a fornire l'assistenza;
- di stabilire che le prestazioni erogabili sono le seguenti:
- *assistenza pediatrica e medico generica*
- *assistenza farmaceutica*
- *assistenza specialistica e ambulatoriale*
- *profilassi internazionale*
- *profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive e diffuse*
- *vaccinazioni*
- *tutela della gravidanza e della Maternità, comprensiva dell'IVG*
- *tutela della salute del minore.*

- Di autorizzare i Direttori Generali, nei casi in cui lo riterranno necessario a stipulare con organizzazioni di volontariato e/o cooperative assistenziali, apposite convenzioni e/o protocolli d'intesa nel rispetto della programmazione sanitaria regionale.

Segnaliamo infine, come la regione Umbria abbia predisposto con **Delibera Giunta Regionale n.482 del 16.05.2001**:"Approvazione Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti all'U.E." le Linee Guida regionali sull'esempio di quelle emanate dalla Regione Lazio.
Gli ambiti trattati sono i seguenti:
- Assistenza per gli stranieri regolarmente soggiornanti iscritti al SSN.
- Assistenza per i detenuti.
- Iscrizione volontaria al SSN.
- Assistenza per gli stranieri regolarmente soggiornanti non iscritti al SSN.
- Assistenza per gli stranieri temporaneamente presenti non iscritti al SSN.
- Ingresso e soggiorno per cure mediche.
- Modulistica.

valle d'aosta

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: **2.730**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **487**
- % donne tra gli extracomunitari: **44,1**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **0,2**
- differenza % 2000-2001: .....**+ 9,5**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **2,3**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n.51 del 29.12.1995
Interventi per la promozione dei servizi a favore dei cittadini extracomunitari

DESTINATARI
(art. 2):
destinatari dei servizi di cui all' art.1 sono i cittadini extracomunitari residenti, temporaneamente domiciliati ovvero occasionalmente presenti nei comuni della Valle D'Aosta in possesso di regolare permesso di soggiorno.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 3):
è istituito un gruppo di lavoro per la programmazione degli interventi a favore dei cittadini extracomunitari. Il gruppo di lavoro è costituito con deliberazione della Giunta Regionale.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', CON ENTI O ASSOCIAZIONI
Non è presente alcun riferimento legislativo.

TUTELA DELLA SALUTE
Non è presente alcun riferimento legislativo.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Legge Regionale n. 18 del 04.09.2001
Approvazione del Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004

Delibere Giunta Regionale

n. 7970 del 2.09.1988
Determinazioni in merito all'erogazione di prestazioni di assistenza sociale ed alla fruizione di servizi sociali da parte di apolidi e stranieri residenti, domiciliati o occasionalmente presenti nel territorio della Regione.
n. 603 del 28.2.2000
Approvazione della realizzazione, in convenzione con la cooperativa sociale La Sorgente, di un corso di formazione per mediatori interculturali, compreso nell'integrazione del programma annuale di formazione professionale per l'anno 1999, relativo agli obiettivi 2, 3, 4 del FSE, approvato con DGR n. 5084/99. Finanziamento di spesa.

Delibere Usl regionale
n. 410 del 9.02.2000
Istituzione dello Sportello Informativo per la Salute degli Immigrati (SISI) nell'ambito dell'Ufficio Relazioni Pubbliche dell'Azienda USL Valle d'Aosta

COMMENTO

Dall'analisi della **Legge regionale n. 51/95** e delle **delibere n. 7970 del 02.09.1988 e n. 816 del 23.02.1996** si evidenzia un'attenzione marginale al fenomeno immigratorio.
Manca qualsiasi riferimento esplicito all'interno della legge alla tutela della salute. Questa è regolamentata solo dalla Delibera 7970/1988 delle prestazioni socio-assistenziali in cui si fanno rientrare anche quelle sanitarie. La delibera in questione per gli stranieri extracomunitari e le loro famiglie occupati in attività lavorative alle dipendenze di terzi e per gli apolidi residenti in un comune della Valle D'Aosta, promuove interventi sanitari in pari uguaglianza con i cittadini italiani. Inoltre prevede appropriati interventi urgenti anche per gli stranieri e gli apolidi domiciliati o occasionalmente presenti in Valle d'Aosta.
La Consulta a favore degli stranieri extracomunitari, presente in quasi tutte le regioni, è assente nella Valle d'Aosta dove l'istituzione del gruppo di lavoro per la programmazione degli interventi a favore degli immigrati, di per se un intervento positivo, lascia perplessi perché tra i componenti non è prevista la partecipazione di alcun cittadino straniero extracomunitario, elemento importante per non vanificare l'obiettivo di superare le difficoltà che ostacolano il suo inserimento nella vita sociale e nelle attività produttive locali. A supporto della realizzazione di tale obiettivo la Regione Valle d'Aosta finanzia i comuni, i loro consorzi e le comunità montane che promuovono servizi di accoglienza di primo e secondo livello, di orientamento, di informazione e di integrazione culturale a favore dei cittadini extracomunitari.

In questo ultimo periodo si è posta una maggiore attenzione al tema della promozione della salute degli immigrati come è sottolineato nel **Piano socio sanitario della Valle d'Aosta 2002-2004** che prevede un obiettivo specifico per la tutela dei soggetti immigrati. "*L'obiettivo è stato e sarà anche per il futuro, quello di garantire uniformità di accesso all'assistenza sanitaria a tutti gli immigrati, secondo quanto previsto dalla normativa vigente. Ai cittadini stranieri non in regola con le norme di ingresso e di soggiorno, la L. 40/98, all'art. 33 commi 3 e 6 assicura le cure ospedaliere urgenti o comunque essenziali qualora sprovvisti di mezzi sufficienti al proprio sostentamento. Le relative spese fanno carico al Ministero dell'Interno. Le rimanenti prestazioni, costituite dalle cure ambulatoriali urgenti o comunque essenziali e da tutte le patologie cliniche com-*

prese nella tutela sociale della gravidanza e della maternità ai sensi delle leggi 405/1979 e 194/1978, la tutela della salute del minore ai sensi della L. 176/1991, le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzate dalle Regioni, la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai, gravano sul Fondo sanitario regionale senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

Riguardo alla prevenzione primaria dovrà essere garantita l'estensione della copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana, alla popolazione immigrata".

Al momento le attività svolte sono tutte concentrate nel capoluogo regionale e comprendono: la gestione del Centro Immigrati Extracomunitari, iniziative culturali di formazione e mediazione, concessioni di buoni pasto. Tra i punti di eccellenza del servizio si registra l'apertura di un centro di incontro.

In particolare è interessante segnalare la parte riguardante l'assistenza temporanea a stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale. Recentemente è stato aperto uno sportello dedicato alla tutela della salute degli stranieri privi di iscrizione al SSN che si rivolge al cittadino straniero come portatore di un bisogno di salute e non come soggetto in regola con i permessi di soggiorno.

Tra le azioni d'intervento sono previste:

- *Avvio di campagne di informazione presso i centri operativi e di volontariato regionali preposti all'identificazione, accoglienza e supporto delle popolazioni straniere in transito sul territorio regionale;*
- *segnalazione alle strutture di competenza di eventuali rischi indotti da specifici problemi originati nel Paese di partenza che possono trovare nel Pese di destinazione condizioni di aggravamento (es. Tubercolosi);*
- *istituzione dello sportello come osservatorio privilegiato dei bisogni di salute e di assistenza sociale delle popolazioni in ingresso.*

All'interno del PSSR è inoltre previsto un servizio specifico rivolto ai cittadini immigrati, anche non residenti, in possesso di regolare permesso di soggiorno.

Inoltre è stato istituito (**Del. USL Valle d'Aosta n. 410 del 9.02.2000**) uno sportello dedicato alla tutela della salute degli stranieri privi di iscrizione al SSN che si pone i seguenti obiettivi:

- *Promuovere la conoscenza dello sportello informativo per la salute degli immigrati (SISI).*
- *Fornire alle popolazioni in ingresso le conoscenze necessarie ad una tutela del proprio stato di salute anche in relazione alle condizioni epidemiologiche e alla cultura del Paese di accoglienza.*

Segnaliamo infine la **Delibera n. 603/2000** riguardante l'approvazione della realizzazione di un Corso di Formazione per Mediatori Interculturali.

veneto

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2001: ...**127.588**
- minori registrati all'anagrafe (inizio 2001): **31.412**
- % donne tra gli extracomunitari: **39,9**
- % regione sul totale nazionale stranieri: **9,4**
- differenza % 2000-2001: .....**- 8,6**
- % soggiornanti sulla popolazione residente (2001): **2,8**

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

Legge Regionale n. 9 del 30.01.1990
Interventi nel settore dell'immigrazione

DESTINATARI
(art. 2, c. 1):
gli interventi di cui alla presente legge sono destinati agli immigrati provenienti dai Paesi che dimorano nel territorio della Regione.

ISTITUZIONE DELLA CONSULTA
(art. 10, c. 1, c. 3, punto n)):
1. è istituita la Consulta regionale per i problemi degli immigrati extracomunitari nel Veneto con sede e operatività presso la Giunta regionale.
3. La Consulta è composta da:
n) n.12 rappresentanti degli immigrati extracomunitari designati dalle associazioni di immigrati extracomunitari iscritti al registro di cui al comma 2 dell'art.7.
(art. 13, c. 1, punti d), e)):
la Consulta esprime pareri e formula proposte:
d) sugli interventi a sostegno dei programmi di iniziative assistenziali e culturali promosse dalle associazioni degli immigrati extracomunitari e dalle associazioni che svolgono con continuità servizi a loro favore;
e) sull'adozione di iniziative e provvedimenti atti a soddisfare i principali bisogni degli immigrati e delle loro famiglie nei settori scolastico, culturale, socio-sanitario, abitativo.

COLLABORAZIONI CON UNIVERSITA', CON ENTI O ASSOCIAZIONI
(art. 3, c. 3 punto g)):
le iniziative e gli interventi riguardano:
g) il concorso e sostegno dell'attività svolta da enti ed associazioni, cooperative ed organismi che operano a favore degli immigrati.
(art. 7, c. 1, c. 2):
1. la Regione riconosce e sostiene le iniziative ed i programmi svolti dai soggetti di cui alla lett. g) del comma 3 dell'art.3, che operano con continuità a favore degli immigrati extracomunitari.
2. A tal fine presso la Giunta regionale è istituito il registro delle associazioni, enti ed organismi operanti nel Veneto.

TUTELA DELLA SALUTE
(art. 1, c .2):
la Regione, al fine di una effettiva equiparazione degli immigrati ai cittadini residenti, adeguerà la propria normativa in tutti i settori di competenza regionale ed in particolare in quelli di assistenza socio-sanitaria, di diritto allo studio e formazione professionale.
(art. 4, c. 1):
al fine di garantire la tutela della salute pubblica la Regione assicura agli immigrati e le loro familiari, che dimorano nel territorio regionale, l'erogazione delle prestazioni sanitarie presso i presidi ed i servizi ospedalieri e territoriali, pubblici o convenzionati, su prescrizione-proposta di un medico dipendente delle strutture regionali del Servizio Sanitario Nazionale, alle stesse condizioni e nei limiti previsti per il cittadino italiano.
(art. 5, c. 1):
la Giunta regionale concorre, con appositi contributi, all'attivazione da parte di enti locali, singoli o associati, di centri di prima accoglienza destinati a fornire informazioni ed assistenza per l'accesso ai servizi indicati dalla presente legge e per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle vigenti leggi statali e ad agevolare le attività delle associazioni degli immigrati.

Altra Normativa

PIANO SANITARIO REGIONALE
Legge Regionale n. 5 del 03.02.1996
Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996–1998

Delibere Consiglio Regionale

n. 52 del 9.07.1997
Piano triennale 1997-1999 degli interventi per l'immigrazione (articolo 3 della Legge regionale 30.011990, n. 9)

Delibere Giunta Regionale

n. 3264 del 22.07.1996
Progetto sanitario di assistenza agli immigrati ed agli emarginati.

n. 4778 del 30.12.1997
Quadro assistenziale relativo all'assistenza sanitaria per i cittadini extracomunitari presenti nel territorio regionale. Riepilogo normativo assistenziale.

n. 2988 del 4.08.1998
Progetto Sanitario in materia di assistenza agli immigrati ed agli emarginati. Liquidazioni di spesa (L.R. 3.02.1996, n. 5)

n. 5105 del 28.12.1998
Iniziative sanitarie in materia di immigrazione.

n. 3386 del 27.11.2000
Dec. leg.vo 25.7.1998 n. 286. "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero".
Disciplina per l'erogazione delle prestazioni sanitarie per stranieri irregolari indigenti non iscritti al SSN.

n. 2748 del 19.10.2001
Finanziamento regionale su iniziative sanitarie in materia di immigrazione

Circolari e Note

n. 27/1994
Provvedimento Giunta Regionale n. 6289 del 28.12.93: "Progetto benessere donna" finalizzato al "benessere donna straniera"

n. 16 del 6.11.2000
Dec. leg.vo 25.7.1998 n. 286. Disposizioni in materia sanitaria.
Disposizioni applicative regionali su "Stranieri temporaneamente presenti non iscritti al SSN" e particolarmente su "Stranieri temporaneamente presenti non in regola con le norme d'ingresso, in condizioni di indigenza".

del 26.06.2001
Ulteriori istruzioni in materia di assistenza sanitaria agli stranieri in Italia di cui all'art. 34 (Assistenza sanitaria per gli stranieri iscritti al Ssn) e all'art. 35 (Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Ssn) del Dec.Leg.vo n. 286/98.

Note dell'assessorato alla Sanità ed Igiene indirizzate alle strutture del Ssn

n. 40222/20313 del 26.11.1991
Interventi preventivi e sorveglianza sanitaria nei confronti degli immigrati extracomunitari.

n. 35453/20300 del 29.07.1993
Questionario sulla sorveglianza igienica dei soggetti immigrati.

n. 9106/20313 del 17.03.1994
Sorveglianza igienica dei soggetti immigrati: risposta delle USL del Veneto al questionario proposto da questo dipartimento.

n. 7692/20620 del 11.08.1994
Progetto regionale benessere donna e indirizzi applicativi.

n. 16541/20313 del 22.07.1994
Sorveglianza sanitaria delle malattie infettive e diffusive dei soggetti immigrati non in regola con l'assistenza sanitaria.

n. 35564/20313 del 5.10.1994
Sorveglianza igienica dei soggetti immigrati: dati epidemiologici della Regione Veneto.

n. 9747/20313 del 18.10.1996
Progetto sanitario in materia di assistenza agli immigrati e agli emarginati.

COMMENTO

Di notevole interesse risultano gli interventi regionali realizzati in ambito sanitario per gli stranieri extracomunitari ed in particolare per le donne straniere.
La Regione, consapevole che per garantire la tutela della salute pubblica è necessaria un'adeguata prevenzione collettiva, si mostra attenta a tutelare la salute dell'immigrato extracomunitario.
Come si evince dal **Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996-1998**: *"Sono ormai mature le condizioni per concretizzare un modello globale di servizi socio-sanitari (...). Tutti i cittadini, compresi gli immigrati extracomunitari che dimorano sul territorio regionale anche se non appartenenti a stati per i quali sussista trattamento di reciprocità, hanno uguali opportunità di accesso alle attività ed alle prestazioni socio-sanitarie erogate dalle strutture pubbliche, private e del privato sociale accreditate, ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale n. 9/1990, fermo restando quanto previsto dalla vigente normativa. (...). L'organizzazione vigente dei servizi socio-sanitari dovrà essere gradualmente rivista, per superare processi di rigida codificazione degli interventi e dei servizi che penalizzano soprattutto le persone più deboli.(...). La multifattorialità del disagio chiama in carico una nuova cultura della salute e nuove metodologie di intervento, capaci di ricollocare in un processo unitario i vari rapporti sanitari, psicologici, sociali, assistenziali ed educativi".*
Superando la rigida codificazione degli interventi, istituendo centri di prima accoglienza che orientano gli immigrati nell'utilizzo dei servizi ed inserendo tra i compiti della Consulta quello di adottare iniziative per soddisfare i principali bisogni degli immigrati, la Regione Veneto in campo socio-sanitario offre un modello globale di servizi attento a garantire la tutela della salute pubblica.
Numerose sono state le delibere regionali e le note dell'Assessorato alla sanità ed igiene: già nel novembre 1991 l'Assessorato ha emanato alcune linee guida (**n. 40222/20313 del 26.11.1991**) relative agli "interventi preventivi e sorveglianza sanitaria nei confronti degli immigrati extracomunitari". In queste si puntualizzava l'esigenza di adozione di alcuni provvedimenti al fine di ottenere una migliore operatività nella prevenzione delle malattie infettive diffusive, provvedimenti che prevedevano la necessità di vigilanza sistematica delle strutture di accoglienza e dei luoghi destinati a dormitori per immigrati. Veniva inoltre proposta la possibilità di eventuale ricorso alle misure di prevenzione anche per coloro che non erano in regola con l'assistenza sanitaria. Altri suggerimenti riguardavano la valutazione di competenza degli ambulatori dermosifilopatici dei soggetti positivi per lue, l'assistenza gratuita presso i Consultori familiari per le donne immigrate, ed infine la verifica delle variazioni eseguite nel corso degli anni.
Tre anni dopo (**marzo 1994, nota 9106/20313**) il Dipartimento per l'Igiene Pubblica della Regione Veneto ha ritenuto opportuno rilevare l'attuazione delle linee

guida regionali sopracitate da parte delle 36 ULSS della Regione, richiedendo, mediante un questionario, i dati sulla attività di sorveglianza igienica dei soggetti immigrati. Tutte le ULSS hanno risposto.
Successivamente (**ottobre 1994, nota 35564/20313**), richiedendo a 6 ULSS disponibili e rappresentative della realtà regionale i dati epidemiologici sulla situazione igienico-sanitaria dei soggetti immigrati, è stata prodotta una nota informativa, al fine di sensibilizzare gli operatori di sanità pubblica della Regione a svolgere interventi adeguati per questa popolazione a rischio.
Inoltre con la **Circolare Regionale 16541/20313 del luglio 1994**, veniva sancita l'offerta gratuita di farmaci per la cura e prevenzione delle malattie infettive nell'interesse sia della comunità immigrata che, prioritariamente, di quella ospitante. Il progetto "benessere donna straniera" (**n. 27/1994**), ha costituito l'anello che mancava per completare le iniziative minime essenziali per un paese civile che effettivamente è diventato da poco meta di immigrazione.

Nella **DGR 3264 di luglio 1996**, la Regione, per conoscere la presenza ed i bisogni di salute dei soggetti immigrati non in regola con l'assistenza sanitaria, si è impegnata ad elaborare uno studio conoscitivo corrispondendo un rimborso all'ULSS per ogni immigrato "reclutato", nonché l'offerta gratuita di un protocollo sanitario rivolto alla prevenzione delle malattie infettive ed alla tutela della maternità responsabile e della gravidanza. Per questo viene prevista *"una tessera sanitaria leggera"* la cui emanazione consentirà il riconoscimento dalla Regione alle ULSS di £. 90.000 pro tessera a ristoro delle prestazioni minime erogabili a favore degli stranieri extracomunitari irregolari. Prende forma un *"Progetto regionale in materia di assistenza agli immigrati ed emarginati"* supportato da diverse circolari e note e successivamente un nuovo provvedimento regionale, **DGR n. 5105 del 28.12.1998**, ha autorizzato la prosecuzione dell'emanazione di tale tessera sotto forma di *"Card Sanitaria"* opportunamente modificata negli estremi normativi di riferimento, in seguito ai cambiamenti della normativa nazionale.

I nostri referenti regionali hanno voluto sottolineare come tutte queste iniziative siano di carattere prevalentemente tecnico e mirano sia alla tutela della salute della popolazione autoctona sia ai bisogni essenziali di quella immigrata, in modo "politicamente" equilibrato, tanto che non sono state assolutamente criticate dalle diverse forze politiche, ed indirettamente anche per prevenire atteggiamenti allarmistici ingiustificati della popolazione ospitante. Per far questo è necessario da un lato fornire agli operatori delle direttive valide e concrete, dall'altro poter disporre di quelle informazioni epidemiologiche che consentono una corretta gestione e programmazione sanitaria. L'impressione è che la Regione del Veneto si sia fino ad ora mossa in questa direzione, accogliendo, per quanto possibile, i suggerimenti degli esperti del settore.

Segnaliamo anche la **DGR n. 3386 del 27.10.2000** e la **Circolare n. 16 del 6.11.2000**: entrambe mirano a fornire disposizioni applicative regionali, in particolare per gli Stranieri Temporaneamente Presenti non in regola con le norme d'ingresso, in condizione di indigenza.

Inoltre è stata emanata la **Circolare del 26.06.2001**: "Ulteriori istruzioni in materia di assistenza sanitaria agli stranieri in Italia di cui all'art. 34 (Assistenza sanitaria per gli stranieri iscritti al Ssn) e all'art. 35 (Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Ssn) del Dec. Leg.vo n. 286/98" per facilitare in sede aziendale la conoscenza sulle singole problematiche e le relative soluzioni concordate sugli articolo 34 e 35 del Decreto suddetto. È interessante anche il metodo usato nel dare indicazioni e cioé quello di rispondere a specifici quesiti.
Dopo un confronto con alcuni referenti di Aziende U.L.S.S. che ha evidenziato come numerosi chiarimenti siano di comune istanza, sono state fornite ulteriori istruzioni nonché soluzioni sull'applicazione della normativa di cui agli articoli sopra citati, fermo restando che su alcuni quesiti e difficoltà applicative la scrivente Direzione Regionale Programmazione Socio-Sanitaria attraverso il rispettivo Assessorato si è riservata di richiedere alle Amministrazioni statali (Questure e Prefetture) che operano in ambito regionale, un intervento di indirizzo /coordinamento al fine di uniformarne il comportamento.
Le istruzioni che si diramano con la presente Circolare sono state esposte attraverso la formula Quesito/Soluzione, modalità che favorisce maggior diffusione tra gli operatori aziendali che lavorano anche nelle sedi periferiche.

Tra i contenuti della Circolare riportiamo quelli riferiti alle prestazioni essenziali per gli STP:
... A riguardo, considerate le richieste delle ULSS sull'argomento, si ritiene opportuno fornire una linea di indirizzo provvisoria salvo eventuali chiarimenti Ministeriali.
Non dovrebbero essere erogate attraverso il Ssn (eccetto i pagamenti in proprio) le seguenti prestazioni:
- interventi di ortognatodonzia;
- interventi di chirurgia estetica;
- intervento sui genitali esterni per virilizzaaione o femminilizzazione;
- intevrenti di chirurgia plastica ricostruttiva non essenziali;
- terapie demandabili delle epatiti virali croniche;
- terapie ed interventi di non comprovata efficacia.
Si ribadisce comunque che al medico prescrittore o al medico erogatore, é demandata, in scienza e coscienza, la riconduzione delle cure prescritte o erogate al concetto di "cure urgenti" o "cure essenziali" o "cure essenziali continuative", circostanza che dovrà essere apposta sul modulo della prescrizione a cura del medico prescrittore; é opportuno che tale circostanza venga riportata anche nel referto della prestazione a cura del medico erogatore.

Per garantire maggior efficienza nel coordinamento tra Regione e Aziende Sanitarie regionali in materia di assistenza sanitaria allo straniero, tanto per gli aspetti erogativi assistenziali quanto per i momenti di comunicazione e informazione, con questa Circolare, sono state invitate le aziende socio-sanitarie ad individuare in sede aziendale:
- un referente amministrativo;
- un referente medico;

e a comunicare alla Regione i relativi nominativi ed U.O. di afferenza.

Infine segnaliamo la **DGR n. 2748 del 19.10.2001:** "Finanziamento regionale su iniziative sanitarie in materia

di immigrazione", con la quale viene approvata la prosecuzione e l'aggiornamento dell'originario progetto regionale in materia di interventi socio-sanitari per la popolazione immigrata di cui alla DGR n.3264/96 con la relativa ridefinizione delle competenze dell'Unità Operativa di Coordinamento, organismo esterno di supporto alla Direzione regionale Programmazione Socio-sanitaria.

Tra le priorità di intervento è previsto di

- *proseguire l'emissione delle tessere sanitarie regionali a validità limitata cosiddetta "Tessera Sanitaria Leggera" con utilizzo della Card Sanitaria come modificata a seguito della circolare regionale n. 16/2000 e monitorare la distribuzione relativa;*
- *aggiornare e formare il personale sanitario e socio-sanitario che opera quotidianamente con persone appartenenti a culture diverse;*
- *Sostenere e sviluppare specifici progetti di ricerca ed intervento quali:*
  a) *approccio al bambino immigrato ed alla sua rete parentale.*
  b) *sistema di controllo e intervento delle patologie dermatologiche sessualmente trasmesse.*
  c) *raccolta dati e predisposizione di un controllo per la circoncisione dei soggetti immigrati al fine di evitare malattie infettive, ricorsi a pratiche assolutamente vietate o viaggi nei paesi di origine per l'espletamento di tale pratica.*
  d) *raccolta dati socio-anagrafici attraverso la elaborazione della scheda di rilascio della tessera sanitaria leggera (come definita nell'allegato A della DGR n.3264/96) per perseguire con informazioni tempestive e qualificate, una ottimizzazione nell'uso delle risorse nel settore socio-sanitario.*
- *Sviluppare e sostenere iniziative di inserimento della popolazione immigrata impiegata nel sistema dell'Assistenza Domiciliare Integrata;*
- *Sviluppare e sostenere le iniziative di intervento rivolte all'area prostituzione con specifici e mirati innovativi progetti di intervento (contatto attraverso operatori di treno).*

Tutto questo ha prodotto una significativa esperienza in termini di assistenza ed anche di preparazione del personale sanitario, perchè si è avviato un percorso formativo che, dall'inizio del 2000 in circa di 2 anni, ha coinvolto 15 Az. Ulss e formato quasi 1.000 operatori sanitari.

la società italiana di medicina delle migrazioni

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (S.I.M.M.) è stata fondata a Roma, nel febbraio 1990, da un esiguo gruppo di medici che da anni, in diverse città italiane, si occupavano, direttamente e su un piano di volontariato, dell'assistenza medica ai pazienti immigrati.

La Società è sorta in modo quasi spontaneo, sospinta e sostenuta dal desiderio unanime di istituire, in primo luogo, un nucleo organizzativo che permettesse uno scambio regolare e fluido delle informazioni che si andavano accumulando presso i vari servizi di assistenza, non solo a livello epidemiologico, ma soprattutto in funzione di un costante miglioramento delle modalità di incontro, sul piano antropologico-medico, con il paziente proveniente da altri contesti socio-culturali.

Sono stati definiti i seguenti obiettivi della Società:

a) Promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in Italia.
b) Favorire attività volte ad incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni.
c) Costituire un 'forum' per lo scambio, a livello nazionale ed internazionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato.
d) Patrocinare attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati.

Nel corso degli anni, alla S.I.M.M. hanno aderito alcune centinaia di persone: medici, psicologi, antropologi, sociologi, personale infermieristico, assistenti sociali e altri operatori socio-sanitari (è stata scelta una pluridisciplinarietà di competenze e profili professionali); ciò ha permesso alla Società di organizzare diversi Convegni Nazionali, di collaborare attivamente alla promozione e di partecipare con impegno e fattiva adesione alle periodiche Consensus Conferences che hanno luogo a Palermo, con scadenza biennale.

Sono sempre occasioni importanti di scambi di esperienze, progetti e possibilità operative.

Questi anni sono stati connotati anche da un'azione su un piano culturale e politico prima per far emergere la problematica del diritto alla salute degli immigrati e poi per orientare scelte operative di promozione della salute.

Con la Legge sull'immigrazione del 1998, per la S.I.M.M. si sono aperti nuovi scenari che sono quelli di un adeguato "monitoraggio" dello strumento normativo in via di applicazione, di una azione politica per rivendicare sempre la certezza del diritto ed un impegno culturale per ripensare un sistema sanitario che non solo garantisca l'accesso ai servizi (come atto dovuto) ma ne assicuri la reale fruibilità, nel nostro caso anche attraverso una medicina transculturale.

Consiglio di Presidenza 2000-2004

Presidente:	Salvatore Geraci (Roma)
Segretario Nazionale:	Gonzalo Castro Cedeno (Roma)
Consiglio:	Issa El Hamad (Bs), Giovanna Dallari (Bo), Nicola Lofrese (Fg), Renzo Malatesta (Tv), Tommaso Esposito (Na)
Past Presidents:	Enrico Nunzi (Ge), Serafino Mansueto (Pa), Luigi Frighi (Roma)

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Presidenza
via Marsala, 103 - 00185 Roma
tel. 06.4454791 fax 06.4457095
www.simmweb.it
email: info@simmweb.it
s.geraci@areasanitaria.it

abbruzzo

- stranieri con permesso di soggiorno al 31.12.2000: 18.933
- stima dei regolarmente presenti: 23.004
- % donne: 49,1
- % sul totale nazionale stranieri: 1,36
- differenza % 1999/2000: .....+ 10,5
- % stranieri sulla popolazione residente (1999): 1,6

IMMIGRAZIONE E SALUTE: ANALISI DELLE NORMATIVE

allegati

1 • Servizi da "riorientare": documento CNEL

Nell'ottica del "lavoro di rete istituzionale" ci sembra opportuno considerare tra i risultati della ricerca quanto elaborato all'interno del **Gruppo Salute e Immigrazione** dell'*Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri* del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) sul ruolo ed in particolare sull'operatività delle Aziende Usl per garantire di fatto una reale promozione della salute per la popolazione immigrata. Il gruppo del CNEL, coordinato dal dr. Salvatore Geraci, ha lavorato sull'accesso al servizio sanitario individuando alcune priorità nel "riorientamento dei servizi" che sono state così sintetizzate secondo priorità di politica aziendale.

• **Formazione del personale**
... Le linee portanti potrebbero essere due:
• **informazione e aggiornamento** sulla presenza quantitativa (quanti sono, da dove provengono, cosa fanno, ...) e qualitativa (perché sono presenti, progetto migratorio, percorsi di integrazione, ...) degli immigrati, sulle principali evidenze sullo stato di salute (le malattie, i fattori di rischio, le aree critiche per la salute, ...) e sulle normative che ne prevedono la tutela (quadro nazionale e locale, linee programmatiche ed organizzative). Tutto ciò per ridimensionare pregiudizi e ricollocare il fenomeno della migrazione in un quadro di strutturalità e di diritto.
• **formazione alla relazione** transculturale con persone provenienti da altri contesti sociali, politici e culturali. L'esercizio alla relazione interpersonale, l'eliminazione di luoghi comuni sull'impermeabilità culturale e l'elaborazione di strategie di comunicazione danno strumenti operativi per gestire relazioni spesso fortemente stressanti e all'apparenza inefficaci.
Gli strumenti individuati (corsi lunghi o brevi, workshop, consensus conference, ...) e le tecniche formative potranno essere diverse in rapporto alle esigenze ed all'organizzazione ma dovranno comprendere percorsi formativi per tutti gli operatori impegnati sul versante salute (compresi gli amministrativi e le figure dirigenziali ...) e in talune realtà tali percorsi si potranno estendere ad altri partner istituzionali (enti locali, questure, ...) e della società civile (volontariato, non profit, associazionismo degli stranieri, sindacati, ordini professionali, scuola ed università ...).
Opportuno sarebbe garantire in modo estensivo un corso base e prevedere dei corsi di II livello maggiormente approfonditi e monotematici per aree d'interesse specifico (ad esempio: area materno infantile, delle malattie infettive, etnopsichiatria o igiene mentale transculturale, ...).

• **Lettura della domanda**
Effetto più o meno immediato prodotto dalla nuova normativa è stata una visibilità apparente della domanda di servizi e di prestazioni da parte dei pazienti immigrati. Sia a livello nazionale sia a livello locale, tranne rare eccezioni, però non si dispone di dati oggettivi che possano quantificare adeguatamente tale domanda, presupposto per una mirata programmazione.
La possibilità di disporre di flussi informativi stabili e coerenti (iscritti al Ssn su aventi diritto, distribuzione territoriale, scelta del medico di base e del pediatra, ricoveri - rod, afo ..., vaccinazioni, assistenza al parto, malattie infettive, prestazioni stp, ...) lo studio puntuale di alcune situazioni di rischio (da includere anche quella, seppur numericamente esigua, dei profughi e dei richiedenti asilo), la domanda drenata da associazioni di volontariato, è ormai di fondamentale importanza per tentare di governare il fenomeno in modo stabile ed ordinario.
Più in generale l'esercizio del diritto all'accesso è funzione della corrispondenza/congruità tra l'offerta dei servizi e le necessità della persona. Deve cioè verificarsi una favorevole condizione di aderenza tra la domanda di salute (ed i bisogni che, ci si augura, la motivano) e l'offerta dei servizi deputati ad erogare quelle prestazioni che possono soddisfare con una opportuna risposta la domanda di salute.

• **Lettura dei bisogni**
La domanda è ciò che appare, che è supportata da una evidenza oggettiva, da un incontro tra servizio ed utente. Il bisogno, pur avendo anch'esso un'importante componente oggettiva spesso non giunge alla visibilità dei servizi per varie ragioni tra le quali lo stato di emarginazione legale e sociale, il valore culturale sulla percezione o meno di esso, gli ostacoli nel manifestarsi. Studiare i bisogni oggettivi ma non percepiti e/o non espressi, così come una adeguata valutazione dei bisogni soggettivi, è di estrema utilità nel monitorare ed adeguare risposte efficaci.

• **Organizzazione dei servizi**
L'organizzazione dei servizi è uno dei temi che maggiormente fa dibattere, in particolar modo sulla necessità o meno di realizzare servizi dedicati all'utenza straniera. Alcune Regioni hanno già sperimentato tali percorsi (vedi Emilia Romagna con gli spazi consultoriali per donne e bambini stranieri) e oggi ci si sta orientando nel rendere maggiormente permeabili agli immigrati i servizi per tutti, con alcune accortezze organizzative che vanno dalla già citata apertura ad esempio dei consultori negli orari nel tempo di riposo per le domestiche, ad ambulatori specialistici (per le malattie infettive) con fasce orarie dedicate con maggiore facilità di accesso (ad esempio senza impegnativa del medico di base per gli stp), ad ambulatori di base a bassa soglia d'accesso e alto impatto relazionale (per gli stp, ...) e così via. Ma la riorganizzazione dei servizi mira essenzialmente ad enfatizzare la necessità di un adeguato **orientamento sanitario**, la possibilità di una **offerta attiva** delle prestazioni e dei servizi e una **mediazione culturale** che passi da un'ottica di prestazioni individuali a quella di un sistema di mediazione e di accoglienza.

L'**orientamento sanitario** richiama l'importanza di un'efficace informazione dell'utenza potenziale, una in-

formazione organizzata e formulata in termini comprensibili e chiari; sappiamo infatti quanto impervio possa talora presentarsi anche per gli stessi italiani il percorso che conduce alla copertura sanitaria pubblica. E' necessario insistere in questa direzione, poiché alcuni studi ad hoc hanno rilevato come una percentuale sorprendentemente bassa di stranieri (per quanto variabile da una realtà geografica all'altra) si iscriva al Ssn tra quelli che ne hanno la possibilità giuridica.
Tale mandato è stato affidato, almeno sulla carta, ad alcuni servizi particolarmente 'strategici' e trasversali come l'*Ufficio Relazioni con il Pubblico* (*URP*),, dove sembrerebbe ovvio riscontrare la capacità di informare ed orientare anche utenti stranieri. Ciò non deve però escludere il tentativo di "raggiungere" l'utente potenziale anche laddove questi vive e lavora, attraverso - ad esempio - opuscoli, incontri a tema, spot televisivi ed altro materiale informativo appositamente predisposto.
Non si può però negare come ad oggi si registri, in generale, una scarsa attenzione verso l'utenza straniera; di questa diffusa disattenzione si può trovare conferma nel fatto che solo eccezionalmente è possibile leggere in Italia nella *Carta dei servizi sanitari* - cioè nel massimo documento di "dichiarazione d'intenti" e di autopromozione delle Aziende USL nei riguardi della propria potenziale utenza - un qualche accenno ai pazienti immigrati.
Gli stessi percorsi sanitari dovrebbero essere ben visibili e attraverso *pittogrammi* o scritte in più lingue e con linguaggio comprensibile.
Alcune gruppi di popolazione non utilizzano adeguatamente le strutture sanitarie e in alcuni casi, soprattutto per interventi di prevenzione, informazione e riduzione del danno è opportuno proporre progetti ed azioni di **offerta attiva** che in alcuni casi si risolvono con l'azione stessa ed in altri sono pretesto per una progressiva inclusione o reinclusione nel sistema salute della popolazione bersaglio. Esempi in questo senso sono quelli sperimentati da tempo sulla tossicodipendenza e più recentemente sulla prostituzione e sui nomadi; vogliamo anche segnalare percorsi all'interno delle comunità straniere, nei loro luoghi di aggregazione ed incontro, con e tra i servizi del volontariato e privato sociale.

Infine potrebbe risultare positivo dopo ulteriori approfondimenti, valutare l'opportunità di inserire personale specificamente preparato e formato per l'orientamento sanitario dell'utenza straniera e figure come quelle di operatori socio-sanitari che oltre ad essere, se necessario, interpreti linguistici, siano capaci di cogliere significati che vanno oltre la richiesta sanitaria; o, ancora, valorizzare le competenze professionali già esistenti tra gli stranieri di meno recente immigrazione.
Per quanto attiene alla figura del **mediatore culturale in sanità** si rimanda a specifici testi di approfondimento (vedi ad esempio il documento CNEL *"Politiche per la mediazione culturale. Formazione ed impiego dei mediatori culturali"*).
Pare interessante cominciare a riflettere anche su una *mediazione di sistema e di processi* dove ogni operatore di salute, a qualsiasi livello, eventualmente integrato e stimolato da adeguate figure professionali, e l'intera struttura sanitaria, possa essere in grado di proficuamente interagire con questi nuovi utenti.

• Flessibilità dell'offerta
Una delle più importanti normative a questo proposito, il D.Lgs. 29/'93, all'art.5 - *Criteri di organizzazione* - afferma che *"1. Le amministrazioni pubbliche sono ordinate secondo i seguenti criteri: [omissis] d) armonizzazione degli orari di servizio, di apertura degli uffici e di lavoro con le esigenze dell'utenza e con gli orari delle amministrazioni pubbliche dei Paesi della Comunità europea, nonché con quelli del lavoro privato; [omissis] f) flessibilità nell'organizzazione degli uffici e nella gestione delle risorse umane anche mediante processi di riconversione professionale e di mobilità del personale [omissis]".*
Le barriere organizzative, oltre ad influenzare l'accessibilità - fisicamente intesa - ai servizi, ne modulano anche la fruibilità effettiva delle prestazioni. Abbiamo citato l'esempio di orari personalizzati per i consultori e proprio quel servizio laddove si proponga di offrire le visite ostetrico-ginecologiche anche alle donne musulmane - che, come è noto, per motivi culturali e religiosi hanno un senso del pudore molto spiccato nei confronti dell'altro sesso - dovrà porsi il problema di organizzare i turni di servizio in modo che ci siano sempre delle ginecologhe, od altrimenti segnalare e diffondere l'informazione dei turni in cui sia possibile richiederne la 'presa in carico'. Valorizzare le conoscenze ad esempio linguistiche del proprio personale con opportune segnalazioni (ad esempio sul cartellino di riconoscimento) e garantire flessibilità negli orari e nei servizi in base ad esigenze emerse.
Una flessibilità dell'offerta significa anche analizzare attentamente il modo di porre la domanda di salute ed individuare percorsi adeguati (ad esempio l'utilizzo più o meno inappropriato del pronto soccorso tra gli zingari e utilizzare questo percorso per un adeguato orientamento, ...); ed ancora valutare le risorse presenti nel territorio come le varie espressioni della società civile e pianificare, anche con specifici accordi, l'offerta dei servizi.

• Lavoro multidisciplinare
Il lavoro multidisciplinare da tempo si invoca nell'ambito sanitario dove sono già previste diverse professionalità ma che spesso non si incontrano; riteniamo che il tema dell'immigrazione possa essere occasione per un lavoro comune. Alcune esperienze locali hanno attivato gruppi di lavoro, progettazione e monitoraggio utilizzando varie figure professionali e integrando le competenze con collaboratori/consulenti di varie discipline ed esperienze.

• Lavoro di rete
Ogni volta che ci si trova con una utenza che esce da standard e canoni abituali si sente l'esigenza di un lavoro di rete che preceda l'azione sanitaria propriamente detta, eventualmente la supporti e poi ne dia un seguito in termini

di reintegrazione e reinserimento sociale o di promozione di comportamenti adeguati; la stessa azione sanitaria spesso prevede vari attori intraziendali; tutti devono avere la capacità di comunicare e di lavorare insieme. Oggi il lavoro di rete inizia già in termini di programmazione degli interventi e di pianificazione delle risorse e vede impegnati diversi attori oltre quelli propriamente sanitari: enti locali, istituzioni, volontariato, associazionismo di italiani e di immigrati, privato sociale, scuola ... . Sempre più spesso l'iniziativa parte da organismi non governativi che promuovono progetti e reti e tengono uniti soggetti a volte molto distanti e diversi.
... Uno dei partner individuato come strategico per il lavoro di rete e per assicurare efficacia ed efficienza ad alcuni interventi di promozione della salute è certamente il volontariato.
Citato esplicitamente nel PSN, nella legge sull'immigrazione, nel suo regolamento d'attuazione e nella circolare ministeriale, il coinvolgimento del volontariato è stato ripreso da varie delibere regionali e da protocolli aziendali. ...
In questo specifico ambito ci sembra di cogliere la volontà del legislatore di riconoscere al volontariato quel patrimonio di esperienza e competenza dovuto ad un impegno di assistenza ma anche di ricerca e proposizione che da poco tempo si è avviato sul versante pubblico e la volontà di non disperdere tale patrimonio. Il termine stesso volontariato va inteso, in questo caso, in modo estensivo anche a quelle esperienze di cooperazione sociale che hanno avuto avvio dal volontariato stesso e pur connotandosi in termini di piccola impresa ne condividono i valori e lo spirito. Il coinvolgimento, non in termini di mera delega operativa, ma con una pianificazione comune pur nelle specificità delle competenze e responsabilità ci pare in linea con la costruzione di un moderno e speriamo efficiente stato sociale.

"Riorientare" i servizi

• Formazione del personale
informazione, formazione specifica, formazione relazionale, aggiornamento, ...

• Lettura dei bisogni
rilevazione dei dati di routine, indagini specifiche, ...

• Lettura della domanda
legata alla percezione dei bisogni, alla traduzione culturale, alla possibilità di esprimersi, all'incontro con i servizi, ...

• Organizzazione dei servizi
orari, offerta attiva, mediazione

• Flessibilità dell'offerta
modulare l'offerta in base alle verifiche dei bisogni e delle attività, sperimentare nuovi percorsi ...

• Lavoro multidisciplinare
all'interno del mondo sanitario, integrazione con altre discipline, ...

• Lavoro di rete
con altri attori intra aziendali, istituzionali, volontariato, associazionismo di italiani e di immigrati, privato sociale, ...

2 • Ministero della Sanità
Commissione di studio per la salute degli immigrati

LE 10 REGOLE PER L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI IMMIGRATI: DECALOGO PER GLI OPERATORI

Se sei un operatore sanitario, amministrativo o sociale che opera in sanità, è necessario che tu sappia quali sono, ai sensi della normativa vigente, i diritti e i doveri di assistenza degli stranieri presenti nel nostro Paese.

1. Tutti gli stranieri non appartenenti all'Unione Europea presenti in Italia con regolare permesso di soggiorno per i seguenti motivi: *lavoro, motivi familiari, asilo politico, asilo umanitario, richiesta di asilo, attesa adozione, affidamento, acquisto della cittadinanza*, hanno l'obbligo di iscriversi al Servizio sanitario nazionale. *Con l'obbligatorietà si è in effetti voluto facilitare la tutela della salute degli stranieri, che è anche a garanzia della salute di tutti.*
2. Con l'iscrizione si acquisiscono gli stessi diritti e doveri di assistenza riconosciuti ai cittadini italiani. *Ciò rende tutto piu' facile: quello che è previsto per i cittadini italiani (medicina generale, visite ed esami specialistici, ricoveri, assistenza farmaceutica, esenzione ticket, etc.) vale anche per gli stranieri immigrati iscritti al Ssn.*
3. L'assistenza è garantita anche ai familiari a carico regolarmente soggiornanti.
4. L'iscrizione si effettua presso la Asl di residenza o di dimora (quella indicata sul permesso di soggiorno) e vale fino allo scadere del permesso. Per iscriversi sono sufficienti il permesso di soggiorno, il codice fiscale e il certificato di residenza (sostituibile, se lo straniero non è residente, con una sua dichiarazione scritta di dimora abituale). *Se uno straniero che ne ha obbligo/diritto non ha ancora formalizzato la sua iscrizione, ciò non deve comportare in alcun modo l'impossibilità ad assisterlo: in questo caso, anzi, l'iscrizione sarà fatta d'ufficio. Per mantenere l'iscrizione allo scadere del permesso di soggiorno è sufficiente che lo straniero esibisca all'anagrafe sanitaria il cedolino della richiesta di rinnovo rilasciato dalla Questura.*
5. Gli stranieri *studenti* o *collocati alla pari*, e quelli con permesso di soggiorno per altri motivi, ad esempio per *residenza elettiva* o per *motivi religiosi*, hanno due possibilità: o sottoscrivere una polizza assicurativa privata riconosciuta in Italia contro il rischio di malattie e infortunio e per la tutela della maternità, o iscriversi volontariamente al Ssn pagando una quota fissa annuale variabile secondo la tipologia del permesso. Con l'iscrizione volontaria al Ssn possono essere assistiti anche eventuali figli a carico: *ciò significa che questi bambini possono avere il "pediatra di libera scelta". Questa iscrizione ha validità annuale e va quindi rinnovata.*
6. Se gli stranieri hanno invece un permesso di soggiorno di breve durata, per esempio per affari o per turismo, devono avere un'assicurazione privata, o altrimenti pagare per intero tutte le cure e prestazioni eventualmente ricevute. *Queste ultime categorie non possono quindi iscriversi al Ssn.*
7. Anche agli stranieri irregolari (cioè privi di permesso di soggiorno in corso di validità), sono comunque assicurate, nei presidi pubblici e privati accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorchè continuative, per malattia e infortunio e gli interventi di medicina preventiva. In particolare sono garantiti:
   - La tutela della gravidanza e della maternità;
   - La tutela della salute del minore;
   - Le vaccinazioni e gli interventi di profilassi internazionale;
   - La profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

   L'erogazione di queste prestazioni è legata ad una tessera/codice "STP" (Straniero Temporaneamente Presente) rilasciabile dalle Aziende sanitarie.

   Queste disposizioni rispondono soprattutto ad esigenze di sanità pubblica: la "clandestinità sanitaria" non conviene infatti a nessuno!

   Per cure essenziali si intendono "le 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)".
8. In caso che gli stranieri siano indigenti, le prestazioni citate al punto 7) gli sono assicurate senza spese a loro carico, ad eccezione dei casi in cui, anche per gli altri stranieri regolari e per gli italiani, sia previsto il pagamento del ticket. *L'indigenza deve essere dichiarata compilando un modulo che è allegato alla Circolare ministeriale n. 5/2000.*
9. La legge vieta alle strutture sanitarie di segnalare alle autorità di polizia la presenza di irregolari (tranne nei casi in cui sia obbligatorio il referto anche per gli utenti italiani). *Se ciò avvenisse, in breve tempo nessun clandestino si rivolgerebbe piu' alle strutture sanitarie e questo è proprio ciò che bisogna evitare: non vi sarebbe infatti altra possibilità efficace di verificare le condizioni di salute dei soggetti comunque presenti sul territorio nazionale, a tutela della salute dell'intera collettività! Inoltre compito precipuo degli operatori e dell'organizzazione sanitari è di aiutare chi sta male.*
10. Il cittadino straniero presente all'estero può essere curato in Italia qualora gli venga concesso un visto di ingresso e un permesso di soggiorno per *cure mediche*. Per ottenerlo occorre che siano soddisfatti una serie di requisiti e adempimenti di natura giuridico-amministrativa (dichiarazione della struttura sanitaria prescelta, pubblica o privata accreditata, che indichi il tipo di cura e la sua presumibile durata), economica (versamento alla stessa struttura di un deposito cauzionale pari al 30% del costo complessivo presumibile delle prestazioni richieste), e sociale (documentazione comprovante disponibilità di vitto e alloggio fuori dalla struttura sanitaria e di rimpatrio per l'assistito e per l' eventuale accompagnatore).

3 • Ministero della Sanità
Commissione di studio per la salute degli immigrati

LE 10 REGOLE PER L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI IMMIGRATI: DECALOGO PER GLI UTENTI
IL DIRITTO ALLA TUA SALUTE

1. Se sei straniero (da un paese non appartenente all'Unione Europea) e hai un regolare permesso di soggiorno per i seguenti motivi: *lavoro, motivi familiari, asilo politico, asilo umanitario, richiesta di asilo, attesa adozione, affidamento, acquisto della cittadinanza*, devi iscriverti al Servizio sanitario nazionale (il Ssn, cioè il sistema di assistenza pubblica). E' un diritto/dovere che protegge la tua salute!

2. Con l'iscrizione acquisisci gli stessi diritti e doveri che hanno i cittadini italiani: cioè puoi sceglierti il tuo medico di fiducia (cui rivolgerti per problemi non gravi e urgenti), o fare tutte le visite e gli esami specialistici, o essere ricoverato in ospedale e prendere le medicine per curarti che i medici ti indicheranno. In alcuni casi dovrai pagare, come gli altri cittadini italiani, una parte delle spese di assistenza (il ticket).

3. L'assistenza è garantita anche ai tuoi familiari a carico regolarmente soggiornanti (moglie, marito, figli, fratelli o sorelle, genitori, etc.), se ne hai qui in Italia.

4. Per iscriverti devi rivolgerti alla Azienda sanitaria locale (ASL) della città, zona o quartiere dove hai la residenza o la dimora (quella indicata sul tuo permesso di soggiorno). Per iscriverti bastano il permesso di soggiorno, il codice fiscale e, se ce l'hai, il certificato di residenza (che può essere sostituito da una tua dichiarazione scritta di dimora abituale). Quando andrai a iscriverti, dovrai scegliere il tuo medico di fiducia tra quelli che sono nell'elenco della ASL: preparati prima! Se hai bambini, dovrai anche scegliere il loro pediatra. L'iscrizione alla ASL vale fino allo scadere del permesso di soggiorno. Quando presenterai domanda di rinnovo del permesso, ricordati di mostrare il cedolino della richiesta all'ufficio anagrafe sanitaria della ASL, altrimenti rischi di essere tolto dall'elenco degli assistiti!

5. Se sei uno *studente* o sei *collocata/o alla pari*, o hai un permesso di soggiorno per motivi diversi, per esempio per *residenza elettiva* o per *motivi religiosi*, hai due possibilità: o avere un'assicurazione riconosciuta (cioè considerata valida) in Italia, contro il rischio di malattie e infortunio e per la tutela della maternità, o iscriverti al Ssn (iscrizione volontaria) pagando una quota fissa annuale: informati alla ASL. Con l'iscrizione volontaria al Ssn possono essere assistiti anche i tuoi figli a carico, se ne hai; questa iscrizione ha validità annuale e va quindi rinnovata.

6. Se invece hai un permesso di soggiorno di breve durata, per esempio per *affari* o per *turismo*, devi avere un'assicurazione privata, o dovrai pagare per intero tutte le cure e prestazioni eventualmente ricevute.

7. Anche se non hai un permesso di soggiorno valido (ti è scaduto e non è stato rinnovato o non lo hai mai avuto), ma hai dei problemi di salute importanti, il Ssn italiano ti dà la possibilità di essere curato, sia in ambulatorio che in ospedale, con una tessera o codice chiamata "STP". Ciò vale specialmente per le donne in gravidanza o diventate mamme, i bambini e le persone che hanno una malattia infettiva. E' importante che tu chieda aiuto alle strutture sanitarie pubbliche se non stai bene, anche per proteggere le altre persone che potrebbero ammalarsi. Ricordati che spesso anche associazioni di volontariato ti possono aiutare.

8. Se sei povero non dovrai pagare i medici e le strutture, ma contribuire solo con una piccola parte della spesa (il ticket) e solo quando è previsto anche per gli altri stranieri regolari e per gli italiani.

9. Anche se sei clandestino non devi avere timore di andare dal medico o in ospedale: la legge italiana vieta di denunciarti alla polizia per il fatto che non hai il permesso di soggiorno; il compito dei medici, degli infermieri e di tutta l'organizzazione è infatti aiutare chi sta male.

10. Se sei ancora all'estero e vuoi venire in Italia per farti curare, dovrai prima ottenere un visto di ingresso e un permesso di soggiorno per *cure mediche*. Non è una cosa facile, perché per averlo devi presentare una documentazione particolare (informati presso la rappresentanza diplomatica o consolare). In particolare dovrai versare alla struttura sanitaria che ti curerà un deposito pari al 30% delle spese di assistenza previste. Inoltre devi dimostrare di poter pagare tutte le cure ricevute e le spese di rimpatrio, e di avere in Italia, per tutto il periodo delle cure, la disponibilità di vitto e di alloggio, per te e per un tuo eventuale accompagnatore.

4 • Ministero della Sanità
Commissione di studio per la salute degli immigrati

ALLEGATO TECNICO AL DECALOGO PER OPERATORI SANITARI: APRILE 2001

Lo straniero immigrato, qualora non iscritto al SSN, al momento in cui richiede una prestazione sanitaria, può rientrare in una delle seguenti 3 categorie:

1. Immigrati regolarmente presenti

ISCRITTI OBBLIGATORIAMENTE AL SSN

(in possesso dei permessi di soggiorno - o della ricevuta della richiesta di rinnovo - elencati nella Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag. 37 GU: lavoro subordinato; lavoro autonomo; iscrizione liste di collocamento; motivi familiari e ricongiungimento familiare; asilo politico; asilo umanitario che comprende i permessi di soggiorno per protezione sociale, i minori di anni 18 - a volte permessi "per minore età" -, donne in stato di gravidanza e di puerperio, per motivi umanitari e motivi straordinari, stranieri ospitati in venti d'accoglienza; richiesta di asilo anche ai sensi della Convenzione di Dublino; attesa adozione, affidamento; acquisto di cittadinanza).

Vengono obbligatoriamente iscritti al Ssn, a parità di condizioni con il cittadino italiano, ai sensi del primo comma, art. 34 DLGS n. 286/98.

[Documenti necessari: *permesso di soggiorno o ricevuta richiesta rinnovo, codice fiscale, certificato di residenza* (eventualmente autocertificata) o in assenza di essa *dichiarazione di effettiva dimora* come risulta dal permesso di soggiorno. Per le modalità di iscrizione vedi Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag. 39 GU].

N.B.:

- L'iscrizione obbligatoria vale anche per i familiari a carico.
- L'iscrizione obbligatoria al Ssn è prevista anche per tutti i cittadini stranieri detenuti e internati (in possesso o meno del permesso di soggiorno) anche se in semilibertà o con forme alternative di pena (DL n. 230 del 22.6.1999, suppl. ordinario n. 132/L alla GU n. 165 del 16.7.1999).
- Per il cittadino straniero con permesso di soggiorno per richiesta di asilo e per i detenuti, le prestazioni sanitarie sono fornite in esenzione dal sistema di compartecipazione alla spesa (Circolare Ministeriale del 24.3.2000 n. 5, pag. 39 GU).
- È da precisare che il permesso di soggiorno "per motivi di salute" rilasciato a seguito di una malattia, infortunio o malattia professionale che non consentano allo straniero di lasciare il territorio nazionale al momento della scadenza del permesso di soggiorno, dà luogo all'iscrizione obbligatoria al Ssn (Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag.38 GU).
- Il permesso di soggiorno rilasciato a donne in stato di gravidanza e di puerperio ai sensi dell'art. 19, comma 2 lettera a) del DLGS n. 286/98, spesso impropriamente chiamato "per cure mediche", comporta anch'esso l'iscrizione obbligatoria al Ssn.
- La prestazione sanitaria va comunque fornita (Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag. 38 GU), anche se non si è ancora provveduto alla formalizzazione dell'iscrizione al Ssn.

ISCRITTI FACOLTATIVAMENTE AL SSN

Gli stranieri che hanno un permesso di soggiorno di durata superiore ai 3 mesi e che non rientrano tra coloro che sono di diritto iscritti al Ssn, possono chiedere l'iscrizione volontaria, previa corresponsione del contributo dovuto ai sensi del DM 8.10.1986. Detto contributo fa riferimento all'anno solare (gennaio-dicembre), non è frazionabile e attualmente non può essere inferiore a £ 750.000 all'anno. Tale iscrizione è estesa anche ai familiari a carico. L'iscrizione volontaria può essere richiesta dagli stranieri soggiornanti per motivi di studio e da quelli collocati alla pari anche se titolari di permessi di soggiorno di durata inferiore ai tre mesi. È possibile scegliere un contributo annuo ridotto ma che non è valido per i familiari a carico: attualmente £ 290.000 per gli studenti, £ 425.000 per i collocati alla pari.

Documenti necessari all'iscrizione su base volontaria: *autocertificazione di residenza* o dichiarazione di effettiva dimora; *permesso di soggiorno* in corso di validità o richiesta di rinnovo dello stesso; *autocertificazione del numero fiscale*; *ricevuta di versamento al fondo sanitario regionale* (tramite conto corrente postale).

NON ISCRITTI NÉ ISCRIVIBILI AL SSN

Gli stranieri in possesso di un permesso di soggiorno non superiore a tre mesi e quindi non iscritti al Ssn possono accedere alle prestazioni ed ai servizi offerti dal Ssn dietro pagamento delle relative tariffe determinate dalle regioni e dalle provincie autonome ai sensi dell'art. 8, commi 5 e 7 del DLGS n. 502/92 e successive modificazioni. Sono esclusi da tali tariffe gli stranieri muniti di modelli attestanti il diritto all'assistenza sanitaria in base a trattati ed accordi bilaterali.

2. Immigrati irregolari con domanda di regolarizzazione

(ai sensi del DPCM 16.10.1998: stranieri non appartenenti all'Unione Europea, lavoratori subordinati, presenti in Italia prima dell'entrata in vigore della Legge 40/98)

Temporaneamente iscrivibili al Ssn.

(Telex Ministero della Sanità, prot. DPS-X-40-286/98-240 del 1.4.2000).

[Documenti necessari: *ricevuta di presentazione della domanda di regolarizzazione, dichiarazione di effettiva dimora*].

N.B.: La prestazione sanitaria va comunque fornita (Telex Ministero della Sanità, prot.DPS-X-40-286/98-240 del 1.4.00 e Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag 38 GU), anche se non si è ancora provveduto alla formalizzazione dell'iscrizione al SSN.

3. Immigrati irregolarmente presenti

Qualora sussista uno stato d'indigenza e venga sottoscritta la *"dichiarazione di indigenza",* valida 6 mesi, (vedi modello 1, allegato alla Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag. 44 GU, da rilasciare in copia all'immigrato), vengono erogate, gratuitamente o con ticket, le seguenti prestazioni:

CURE URGENTI: esonero anche dal ticket a parità di condizione con il cittadino italiano (DLGS n. 286/98, art. 35, comma 4 e Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag. 42 GU);

CURE ESSENZIALI:
[Per cure essenziali si intendono "le 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)."]

- prestazioni sanitarie di primo livello (ad accesso diretto) e specialistiche, presso le strutture della medicina del territorio o dei presidi sanitari pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collegamento con organismi di volontariato aventi esperienza specifica, (DPR 394/99, art. 43, comma 8 e Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag. 42 GU). Le prestazioni di base saranno fornite senza ticket (DLGS n. 286/98, art. 35, comma 4 e Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag. 42 GU);
- ricoveri: da eseguirsi su richiesta del medico operante nelle strutture previste dal comma 8 art.43 del DPR n. 394/99.

N.B.: Per le *patologie esenti* elencate nel DM n. 329 del 28.5.1999, è previsto l'esonero dal ticket relativamente alle prestazioni specialistiche correlate alla patologia (Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag. 42 GU).

TUTELA DELLA MATERNITA' RESPONSABILE E DELLA GRAVIDANZA:
(prestazioni sanitarie in conformità alle leggi 29.7.1975 n. 405, 22.5.1978 n. 194 e al DM 10.9.1998); esonero dal ticket (DLGS n. 286/98, art.35, comma 4 e Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag. 42 GU);

MINORI (0-18 anni): prestazioni sanitarie di primo livello (ad accesso diretto), presso strutture pubbliche e private accreditate, ospedaliere o territoriali: per dette prestazioni esonero dal ticket, (anche per i soggetti di età superiore a 6 anni), (L 176/91, richiamata all'art. 35 DLGS n. 286/98 e Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag. 42 GU); per tutte le altre prestazioni: ticket come per il minore italiano.

ANZIANI (> di 65 anni) e MINORI (< di 6 anni): esonero anche dal ticket (Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag. 42 GU).

Tutte le prestazioni, le prescrizioni e le pratiche di rendicontazione saranno effettuate mediante l'utilizzo del codice STP (=straniero temporaneamente presente), come da Circolare Ministeriale n. 5 del 24.3.2000, pag. 42 GU. Il codice STP sarà rilasciato dalle Aziende ospedaliere e dalle strutture territoriali individuate dalle Aziende USL.
Codice STP: costituito da 16 caratteri: 3 per la scritta STP, 3 per il codice ISTAT della Regione, 3 per il codice ISTAT della Struttura Sanitaria erogante, 7 = numero progressivo assegnato da ogni Struttura.

5 • Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286

TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA DISCIPLINA DELL'IMMIGRAZIONE E NORME SULLA CONDIZIONE DELLO STRANIERO.
SUPPLEMENTO ORDINARIO ALLA GAZZETTA UFFICIALE, N. 191 DEL 18 AGOSTO 1998 - SERIE GENERALE

TITOLO V
DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA, ISTRUZIONE, ALLOGGIO, PARTECIPAZIONE ALLA VITA PUBBLICA E INTEGRAZIONE SOCIALE

Capo I
Disposizioni in materia sanitaria

ART. 34
Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale
(già Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 32)

1. Hanno l'obbligo di iscrizione al Ssn ed hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal Ssn ed alla sua validità temporale:
   a) gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento;
   b) gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza.

2. L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti. Nelle more dell'iscrizione al Ssn ai minori figli di stranieri iscritti al Ssn è assicurata, fin dalla nascita, il medesimo trattamento dei minori iscritti.

3. Lo straniero regolarmente soggiornante, non rientrante tra le categorie indicate nei commi 1 e 2 è tenuto ad assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità mediante stipula di apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale, ovvero mediante iscrizione al Ssn valida anche per i familiari a carico. Per l'iscrizione al Ssn deve essere corrisposto, a titolo di partecipazione alle spese, un contributo annuale, di importo percentuale, pari a quello previsto per i cittadini italiani, del reddito complessivo conseguito nell'anno precedente in Italia e all'estero. L'ammontare del contributo è determinato con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro e non può essere inferiore al contributo minimo previsto dalle norme vigenti.

4. L'iscrizione volontaria al Ssn può essere altresì richiesta:
   a) dagli stranieri soggiornanti in Italia titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio;
   b) dagli stranieri regolarmente soggiornanti collocati alla pari, ai sensi dell'accordo europeo sul collocamento alla pari approvato dal Consiglio d'Europa il 24 novembre 1969 e ratificato con legge 18 maggio 1973, n.304.

5. I soggetti di cui al comma 4 sono tenuti a corrispondere per l'iscrizione al Ssn, a titolo di partecipazione alla spesa, un contributo annuale forfettario negli importi e secondo le modalità previsti dal decreto di cui al comma 3.

6. Il contributo per gli stranieri indicati al comma 4, lettere a) e b) non è valido per i familiari a carico.

7. Lo straniero assicurato al Ssn è iscritto nella Unità Sanitaria Locale del Comune in cui dimora secondo le modalità previste dal regolamento di attuazione.

ART. 35
Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale
(già Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 33)

1. Per le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini stranieri non iscritti al Ssn devono essere corrisposte, dai soggetti tenuti al pagamento di tali prestazioni, le tariffe determinate dalle Regioni e Province autonome ai sensi dell'art. 8, comma 5 e 7, del decreto legislativo 30.12.92 n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7.12.1993 n. 517.

2. Restano salve le norme che disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri in Italia in base a trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia.

3. Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Sono in particolare garantiti:

a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n.405 e 25 maggio 1978, n. 194 e con decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;
b) la tutela della salute del minore, in esecuzione della Convenzione di New York del 20 novembre 1989, ratificata con Legge del 27 maggio 1991 n. 176.
c) vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni;
d) interventi di profilassi internazionale;
e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

4. Le prestazioni di cui al comma 3 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

5. L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

6. Fermo restando il finanziamento delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali a carico del Ministero dell'Interno; agli oneri recati dalle rimanenti prestazioni contemplate nel comma 3 del presente articolo, nei confronti degli stranieri privi di risorse economiche sufficienti, si provvede nell'ambito delle disponibilità del Fondo sanitario nazionale, con corrispondente riduzione dei programmi riferiti agli interventi di emergenza.

ART. 36
Stranieri che entrano in Italia per motivi di cura
(già Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 34)

1 Lo straniero che intende ricevere cure mediche in Italia e l'eventuale accompagnatore possono ottenere uno specifico visto d'ingresso ed il relativo permesso di soggiorno. A tale fine gli interessati devono presentare una dichiarazione della struttura sanitaria italiana prescelta che indichi il tipo di cura, la data d'inizio della stessa e la durata presunta del trattamento terapeutico, devono attestare l'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale, tenendo conto del costo presumibile delle prestazioni sanitarie richieste, secondo modalità stabilite dal regolamento di attuazione, nonchè documentare la disponibilità in Italia di vitto e alloggio per l'accompagnatore e per il periodo di convalescenza interessato. La domanda di rilascio del visto o di rilascio o rinnovo del permesso può anche essere presentata da un familiare o da chiunque altro vi abbia interesse.

2 Il trasferimento per cure in Italia con rilascio di permesso di soggiorno per cure mediche è altresì consentito nell'ambito di programmi umanitari defini ai sensi dell'articolo 12, comma 2, lettera c), del DLGS n. 502 del 30.12.1992, come modificato dal DLGS n. 517 del 7.12.1993, previa autorizzazione del Ministero della sanità, d'intesa con il Ministero degli affari esteri. Le Aziende sanitaria locali e le Aziende ospedaliere, tramite le Regioni, sono rimborsate delle spese sostenute che fanno carico al Fondo sanitario nazionale.

3 Il permesso di soggiorno per cure mediche ha una durata pari alla durata presunta del trattamento terapeutico ed è rinnovabile finchè durano le necessità terapeutiche documentate.

4 Sono fatte salve le disposizioni di materia profilassi internazionale.

6 • Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394

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.
SUPPLEMENTO ORDINARIO ALLA GAZZETTA UFFICIALE, N. 258 DEL 3 NOVEMBRE 1999 - SERIE GENERALE

CAPO VI
DISPOSIZIONI IN MATERIA SANITARIA

Art. 42
Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale
(Art. 34 Testo Unico, già art. 32 legge 40/98)

1. Lo straniero in possesso del permesso di soggiorno per uno dei motivi di cui all'articolo 34, comma 1, del testo unico, e per il quale sussistono le condizioni ivi previste, è tenuto a richiedere l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale ed è iscritto, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistibili dell'Azienda unità sanitaria locale, d'ora in avanti indicata con la sigla USL, nel cui territorio ha residenza ovvero, in assenza di essa, nel cui territorio ha effettiva dimora, a parità di condizioni con il cittadino italiano. L'iscrizione è altresì dovuta, a parità di condizioni con il cittadino italiano nelle medesime circostanze, allo straniero regolarmente soggiornante iscritto nelle liste di collocamento. Alle medesime condizioni di parità sono assicurate anche l'assistenza riabilitativa e protesica.

2. In mancanza di iscrizione anagrafica, per luogo di effettiva dimora si intende quello indicato nel permesso di soggiorno, fermo restando il disposto dell'articolo 6, commi 7 e 8, del testo unico. L'iscrizione alla Usl è valida per tutta la durata del permesso di soggiorno.

3. Per il lavoratore straniero stagionale l'iscrizione è effettuata, per tutta la durata dell'attività lavorativa, presso l'Usl del Comune indicato ai fini del rilascio del permesso di soggiorno.

4. L'iscrizione cessa in caso di scadenza del permesso di soggiorno, salvo il caso che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno o il permesso di soggiorno rinnovato. L'iscrizione cessa altresì per mancato rinnovo, revoca o annullamento del permesso di soggiorno ovvero per espulsione, comunicati alla Usl a cura della questura, salvo che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la pendenza del ricorso contro i suddetti provvedimenti. L'iscrizione parimenti cessa negli altri casi in cui vengono meno le condizioni di cui al comma 1.

5. L'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale di cui all'articolo 34, comma 1, del testo unico, non è dovuta per gli stranieri di cui all'articolo 27, comma 1, lettere a), i) e q), del testo unico, che non siano tenuti a corrispondere in Italia, per l'attività ivi svolta, l'imposta sul reddito delle persone fisiche, fermo restando l'obbligo, per sé e per i familiari a carico, della copertura assicurativa di cui all'articolo 34, comma 3, del testo unico. L'iscrizione non è dovuta neppure per gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per affari.

6. Fuori dai casi di cui all'articolo 34, comma 1, del testo unico, in alternativa all'assicurazione contro il rischio di malattia, infortunio e maternità prevista dall'articolo 34, comma 3, del medesimo testo unico, e fatta salva la specifica disciplina di cui al successivo comma 4 dello stesso articolo, concernente gli stranieri regolarmente soggiornanti per motivi di studio o collocati "alla pari", lo straniero che abbia richiesto un permesso di soggiorno di durata superiore a tre mesi, può chiedere l'iscrizione volontaria al Servizio Sanitario Nazionale, previa corresponsione del contributo prescritto.

Art. 43
Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale
(Art. 35 del Testo Unico, già art. 33 legge 40/98)

1. Ai cittadini stranieri regolarmente soggiornanti, ma non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, sono assicurate le prestazioni sanitarie urgenti, alle condizioni previste dall'articolo 35, comma 1, del testo unico. Gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale possono inoltre chiedere all'Azienda Ospedaliera o all'Unità sanitaria locale di fruire, dietro pagamento delle relative tariffe, di prestazioni sanitarie di elezione.

2. Ai cittadini stranieri presenti nel territorio dello Stato, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono comunque assicurate, nei presidi sanitari pubblici e privati accreditati, le prestazioni sanitarie previste dall'articolo 35, comma 3, del testo unico.

3. La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti degli stranieri privi di permesso di soggiorno vengono

effettuate, nei limiti indicati dall'articolo 35, comma 3, del testo unico, utilizzando un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice identificativo è composto, oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Il codice, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, identifica l'assistito per tutte le prestazioni di cui all'articolo 35, comma 3 del testo unico. Tale codice deve essere utilizzato anche per la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate ai fini del rimborso e la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate.

4. Gli oneri per le prestazioni sanitarie di cui all'articolo 35, comma 3, del testo unico, erogate ai soggetti privi di risorse economiche sufficienti, comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente non versate, sono a carico della Usl competente per il luogo in cui le prestazioni sono state erogate. In caso di prestazioni sanitarie lasciate insolute dal cittadino straniero, l'Azienda Ospedaliera ne chiede il pagamento alla Usl, ovvero, se si tratta di prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, al Ministero dell'Interno, secondo procedure concordate. Lo stato d'indigenza può essere attestato attraverso autodichiarazione presentata all'ente sanitario erogante.

5. La comunicazione al Ministero dell'Interno per le finalità di cui al comma 4, è effettuata in forma anonima, mediante il codice regionale STP di cui al comma 3, con l'indicazione della diagnosi, del tipo di prestazione erogata e della somma di cui si chiede il rimborso.

6. Salvo quanto previsto in attuazione dell'articolo 20 del testo unico, le procedure di cui ai commi 4 e 5 si applicano anche nel caso di prestazioni sanitarie effettuate nei confronti di profughi o sfollati, assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale per effetto di specifiche disposizioni di legge che pongono i relativi oneri a carico dello Stato.

7. Sono fatte salve le disposizioni che disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri in Italia sulla base di trattati o accordi internazionali di reciprocità, bilaterali o multilaterali, sottoscritti dall'Italia. In tal caso, l'Usl chiede il rimborso eventualmente dovuto degli oneri per le prestazioni erogate secondo le direttive emanate dal Ministero della Sanità in attuazione dei predetti accordi.

8. Le Regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative previste dall'articolo 35, comma 3, del testo unico, possano essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica.

Art. 44
Stranieri che entrano in Italia per motivi di cura
(Art. 36 del Testo Unico, già art. 34 legge 40/98)

1. Il cittadino straniero che intende effettuare, dietro pagamento dei relativi oneri, cure mediche in Italia, richiede il visto ed il relativo permesso di soggiorno, rispettivamente, alla competente rappresentanza diplomatica o consolare ed alla questure, allegando la seguente documentazione:
   a) dichiarazione della struttura sanitaria prescelta, pubblica o privata accreditata, che indichi il tipo di cura, la data di inizio e la durata presumibile della stessa, osservate le disposizioni in vigore per la tutela dei dati personali.
   b) Attestazione dell'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale sulla base del costo presumibile delle prestazioni richieste. Il deposito cauzionale, in lire italiane, in euro o in dollari statunitensi, dovrà essere versato alla struttura prescelta.
   c) Documentazione comprovante la disponibilità in Italia di risorse sufficienti per l'integrale pagamento delle spese sanitarie e di quelle di vitto e alloggio fuori dalla struttura sanitaria e di rimpatrio per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore.

2. Con l'autorizzazione di cui all'articolo 36, comma 2, del TU sono stabilite le modalità per il trasferimento per cure in Italia nei casi dalla stessa disposizione e per quelli da effettuarsi nell'ambito dei programmi di cui all'articolo 32, comma 15, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449".

7 • Ministero della Sanità
Dipartimento professioni sanitarie, risorse umane e tecnologiche in sanità. Assistenza sanitaria di competenza statale - Ufficio X

CIRCOLARE N° 5 DEL 24 MARZO 2000
DPS- X- 40 - 286/98

"INDICAZIONI APPLICATIVE DEL DECRETO LEGISLATIVO 25 LUGLIO 1998, N. 286, "TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA DISCIPLINA DELL'IMMIGRAZIONE" E NORME SULLA CONDIZIONE DELLO STRANIERO" - DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA SANITARIA"
GAZZETTA UFFICIALE N. 126 DEL 1 GIUGNO 2000 – SERIE GENERALE

Con circolare del 22 aprile 1998 prot. DPS.X-40/98-1010 (pubblicata sulla GU n. 117 del 22 maggio 1998) sono state emanate le direttive per l'applicazione della legge 6 marzo 1998 n. 40 (pubblicata nel Supplemento Ordinario n. 40/L alla Gazzetta Ufficiale n.59 del 12 marzo 1998), entrata in vigore a decorrere dal 27 marzo 1998, limitatamente a quelle di immediata ed urgente attuazione, in attesa di poter completare le stesse direttive una volta emanato il Regolamento di attuazione previsto dall' art. 1 - comma 6 - della stessa legge.

In via preliminare devesi far presente che, in attuazione dell'articolo 47 - comma 1 - della suddetta legge 40/1998, è stato emanato con il decreto legislativo 25 luglio 1998 n.286 (SO n. 139/L alla G. U. del 18.8.1998 n. 191) il testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, nel quale sono state riunite e coordinate le norme della stessa legge 40/98 con le disposizioni, in quanto compatibili, contenute nel TU delle leggi di pubblica sicurezza di cui al regio decreto 18 giugno 1921 n. 733, nella legge 30 dicembre 1986 n. 943 e nell'art. 3 - comma 13 - della legge 8 agosto 1985 n. 335.
Con decreto legislativo 13 aprile 1999 n. 113 (GU del 27.4.99 n. 97) sono state emanate disposizioni correttive al sopraindicato TU 286/98, a norma dell'art. 47 - comma 2 - della legge 40/98, che, per quanto di interesse e competenza, hanno modificato gli articoli 33 e 49 del suddetto TU

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 1 - comma 6 - del TU, è stato emanato infine, con D.P.R. 31 agosto 1999 n. 394 (SO n.190/L alla GU del 3 novembre 1999 n. 258) il Regolamento di attuazione di cui sopra si è detto.
Nelle materie di competenza legislativa delle Regioni, le disposizioni del TU costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, mentre per le materie di competenza delle Regioni a statuto speciale e per le Province autonome le disposizioni stesse hanno un valore di norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica.
In proposito si precisa che l'articolo 1 della legge 15 marzo 1997 n. 59 prevede, al comma 3, che rimangono nella competenza dell'Amministrazione statale le funzioni ed i compiti riguardanti l'immigrazione, i rifugiati e l'asilo politico oltre che i compiti preordinati ad assicurare l'esecuzione a livello nazionale degli obblighi derivanti dal Trattato sull'Unione europea e dagli Accordi internazionali. Il successivo D.Lgs. 31 marzo 1998 n. 112 (SO n. 96/L alla GU n. 116 del 21 maggio 1998) ha individuato in particolare, nel Titolo IV - Capo 1 (Tutela della salute) - tutte le funzioni amministrative che rimangono nell'ambito della competenza del Ministero della Sanità.

Devesi in primo luogo rilevare, come precisato chiaramente nell'articolo 1 - comma 1 del suddetto D. Lgs. 286/98, che le disposizioni della legge si applicano ai cittadini di Stati non appartenenti all'Unione Europea e agli apolidi, che vengono indicati nella stessa legge con il termine di stranieri.
Ai sensi del successivo – comma 2 – le stesse disposizioni non trovano applicazione nei confronti dei cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea se non in quanto si tratti di norme più favorevoli.

L'art. 1 - comma 3 – del TU ribadisce, in linea generale, che deve essere fatto riferimento agli istituti giuridici previsti dallo stesso TU per tutte le persone di cittadinanza diversa da quella italiana anche se tali istituti sono disciplinati da altre disposizioni di legge, fatte salve le disposizioni più favorevoli, interne comunitarie ed internazionali, vigenti sul territorio nazionale.

Il suddetto TU, nel Titolo V - Capo I - (art. 34, 35 e 36), ha provveduto a dare una nuova disciplina alla materia riguardante l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri soggiornanti sul territorio nazionale, identificando tre distinte categorie di beneficiari:
I stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale;
II stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale;
III stranieri che entrano in Italia per motivo di cura.

I - STRANIERI ISCRITTI AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

A) Iscrizione obbligatoria

B) Iscrizione volontaria

A) Iscrizioni obbligatoria.

L'art. 34 del TU ed il relativo art. 42 del Regolamento di attuazione affermano l'obbligo e le modalità dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale dei seguenti soggetti:

a) stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento;
b) stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza.

Nell'art. 34 del TU vengono affermati due fondamentali principi ai fini dell'iscrizione obbligatoria al Ssn dei cittadini stranieri extracomunitari.

Nel punto a) viene affermato il principio che lo svolgimento di un'attività lavorativa o l'iscrizione nelle liste di collocamento, nel rispetto della legislazione del lavoro, dà diritto all'iscrizione obbligatoria del cittadino straniero regolarmente soggiornante, a prescindere dal fatto che il permesso di soggiorno sia stato rilasciato per lavoro subordinato o autonomo (vedi ad es. art. 18 - comma 5 - e art. 30 – comma 2 – del TU) o il motivo del permesso di soggiorno non preveda l'iscrizione obbligatoria.

E' da precisare che, a differenza di quanto previsto dalla legislazione precedente, con la quale si provvedeva ad individuare specifiche figure di lavoratori tenuti all'assicurazione obbligatoria, con la presente legge l'espressione "lavoro autonomo" deve essere definita per esclusione, nel senso che tutti coloro che svolgono un'attività lavorativa, che non rientri nell'ambito del lavoro subordinato, rientrano nella figura del lavoratore autonomo in quanto soggetto tenuto alla dichiarazione dei redditi in base alle disposizioni fiscali in vigore.

Nel punto b) sono, invece, specificamente indicati, quali destinatari dell'assicurazione obbligatoria, tutti gli stranieri che, in relazione alle disposizioni che disciplinano il rilascio del permesso di soggiorno, abbiano ottenuto il permesso stesso o ne abbiano chiesto il rinnovo per i seguenti motivi:

1) lavoro subordinato: il riferimento è al Titolo III "Disciplina del lavoro" del TU;
2) lavoro autonomo: il riferimento è al Titolo III artt. 26 e 27 del TU;
3) motivi familiari: disciplinato nel Titolo IV dagli artt. 28, 29, 30, 31, 32 e 33 del TU In proposito si deve rilevare che tale permesso è rilasciato, ai sensi dell'art. 30 – comma 1 - punti a) - b) - c) - d), allo straniero che ha ottenuto il visto d'ingresso per ricongiungimento familiare;
4) asilo politico: il riferimento è agli articoli del TU 2, 10 - comma 4 - e 19 - comma 1, all'art. 1 del D.L. 30 dicembre 1989 n. 416, convertito nella legge 28 febbraio 1990 n. 39, e alle Convenzioni di Ginevra del 28.7.51 sui rifugiati politici (ratificata con Legge 24.7.54 n. 722 in GU 27.8.54 n. 196), e di New York del 28.9.54 sugli apolidi (ratificata con Legge 1.2.62 n. 306 in GU 7.6.62 n. 142) al Protocollo di New York del 31 gennaio 1967 ed alla Convenzione di Dublino del 15 giugno 1990 sempre sui rifugiati;
5) asilo umanitario: il riferimento è agli articoli del TU 18 - comma 1 - (soggiorno per motivi di protezione sociale), 19 - comma 2 lettere a) e d) (divieto di espulsione e di respingimento di minori di anni diciotto e di donne in stato di gravidanza e di puerperio fino ad un massimo di sei mesi), 20 - comma 1 - (misure straordinarie di accoglienza per eventi eccezionali) e 40 - comma 1- (stranieri ospitati in centri di accoglienza, qualora non abbiano altro titolo all'assicurazione obbligatoria od all'erogazione di prestazioni sanitarie);
6) richiesta di asilo: il riferimento è all'art.1 del D.L. 30 dicembre 1989 n. 416 convertito nella legge 28 febbraio 1990 n. 39; l'iscrizione obbligatoria riguarda coloro che hanno presentato richiesta di asilo sia politico che umanitario. Rientra in questa fattispecie la tutela del periodo che va dalla richiesta all'emanazione del provvedimento, incluso il periodo dell'eventuale ricorso contro il provvedimento di diniego del rilascio del permesso di soggiorno, e viene documentata mediante esibizione della ricevuta di presentazione dell'istanza alle autorità di polizia.
7) attesa adozione e affidamento: il riferimento è agli articoli 29, 31 e 33 - comma 2 - del TU e all'art. 2 della legge 4 maggio 1983 n. 184;
8) acquisto di cittadinanza: in questo caso sono tutti coloro che hanno presentato domanda di cittadinanza italiana, avendone maturato i presupposti ed i requisiti, e che sono in attesa della definizione del procedimento di riconoscimento ai sensi della Legge 5.2.1992 n. 21 (GU 15.12.92 n. 38) e del regolamento di esecuzione emanato con D.P.R. 12.10.93 n. 572 (GU 4.1.94 n. 2).

E' da precisare, in ordine alla tipologia dei permessi di soggiorno che danno luogo all'iscrizione obbligatoria, che vi può essere una proroga del permesso di soggiorno *per motivi di salute*. Tale proroga può essere concessa al cittadino straniero in tutti quei casi nei quali abbia contratto una malattia o subito un infortunio o malattia professionale che non consentano di lasciare il territorio nazionale in caso di scadenza del permesso di soggiorno. I motivi di salute, che giustificano la proroga dei permessi di soggiorno indicati nei punti da 1) a 8) devono essere tenuti ben distinti dai motivi di cura, che giustificano il rilascio del permesso di soggiorno ai sensi dell'art.36 del TU, fattispecie che viene trattata successivamente.

L'assistenza spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti e viene assicurata fin dalla nascita ai minori figli di stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, nelle more dell'iscrizione al Servizio stesso. Si ricorda che per l'individuazione dei familiari a carico si deve far riferimento all 'art. 4 del Decreto Legge 2.7.82 n. 402 convertito nella Legge 3.9.82 n. 627. Tale articolo prevede che per la determinazione, dei familiari a carico, ai fini dell'assistenza sanitaria, si applicano le disposizioni di cui al Testo Unico sugli assegni familiari approvato con D.P.R. 30.5.1955 n. 797 e successive modificazioni ed integrazioni.

Si ricorda che le disposizioni di cui al suddetto art. 4 del DL 402/82 sono definite norme "per relationem" e quindi i criteri del TU sopraindicato hanno la sola funzione di individuare i soggetti aventi diritto, a prescindere che vi sia o meno l'erogazione al titolare, da parte dell'INPS, degli assegni familiari.
Ai fini dell'esatta individuazione dei soggetti e della determinazione dei limiti di reddito per la vivenza a carico, che vengono aggiornati annualmente, la Usl può rivolgersi alla sede territoriale dell'INPS.

Deve essere sottolineato che l'iscrizione al Ssn del cittadino straniero, in quanto assicurato obbligatoriamente, non solo consegue direttamente al provvedimento emanato da un'altra amministrazione, ma ha altresì valore ricognitivo e non costitutivo del diritto all'assistenza sanitaria, proprio perché il diritto insorge con il verificarsi dei requisiti e dei presupposti previsti dalla legge (rilascio del permesso di soggiorno per i motivi suindicati), pur in assenza di iscrizione alla Usl . Conseguentemente in presenza di tali requisiti e presupposti non soltanto si deve provvedere, anche d'ufficio, all'iscrizione al Ssn, ma altresì ad erogare immediatamente le prestazioni sanitarie necessarie. Altra conseguenza di tale principio è che il rilascio del permesso di soggiorno, purchè la richiesta di quest'ultimo sia stata presentata entro i termini previsti dall'art. 5 del TU, fa retroagire il diritto all'assistenza sanitaria dello straniero, in quanto regolarmente soggiornante, alla data di ingresso in Italia.
Le considerazioni sopra espresse conducono quindi ad affermare, tenuto conto che il permesso di soggiorno deve essere rilasciato prima dell'iscrizione obbligatoria al Ssn, che gli oneri relativi alle prestazioni urgenti ed essenziali eventualmente erogate ad un cittadino straniero, in attesa del rilascio del permesso di soggiorno, possono essere riconosciuti o rimborsati dalla Usl territorialmente competente, una volta che sia stata formalizzata l'iscrizione.
Ai sensi dell'art. 42 - comma 5 - del Regolamento di attuazione non sono soggetti all'assicurazione obbligatoria:
a) i lavoratori stranieri individuati dall'art. 27 comma 1 - lettere a) - i) - q) dei TU, qualora non siano tenuti a corrispondere in Italia l'imposta sul reddito delle persone fisiche;
b) gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per affari.

Si deve porre particolare attenzione sul comma 6 dell'art. 43 del Regolamento di attuazione, che disciplina l'addebito allo Stato delle spese relative a prestazioni sanitarie erogate dal Ssn a profughi e sfollati, per effetto di specifiche disposizioni di legge o in attuazione di quanto previsto dall'art. 20 – comma 1 – del TU In questi casi si dovrà pertanto procedere alla rilevazione sia dei soggetti che delle prestazioni erogate dalla Usl .
Si fa presente infine che a seguito dell'emanazione del D.Lgs. del 22 giugno 1999 n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria" (SO n. 132/L alla Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999), la tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati, compresi quelli di cittadinanza straniera, rientra nella competenza del Servizio Sanitario Nazionale. Tale normativa, dopo aver affermato parità di trattamento e piena eguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, prevede l'iscrizione obbligatoria al Ssn di tutti i cittadini stranieri in possesso o meno del permesso di soggiorno (art. 1 – comma 5 - D. Lgs. 230/99), ivi compresi i detenuti in semilibertà o con forme alternative di pena.
In base all'art. 1 – comma 6 – della suddetta legge, tutti i detenuti e gli internati sono altresì esclusi dal sistema della compartecipazione alla spesa per le prestazioni erogate dal Ssn .

Il Ssn assicura in particolare ai detenuti e agli internati: interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale, particolari forme di assistenza in caso di gravidanza e di maternità, assistenza pediatrica e servizi di puericultura ai figli delle donne detenute o internate che, durante la prima infanzia, convivono con le madri negli istituti penitenziari. Si fa riserva di inviare sulla specifica materia ulteriori direttive, facendo presente che l'art. 8 del suddetto D.Lgs. 230/99 prevede che:
1 . a decorrere dal 1° gennaio 2000 sono trasferite al Ssn le funzioni sanitarie con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti ed agli internati tossicodipendenti;
2. il trasferimento delle restanti funzioni sanitarie avverrà, dopo l'avvio del graduale trasferimento in via sperimentale delle stesse funzioni sanitarie, con i decreti di cui al comma 2 dell'art.5 della Legge 30 novembre 1998 n. 419.

L'art. 34 del TU afferma parità di diritti e doveri dei cittadini stranieri, iscritti obbligatoriamente al Ssn, con i cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza sanitaria erogata in Italia dal Ssn e alla sua validità temporale. In ordine a tale affermata parità si espongono le seguenti precisazioni:
1) in primo luogo si deve osservare che, il Decreto Legislativo 15.12.97 n. 446, che ha istituito l'imposta sulle attività produttive (IRAP) ed un'addizionale regionale all'IRPEF, ha abolito, con decorrenza 1° gennaio 1998, i contributi di assicurazione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale, procedendo quindi ad una fiscalizzazione dei contributi stessi;
2) viene ribadita la parità di trattamento in ordine all'erogazione delle prestazioni sul territorio nazionale, già affermata, d'altronde, in precedenti leggi quali la legge 25 gennaio 1990 n. 8 e la legge 5 febbraio 1992 n. 104.
Si deve precisare riguardo al cittadino straniero con permesso di soggiorno per richiesta d'asilo che, non essendo stata data a tali soggetti facoltà di intrattenere regolari rapporti di lavoro durante il periodo di richiesta di asilo, le prestazioni sanitarie, sono fornite in esenzione dal sistema di compartecipazione alla spesa assimilandoli ai disoccupati iscritti alle liste di collocamento.
Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria in territorio estero, da una parte, si deve provvedere all'applicazione della legislazione italiana in materia, prevista per i cittadini italiani, dall'altra devono essere rispettati i limiti derivanti dagli accordi internazionali, multilaterali o bilaterali di reciprocità. Di conseguenza:
a) in caso di permanenza fuori dal territorio italiano connesso ad un'attività lavorativa si applica la normativa di cui al D.P.R. 31.7.80 n. 618, che all'art. 2 individua le categorie dei soggetti aventi diritto, in ordine alle quali si deve, altresì, tener conto delle direttive applicative emanate da questo Ministero;
b) in caso di richiesta di cure all'estero il trasferimento è disciplinato dalle disposizioni di cui al DM 3.11.89;
c) l'assistenza disciplinata dagli accordi internazionali può essere estesa agli stranieri solo qualora gli stessi accordi facciano

riferimento alle "persone assicurate" e non richiedano il possesso della cittadinanza italiana o comunitaria ovvero qualora siano espressamente previsti da tali Accordi (p. es.: il Regolamento CEE 1408/71, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi ed ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, si applica non soltanto ai lavoratori che abbiano la cittadinanza comunitaria ma ai lavoratori apolidi o rifugiati politici, residenti nel territorio di uno degli Stati membri, ed ai familiari a carico ed ai superstiti dei lavoratori suddetti anche se di cittadinanza extracomunitaria).

3) la parità, per quanto riguarda la validità temporale, comporta che non si debba più procedere al rinnovo annuale dell'iscrizione al Ssn, dovendosi procedere alla cancellazione contestualmente alla scadenza o alla revoca del permesso di soggiorno o in caso di modifica del motivo del permesso di soggiorno da cui consegua il venire meno dell'obbligo dell'iscrizione al Ssn, come previsto dall' art. 42 comma 4 - del Regolamento di attuazione.

In ordine all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale il suddetto art. 42 del Regolamento di attuazione prevede che lo straniero, in relazione alle norme sulle iscrizioni anagrafiche di cui all'art. 15 del Regolamento di attuazione, è iscritto, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistibili dell'Unità Sanitaria Locale nel cui territorio ha la residenza anagrafica ovvero, in mancanza di essa, l'effettiva dimora. Per luogo di effettiva dimora si intende il domicilio indicato nel permesso di soggiorno, fermo restando quanto disposto dell'art. 6 - commi 7 e 8 - del TU .

Si ricorda, in conformità alle disposizioni già emanate da questo Ministero con circolare 11 maggio 1984 n. 1000.116 (in GU 30 aprile 1984 n. 118), che l'indicazione del semplice domicilio era e rimane valida, ai fini dell'iscrizione alla Usl territorialmente competente per tutta la durata dell'attività lavorativa, nei confronti dei lavoratori stagionali e frontalieri e per i lavoratori che entrano in Italia con un contratto a tempo determinato, di durata inferiore all'anno; per gli stessi lavoratori non è, infatti, necessaria l'acquisizione della residenza, trattandosi di una permanenza temporanea sul territorio nazionale.

L'iscrizione cessa, come sopra detto, alla data di scadenza del permesso di soggiorno, salvo il caso che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la richiesta del rinnovo del permesso di soggiorno o il permesso di soggiorno rinnovato. L'iscrizione cessa, altresì, per mancato rinnovo, revoca o annullamento del permesso di soggiorno ovvero per espulsione, comunicati ai sensi del comma 4 dell'art. 42 del Regolamento di attuazione, alla Usl a cura della Questura, salvo che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la pendenza del ricorso contro i suddetti provvedimenti.

B) Iscrizione volontaria

Ai sensi dell'art. 34 - comma 3 del TU e dell'art. 42 - comma 6 - del Regolamento di attuazione, gli stranieri regolarmente soggiornanti, che non rientrano tra coloro che sono obbligatoriamente iscritti al Ssn, sono tenuti ad assicurarsi contro il rischio di malattia, infortunio e per la maternità mediante la stipula di apposita polizza assicurativa con un Istituto assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale, ovvero mediante iscrizione facoltativa al Ssn, estesa anche ai familiari a carico.

In merito all'iscrizione volontaria devono essere osservate le seguenti disposizioni, tenuto conto di quanto previsto dal suddetto comma 6 dell'art. 42 del Regolamento di attuazione:

1) l'iscrizione volontaria è concessa solamente ai cittadini stranieri con permesso di soggiorno superiore a tre mesi, fatto salvo il diritto dello studente o della persona alla pari che può chiedere l'iscrizione anche per periodi inferiori;
2) lo straniero è iscritto, unitamente ai familiari a carico, negli elenchi degli assistibili dell'Unità Sanitaria Locale nel cui territorio ha la residenza anagrafica ovvero, in caso di prima iscrizione, il domicilio indicato sul permesso di soggiorno, fermo restando il disposto dell'art. 6 – commi 7 e 8 – del TU Non è richiesta la residenza anagrafica per gli studenti e le persone alla pari, per i quali si fa riferimento all'effettiva dimora che viene individuata nel domicilio indicato sul permesso di soggiorno;
3) non è consentita l'iscrizione ai cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno per motivi di cura, per effetto di quanto disposto dall'art.36 del TU e per motivi turistici ai sensi di quanto previsto dal combinato disposto di cui agli articoli 5 comma 3 del TU e 42 - comma 6 - del Regolamento di attuazione;

Hanno diritto all'iscrizione volontaria oltre alle categorie degli studenti e delle persone alla pari, che sono espressamente previste dall'art. 34 del TU, coloro che sono titolari di permesso di soggiorno per residenza elettiva e non svolgono alcuna attività lavorativa, il personale religioso ed altre categorie che possono essere individuate per esclusione con riferimento a quanto sopra precisato in materia di iscrizione obbligatoria.

L'iscrizione volontaria è, altresì, consentita, fatti salvi gli accordi internazionali in materia, ai dipendenti stranieri delle Organizzazioni internazionali operanti in Italia e al personale accreditato presso Rappresentanze diplomatiche ed Uffici Consolari, con esclusione, ovviamente, del personale assunto a contratto in Italia per il quale è obbligatoria l'iscrizione al Ssn .

In materia di iscrizione volontaria si ricordano le disposizioni di cui all'art. 9 – comma 7 – ed all'art. 11 – comma 3 – del Regolamento di attuazione. Tali disposizioni prevedono che il richiedente il permesso di soggiorno per il ritiro del permesso stesso deve esibire alla Questura la documentazione attestante l'assolvimento degli obblighi in materia sanitaria, previsti dall'art. 34 – comma 3 – del TU

Di conseguenza nei casi in cui sia consentita l'iscrizione volontaria, l'Unità Sanitaria Locale, in base alla scheda rilasciata dalla Questura ai sensi del suddetto comma 7 dell'art. 9 del TU, provvede all'iscrizione provvisoria del cittadino straniero, previo versamento del relativo contributo, e rilascia allo stesso la documentazione attestante l'iscrizione. Tale iscrizione esplica, peraltro, la sua efficacia e quindi è operante ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie solo a seguito della presentazione alla Usl del permesso di soggiorno. L'iscrizione provvisoria, pur essendo sottoposta a condizione sospensiva, può consentire certamente la copertura delle prestazioni ospedaliere urgenti ed essenziali fruite eventualmente durante tale periodo.

In attesa dell'emanazione del Decreto Sanità - Tesoro previsto dall'art. 34 - comma 3 - del TU, che dovrà determinare l'ammontare del contributo relativo all'iscrizione volontaria al Ssn, restano valide le disposizioni di cui al DM 8 ottobre 1986 (GU 10.11.86 n. 261).

Si ricorda, in proposito, che è previsto un contributo forfettario annuo, rispettivamente dall'art. 4 e dall'art. 5 del suddetto DM, di £ 290.000, per lo studente privo di redditi diversi da borse di studio o sussidi erogati da enti pubblici italiani e di £ 425.000 per la persona alla pari; tale contributo, peraltro, non è valido qualora i suddetti soggetti abbiano familiari a carico. In quest'ultimo caso il titolare, invece del contributo forfettario, deve versare il contributo previsto dall'art. 1 dello stesso DM per poter garantire la copertura anche ai familiari a carico.
Il contributo per l'iscrizione volontaria è valido per l'anno solare, dal 1° gennaio al 31 dicembre, non è frazionabile e non ha decorrenza retroattiva, proprio perché l'iscrizione ha valore costitutivo del diritto all'assicurazione sanitaria, a differenza dell'assicurazione obbligatoria nella quale l'iscrizione ha solo valore ricognitivo.
In ordine ai livelli di assistenza che devono essere assicurati agli iscritti si richiamano le disposizioni in materia di iscrizione obbligatoria per quanto riguarda la parità di trattamento sia sul territorio nazionale che all'estero. Tale parità, a modifica delle disposizioni precedentemente emanate con circolare n. 33 del 12.12.89, riguarda anche il trasferimento per cure all'estero disciplinato dal DM 3.11.89.

II-STRANIERI NON ISCRITTI AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

L'art. 35 del TU ed il relativo art. 43 del Regolamento di attuazione disciplinano l'erogazione delle prestazioni sanitarie sia agli stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale, non tenuti all'iscrizione obbligatoria nè iscritti volontariamente al Ssn, sia agli stranieri non in regola alle norme relative all'ingresso ed al soggiorno (stranieri con permesso di soggiorno scaduto, clandestini ecc.).

A) Stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale
Agli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale vengono assicurate nelle strutture sanitarie accreditate dello stesso Servizio:
1. le prestazioni ospedaliere urgenti (in via ambulatoriale, in regime di ricovero o di day hospital), per le quali devono essere corrisposte le relative tariffe al momento della dimissione;
2. le prestazioni sanitarie di elezione previo pagamento delle relative tariffe.

Le tariffe delle prestazioni sanitarie sono determinate dalle Regioni e dalle Provincie autonome ai sensi dell'articolo 8 - commi 5 e 7 - del Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni.

L'attuale legge, contrariamente alla precedente normativa, non limita più alle prestazioni ospedaliere urgenti l'assistenza erogata dal Ssn ai soggetti di cui trattasi, fermo restando il pagamento preventivo, da parte dell'interessato, della tariffa della prestazione richiesta, qualora non ricorrano gli estremi dell'urgenza.
Per le prestazioni d'urgenza rimaste insolute l'Unità Sanitaria Locale, l'Azienda ospedaliera o altra struttura accreditata devono rivolgersi per il relativo rimborso alla Prefettura, competente per territorio, secondo le procedure già in vigore, ai sensi della legge dei 17 luglio 1890 n. 6972 e successive modificazioni.

Rimangono salvi, ai sensi dell'art. 35 - comma 2 - del TU, gli accordi internazionali che disciplinano in regime di reciprocità l'erogazione dell'assistenza sanitaria. Per gli assicurati da Istituzioni estere, portatori di formulari previsti dai predetti accordi, l'erogazione di prestazioni sanitarie continua, pertanto, ad essere disciplinata dalle norme previste dagli stessi accordi. La competenza in ordine alla gestione delle posizioni assicurative di questi stranieri è della Usl nel cui territorio avviene l'erogazione delle prestazioni, che viene individuata dagli stessi accordi quale "istituzione competente". Conseguentemente, nel caso di prestazioni erogate dall'Azienda ospedaliera, la Usl sopraindicata deve provvedere a pagare alla stessa Azienda le tariffe relative alle prestazioni erogate allo straniero assicurato ed a richiederne il rimborso secondo le procedure previste dagli stessi accordi.

B) Stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno
L'art. 35 - commi 3, 4, 5 e 6 del TU e l'art. 43 - commi 2, 3, 4, 5 e 8 del Regolamento di attuazione disciplinano l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno.
Il suddetto comma 3 dell'art. 35 del TU in particolare prevede che agli stranieri sopraindicati sono assicurate, nelle strutture pubbliche e private accreditate del Ssn, le seguenti prestazioni sanitarie:
1) cure ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio;
2) interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva, individuati nei punti a) - b) - c) - d) - e) dello stesso comma 3, ed esattamente:

a) tutela della gravidanza e della maternità ai sensi delle Leggi 29.7.1975 n. 405 e 22.5.1978 n. 194 e del DM 6.3.1995 (GU 87 del 13.4.1995) e successive modificazioni ed integrazioni;
b) tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione di New York del 20.11.1989, ratificata con legge 27.5.1991 n. 176;
c) vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni;
d) interventi di profilassi internazionale;
e) profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

A favore dei suddetti stranieri si applicano, infine, le disposizioni di cui al "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", emanate con D.P.R. 9.10.90 n.309 (SO alla GU n. 255 del 31.10.90) e successive modificazioni ed integrazioni, ed in particolare:
- il Titolo VIII - Capo II anche in relazione a quanto disposto dal DLGS n. 230 (Riordino della medicina penitenziaria) del 22.6.99

- il Titolo X "Servizi per le tossicodipendenze"
- il Titolo XI "Interventi preventivi, curativi e riabilitativi".

In ordine alla tipologia di prestazioni previste dal terzo comma dell'art. 35 del TU si chiarisce che:
per cure urgenti si intendono le *cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona*;
per cure essenziali si intendono le *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).*
E' stato, altresì, affermato dalla legge il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso.
L'art. 35 del TU, pur affermando che di norma non esiste il principio della gratuità delle prestazioni erogate dal Ssn ai cittadini non iscritti, prevede nel comma 4 che le prestazioni sono erogate senza oneri a carico degli stranieri irregolarmente presenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità di condizioni con il cittadino italiano.
In sede di prima erogazione dell'assistenza, la prescrizione e la registrazione delle prestazioni, nei confronti dei soggetti di cui al comma 4, vengono effettuate, nei limiti indicati dall'art. 35 – comma 3 – del TU, assegnando un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente), come indicato nell'art. 43 - comma 3 - del Regolamento di attuazione, che ha validità semestrale ed è rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale.
Tale codice identificativo è costituito da sedici caratteri: tre caratteri per la sigla STP, sei caratteri costituiti dal codice ISTAT, relativo alla Regione ed alla struttura pubblica erogante le prestazioni, e sette caratteri come numero progressivo attribuito al momento del rilascio. Il codice assegnato, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, deve essere utilizzato sia per la rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate del Ssn, sia per la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate.
Lo stato di indigenza del soggetto, come è previsto dall'articolo 43 - comma 4 - del Regolamento di attuazione, viene attestato, al momento dell'assegnazione del codice regionale a sigla STP, mediante la sottoscrizione di una dichiarazione, anch'essa valevole sei mesi, redatta secondo lo schema allegato.
Ai sensi del suddetto comma 4 dell'art. 43 del Regolamento di attuazione, gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie di cui all'art. 35 - comma 3 - del TU, fruite dai suddetti stranieri indigenti, sono a carico della Usl nel cui territorio vengono assistiti, anche se le prestazioni sono erogate da Aziente ospedaliere, da Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico e da altri presidi accreditati.
Lo straniero indigente, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa, in analogia con il cittadino italiano, per quanto concerne: le prestazioni sanitarie di primo livello, le urgenze, lo stato di gravidanza, le patologie esenti o i soggetti esenti in ragione dell'età o in quanto affetti da gravi stati invalidanti. In conformità a quanto stabilito dal suddetto comma 4 dell'art. 43 del Regolamento d'attuazione, anche le quote di partecipazione alla spesa non versate sono a carico della Usl competente per il luogo in cui le prestazioni sono erogate.
L'art. 43 - comma 8 - del Regolamento di attuazione prevede che 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, strutturati in forma poliambulatoriale o 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.
Ai sensi dei comma 5 dell'art. 35 del Testo unico l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non deve comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con il cittadino italiano. La struttura sanitaria deve in ogni caso provvedere, anche in assenza di documenti d'identità, alla registrazione delle generalità fornite dall'assistito non solo perché il beneficiario delle prestazioni non può, in linea di principio, rimanere anonimo (p. es.: per l'accertamento di eventuali responsabilità degli operatori sanitari) ma anche ai fini degli adempimenti previsti dall'art. 4 del Regolamento di attuazione, in ordine alle comunicazioni, previo consenso dell'interessato salvo che sia impossibilitato a farlo, alla autorità consolare del suo Stato di appartenenza, e della rilevazione dei casi di malattie infettive e diffusive soggette a notifica obbligatoria.

L'ultimo comma dell'art. 35 del Testo unico prevede, in caso di mancato pagamento delle prestazioni da parte dei suindicati stranieri, che al finanziamento delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, previste dal comma 3 dello stesso articolo, provvede il Ministero dell'Interno, mentre deve essere finanziata con il Fondo Sanitario Nazionale l'erogazione degli interventi di medicina preventiva e delle prestazioni sanitarie di cui ai punti a) - b) - c) - d) - e) dello stesso comma 3.
L'Unità Sanitaria Locale territorialmente competente, come sopra individuata, avrà cura, pertanto di richiedere:

1) al Ministero dell'Interno il rimborso relativo all'onere delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, per malattia ed infortunio, e cioè quelle urgenti erogate tramite pronto soccorso e quelle essenziali, ancorché continuative, erogate in regime di ricovero, compreso il ricovero diurno (day hospital), od in via ambulatoriale;
2) alla propria Regione il rimborso relativo all'onere delle prestazioni indicate nei punti a) - b) - c) - d) - e) del suddetto comma 3 dell'art. 35 del TU

Sono, pertanto, escluse dalla competenza del Ministero dell'Interno tutte le prestazioni ospedaliere di profilassi, diagnosi e cura riferentisi ad eventi morbosi correlati alle prestazioni esplicitate nel punto 2), in considerazione della necessaria unicità dell'intervento, che deve essere assicurato nei settori anzidetti, peraltro, già affermata nel punto e) dello stesso comma 3 dell'art. 35 del TU, con riguardo alla "profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive", e della conseguente unificazione su un unico centro di imputazione di spesa.

In considerazione di quanto sopra espresso relativamente alle categorie di stranieri di cui ai punti A) e B) si evidenzia, quindi, che mentre per le prestazioni sanitarie urgenti, erogate ai cittadini stranieri regolarmente presenti sul territorio nazionale e lasciate insolute, si tratta di rimborso da parte del Ministero dell'Interno, che continua ad essere disciplinato dalla legge n. 6972 del 17.7.1890 e successive modificazioni, per le prestazioni di cui al comma 3 dell'art. 35 del TU, erogate agli stranieri in posizione irregolare e lasciate insolute, si deve parlare di finanziamento da parte del Ministero dell'Interno o del Fondo Sanitario Nazionale.
Questo comporta che per il finanziamento delle prestazioni ospedaliere si devono osservare procedure più semplificate, come previsto dall'art. 43 comma 5 del Regolamento di attuazione, che consistono esclusivamente nella notifica da parte della Usl al Ministero dell'Interno o alla Regione di una prestazione urgente o comunque essenziale, erogata ad un soggetto che viene identificato mediante codice regionale STP, con l'indicazione della diagnosi, dell'attestazione dell'urgenza o della essenzialità della prestazione e della somma di cui si chiede il rimborso.
Per quanto riguarda il finanziamento della spesa da parte del Fondo Sanitario Nazionale si ricordano i provvedimenti del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE):
- deliberazione del 5 agosto 1998 (G. U. n. 288 del 30.9.98) "Fondo sanitario nazionale 1997 - parte corrente - assistenza sanitaria agli stranieri presenti sul territorio nazionale";
- deliberazione del 21 aprile 1999 (G. U. n. 210 del 7.9.99) "Fondo sanitario nazionale 1998 - parte corrente - assistenza sanitaria agli stranieri presenti sul territorio nazionale";

Si precisa, infine, che l'individuazione delle cure essenziali è di esclusiva competenza del Ministero della Sanità e l'accertamento della essenzialità della prestazione, come per l'urgenza, rientra nell'ambito della responsabilità del medico.

III - STRANIERI CHE ENTRANO IN ITALIA PER MOTIVI DI CURA

L'art. 36 del Testo unico e l'art. 44 del Regolamento di attuazione disciplinano l'ingresso ed il soggiorno in Italia per cure mediche. Sono previste tre distinte fattispecie.

1) Straniero che chieda il visto di ingresso per motivo di cure mediche
Ai fini del rilascio del visto da parte dell'Ambasciata italiana o del Consolato territorialmente competente deve essere presentata dall'interessato la seguente documentazione:
a) dichiarazione della struttura sanitaria italiana prescelta che indichi il tipo di cura, la data di inizio e la durata presumibile della stessa;
b) attestazione dell'avvenuto deposito, a favore della struttura prescelta, di una somma a titolo cauzionale, in lire italiane, in euro o in dollari statunitensi, pari al 30% del costo complessivo presumibile delle prestazioni richieste;
c) documentazione comprovante, anche attraverso la dichiarazione di un garante, la disponibilità in Italia di risorse sufficienti per l'integrale pagamento delle spese sanitarie, di quelle di vitto e alloggio, fuori dalla struttura sanitaria, e di rimpatrio per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore.

2) Straniero che venga trasferito per cure in Italia nell'ambito di interventi umanitari, ai sensi dell'art. 12 - comma 2 - lettera c) del Decreto legislativo 30.12.92 n. 502, così come modificato dal Decreto Legislativo 7.12.93 n. 517.
Tale intervento si concretizza nell'autorizzazione all'ingresso per cure in Italia, da parte del Ministero della Sanità, di concerto con il Ministero degli Affari esteri, di cittadini stranieri residenti in paesi privi di strutture sanitarie idonee ed adeguate. L'individuazione dei soggetti beneficiari di tale intervento rientra nell'ambito della discrezionalità politica dei due Ministri.
Il Ministero della Sanità, sulla base della documentazione acquisita, provvede ad individuare le strutture che si ritengono idonee all'erogazione delle prestazioni sanitarie richieste ed a rimborsare direttamente alle stesse strutture l'onere delle relative prestazioni sanitarie; non si può far luogo al rimborso delle spese di viaggio e di soggiorno al di fuori della struttura sanitaria.

3) Straniero che venga trasferito in Italia nell'ambito di programmi di intervento umanitario delle Regioni, ai sensi dell'art. 32 - comma 15 - della legge 27.12.1997, n. 449.
Le Regioni, nell'ambito della quota del Fondo Sanitario Nazionale ad esse destinata, autorizzano, d'intesa con il Ministero della Sanità, le Unità Sanitarie Locali e le Aziende ospedaliere ad erogare prestazioni di alta specializzazione, che rientrino in programmi assistenziali approvati dalle Regioni, a favore di :
a) cittadini provenienti da Paesi extracomunitari nei quali non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di specifiche gravi patologie e non sono in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria ;
b) cittadini di Paesi la cui particolare situazione contingente non rende attuabili, per ragioni politiche, militari o di altra natura, gli accordi in vigore per l'erogazione dell'assistenza sanitaria da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

In merito all'assistenza sanitaria dei cittadini comunitari e dei cittadini stranieri appartenenti a Stati con i quali sono in vigore Accordi internazionali di reciprocità, saranno emanate, a breve, specifiche direttive per illustrare le modifiche normative intervenute nei suddetti settori.
Questo Ministero si riserva di inviare ulteriori direttive in relazione ai quesiti che saranno posti da codesti Assessorati in ordine all'applicazione della normativa di cui al D. Lgs. 25.7.1998 n. 286 e del relativo Regolamento di attuazione.

Firmato: on. Rosy BINDI

Allegato 1 **modello es.1.STP**

DICHIARAZIONE D'INDIGENZA

PER I SOGGETTI CHE SI TROVANO NELLE CONDIZONI PREVISTE DALL'ARTICOLO 35, COMMA 4, DEL DECRETO LEGISLATIVO 25 LUGLIO 1998 n. 286
"TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI CONCERNENTI LA DISCIPLINA DELL'IMMIGRAZIONE E NORME SULLA CONDIZIONE DELLO STRANIERO".

La/Il sottoscritt_____

nat____ in_____il_____
(città) (Stato)

sotto la propria responsabilità ed ai sensi di legge

DICHIARA

di essere privo di risorse economiche sufficienti e di avere a carico i seguenti familiari:

_____
nome cognome grado di parentela

_____
nome cognome grado di parentela

_____
nome cognome grado di parentela

_____
nome cognome grado di parentela

Data_____ Firma del dichiarante_____

NOTA BENE: Le dichiarazioni false sono punite dalle leggi dello Stato italiano (art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e successive modificazioni ed integrazioni)

RISERVATO ALLA STRUTTURA SANITARIA CHE ASSEGNA IL CODICE STP

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA:

_____

CODICE STP ASSEGNATO ALLO STRANIERO: N._____

DATA _____

TIMBRO DELL'UFFICIO – QUALIFICA E NOME DI CHI RICEVE LA DICHIARAZIONE
_____

elenco siti internet utili

ABRUZZO .....**www.regione.abruzzo.it**
BASILICATA .....**www.regione.basilicata.it**
CALABRIA .....**www.regione.calabria.it**
CAMPANIA .....**www.regione.campania.it**
EMILIA ROMAGNA.....**www.regione.emilia-romagna.it**
FRIULI VENEZIA GIULIA .....**www.regione.fvg.it**
LAZIO .....**www.regione.lazio.it**
LIGURIA .....**www.regione.liguria.it**
LOMBARDIA .....**www.regione.lombardia.it**
MARCHE.....**www.regione.marche.it**
MOLISE .....**www.regione.molise.it**
PIEMONTE .....**www.regione.piemonte.it**
PUGLIA .....**www.regione.puglia.it**
SARDEGNA .....**www.regione.sardegna.it**
SICILIA .....**www.regione.sicilia.it**
TOSCANA.....**www.regione.toscana.it**
TRENTINO ALTO ADIGE .....**www.regione.taa.it**
UMBRIA .....**www.regione.umbria.it**
VALLE D'AOSTA .....**www.regione.vda.it**
VENETO .....**www.regione.veneto.it**

ALTRI SITI UTILI

http://www.simmweb.it
È il sito della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. È un portale agile al servizio dei soci e degli utenti. Oltre alla lettura di notizie ed alle informazioni generali sulla Società sono attivi:
un'area pubblica in cui è possibile: consultare documenti e ricerche; iscriversi on line; chiedere informazioni; leggere le ultimissime news; leggere SIMM*news*; consultare l'archivio di *SIMMnews*.
Un'area riservata per gli iscritti in cui è possibile: iscriversi alla mailing list; partecipare al forum di discussione; gestire le news; consultare un calendario degli appuntamenti; creare, con la supervisione della SIMM, le pagine personali o delle associazioni rappresentate.

http://www.sanita.it/sanita/bacheca/welcome/
Nel portale del Ministero della salute c'è un link per la salute degli immigrati. Le leggi, i decaloghi specifici (in più lingue), le ricerche prodotte dal ministero.

http://www.caritasroma.it/immigrazione
L'equipe del più vasto e completo dossier statistico sull'immigrazione edito in Italia, condivide su questo sito dati, considerazioni ed appuntamenti.

http://www.affarisociali.it
Ministero del welfare, lavoro e politiche sociali e previdenziali. Da qui si raggiunge la pagina specifica delle politiche sociali e previdenziali, e da qui ancora il link per l'ufficio sull'immigrazione (ufficio V).

http://www.comune.bologna.it/bologna/immigra/
E' un servizio informativo sulla immigrazione straniera in Italia a cura del servizio immigrati profughi e nomadi del Comune di Bologna attivo dall'aprile 1995.

http://www.comune.roma.it/usi/cedip/home.htm
Centro documentazione interculturale polivalente, del Comune di Roma; esso nasce da una convenzione tra il CIES (Centro Informazione e Educazione allo Sviluppo) e l'Ufficio Speciale Immigrazione-USI- del V Dipartimento del Comune di Roma. Il CIES ha messo a disposizione il patrimonio documentale del proprio Centro Documentazione.

http://www.stranieriinitalia.com/
Pagina web strutturata come un portale con informazioni utili sulle leggi, i consolati, l'anagrafe, il lavoro, i consultori ecc...

http://www.scalabrini.org/~simi/
È il sito del Centro studi scalabriniano in Italia.

caritas diocesana di roma
area sanitaria

Direzione
Resp. dr. Salvatore Geraci
via Marsala, 103 - 00185 Roma
tel. 06.4454791 fax 06.4457095
email: s.geraci@areasanitaria.it

Poliambulatorio per immigrati
Responsabile: dr.ssa Bianca Maisano
Via Marsala, 97 tel. 06.44.63.282 fax 06.4457095
email: b.maisano@areasanitaria.it
Medicina Generale, Dermatologia, Pneumologia, Tisiologia, Endocrinologia, Urologia, Cardiologia, Servizio di Salute Mentale

Sezione distaccata di Oculistica, Chirurgia ambulatoriale, Gastroenterologia, Cardiologia.
Centro endoscopia digestiva
Referente: suor Ruggera
Via Alessandro VII, 17 tel. 06.3017377

Sezione distaccata di Ostetricia e Ginecologia, Pediatria. Centro di Ecografia clinica
Referente: suor Giovanna
Via dei Gonzaga, 62 tel. 06.66162483

Sezione distaccata di Ortopedia, Neurologia, Reumatologia, Otorinolaringoiatria.
Centro Elettroencefalografia
Via Tullio Levi Civita, 5 tel. 06.5412393

Centro Odontoiatrico
Responsabile: dr. Roberto Santopadre
Referente: sig.ra Tiste Poltri
Via Tullio Levi Civita, 5 tel. 06.5412393

Armadio Farmaceutico e Centro Raccolta Farmaci
Responsabile: dr. Salvatore Fragapane
Via Marsala, 97 tel. 06.4440429 fax 06.4457095
Centro Raccolta, cernita e smistamento medicine (servizi Caritas e Missioni, eventuali emergenze).

Progetto Salute Zingara e Centro Medico Mobile
Referente: dr.ssa Fulvia Motta
Via Marsala,103 tel. 06.4463282 fax 06.4457095
Camper attrezzato ad Ambulatorio Medico Mobile. Servizio di medicina interna, pediadria, educazione sanitaria.

Centro studi e documentazione salute immigrati e zingari
Responsabile: dr. Gonzalo Castro Cedeno
email: g.castrocedeno@areasanitaria.it
Via Marsala,103 tel. 06.44340247 fax 06.4457095
Raccolta di documentazione (libri, tesi, ricerche) sul tema della salute di immigrati e zingari.

Quaderni di informaArea

N°1, settembre 1998
Atti e non solo del Convegno per noi
Assemblea dei volontari dell'Area sanitaria della Caritas di Roma
a cura di Susanna Buffa e Salvatore Geraci

N°2, luglio 2002
Il diritto alla salute degli immigrati: scenario nazionale e politiche locali
di Salvatore Geraci e Barbara Martinelli

InformaArea è un notiziario a periodicità incerta e ad uso interno dell'Area Sanitaria della Caritas di Roma.
I *Quaderni* vogliono essere un approfondimento dei temi trattati.