

Ruolo della SIMM per l'assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di advocacy

Role of SIMM for migrant health care, a result of a participatory advocacy process

Salvatore Geraci

Area sanitaria Caritas di Roma; Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma

Parole chiave: immigrazione, advocacy, rete

RIASSUNTO

Obiettivi: l'articolo riporta il percorso di un'organizzazione che si occupa dei temi della salute degli immigrati (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni SIMM) e descrive le principali fonti normative italiane per la garanzia del diritto all'accesso ai servizi sanitari per questa popolazione, analizzandone i punti di forza e le criticità.

Metodi: con stile narrativo, partendo da singole storie, attraverso la prospettiva di visione degli operatori, impegnati da anni in una azione di advocacy, sono ripercorse le fasi di creazione e azione dei gruppi locali su base territoriale "Gruppi Immigrazione e Salute" – GrIS - , in parallelo con le tappe dell'emersione del diritto alla tutela sanitaria dei cittadini non italiani.

Risultati: l'Italia si è data nel tempo norme inclusive, mostra una specifica attenzione al tema, ma ancora oggi c'è un'eccessiva diversificazione ed eterogeneità nell'applicazione normativa a livello locale che genera disuguaglianze e discriminazioni e manca una chiara *governance* nazionale.

Conclusioni: la complessità del fenomeno migratorio e la sua estrema variabilità nel tempo e nello spazio induce ad un aggiustamento continuo di politiche e norme per la salute, ma soprattutto per l'accoglienza e l'integrazione con il rischio che ciò sia condizionato, soprattutto a livello locale, da approcci ideologici e semplicistici.

Key words: immigration, advocacy, policy network

Autore per corrispondenza: s.geraci@simmweb.it

SUMMARY

Objectives: This article describes the path of an organization dealing with immigrant health issues (Italian Society for Migration Medicine SIMM) and describes the main Italian legal sources that guarantee the right to access to health services for this population, analyzing its strengths and limits.

Methods: With narrative style, starting from individual stories, through the perspectives of the operators, who have been engaged in advocacy for years, have traced the creation and action phases of local groups based on "Immigration and Health Groups" - GrIS - in parallel with the stages of the emergence of the right to health protection of non-Italian citizens.

Results: Italy has given inclusive norms over time, shows a specific focus on the topic, but there is still too much diversity and heterogeneity in the local legislation that generates inequalities and discrimination and lacking clear national governance .

Conclusions: The complexity of the migratory phenomenon and its extreme variability in time and space leads to a continuous adjustment of health policies and standards, but above all to the reception and integration with the risk that this will be conditioned, local level, from ideological and simplistic approaches.

Premessa

Quando, alla fine degli anni '70, un sacerdote romano indicò l'immigrazione come evento epocale che avrebbe cambiato radicalmente il convivere sociale del nostro Paese, pochi credevano che l'Italia, nel giro di una manciata di anni, si sarebbe trasformata da paese di emigrazione in paese con una presenza significativa di immigrati. Non sorprende quindi che proprio negli anni dell'affermazione in Italia del diritto alla tutela dalla salute su base di universalità e di equità, siamo proprio all'indomani della legge 833 del 1978, la tutela degli immigrati non fosse contemplata se non in modo assolutamente marginale tanto che il diritto costituzionale alla tutela sanitaria dell'individuo, se immigrato e straniero, era garantito sostanzialmente dall'associazionismo e dal privato sociale.

Quel sacerdote, mons. Luigi Di Liegro, diventato primo direttore della Caritas capitolina fino al 1997, anno della sua morte, ha avuto anche il merito, non solo di una precisa intuizione, di tracciare concretamente strade di impegno, di riflessione, di analisi di un fenomeno che ha radicalmente cambiato la nostra società (1). Anche in sanità! Circa 35 anni fa alcuni medici in varie parti d'Italia organizzarono ambulatori di primo livello per immigrati senza diritti e tra questi il centro medico della Caritas di Roma alla stazione Termini. In seguito i volontari e gli operatori di quel piccolo ambulatorio, insieme a colleghi di altre organizzazioni laiche e confessionali impegnate direttamente nella tutela sanitaria dei cittadini immigrati, con alcuni docenti universitari, hanno dato vita alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), società scientifica, laica, aconfessionale ed apolitica, multiprofessionale che, con i suoi documenti e le sue proposte, è sempre stata presente nella definizione di politiche sanitarie per gli immigrati nel nostro paese. Politiche inclusive, come vuole il mandato costituzionale, ma certamente non semplici e scontate anche perché queste politiche non possono essere disgiunte da una specifica attenzione all'accoglienza ed a concreti percorsi di integrazione e di diritti.

Felix, Giorgina, Joy, Ibrahim e tante morti evitabili...

Felix Omolido, filippina di 42 anni, in Italia per lavorare e poter sostenere il marito e i due figlioli nel suo paese, muore nel 1985 per un'ulcera complicata non curata dice la cronaca, per paura di perdere il lavoro ed esser rimandata a casa da "sconfitta", dicono gli amici.

Giorgina Yaboah, ragazza ghanese, muore per gestosi all'inizio del 1995. Era venuta in Italia per raggiungere il marito, falegname nell'opulento nord est, ma lei non aveva il permesso di soggiorno; per paura di essere denunciata e di esporre anche il marito all'espulsione, pur sentendosi male, non va in ospedale, non chiama il medico, non dice nulla nemmeno al marito ... e poi è troppo tardi.

Storie vecchie, riprese da giornali ingialliti, persone di cui abbiamo voluto ricordare il nome per sottolineare come dietro slogan, sigle, etichette esistono donne e uomini che sperano, vivono, soffrono.

Partendo anche da questi fatti drammatici, l'Italia nel tempo si è data leggi e politiche che hanno cercato di non escludere nessuno dal diritto alla salute. Non è casuale che meno di un anno dopo la morte della signora Omolido, nel 1986 viene approvata, su proposta di un medico neuropsichiatra, l'on. Franco Foschi, la prima legge sull'immigrazione che non entrava nel merito di norme sanitarie, ma colmava un gap nei diritti dei lavoratori stranieri rispetto agli italiani, garantendo percorsi di emersione dal lavoro nero e tutele previdenziali e sindacali. Un primo passo.

Non è altrettanto casuale che alla fine del 1995, anche sulla spinta emotiva del drammatico fatto di cronaca citato, ma con l'azione consapevole di una parte della società civile che nel frattempo aveva maturato esperienza e competenza e che si riconosceva nella SIMM, per la prima volta, grazie all'opera di un altro medico, il prof. Elio Guzzanti, Ministro della Sanità, viene "sdoganato" il diritto alla tutela sanitaria per gli immigrati in condizione di maggiore fragilità, quelli senza permesso di soggiorno e presenti irregolarmente nel nostro paese (2).

Joy Johnson, giovane nigeriana irregolare di 24 anni, sognando una vita migliore ma calata in un oggi di sfruttamento e dannazione (faceva la prostituta), all'inizio del marzo 2009 muore in Italia di tubercolosi perché, probabilmente per paura, si tiene lontano da una sanità "nascosta" da polemiche e notizie contrastanti.

È una storia raccontata all'indomani dell'approvazione in Senato del Disegno di legge sulla sicurezza (febbraio 2009) che prevedeva l'abrogazione del divieto di segnalazione per gli immigrati irregolari soccorsi in ospedale o negli ambulatori. Una vasta mobilitazione nazionale fa ritirare quell'articolo di legge, ma ormai l'accessibilità ai servizi sanitari era stata resa incerta ed insicura, non sul piano del diritto, ma certamente sul piano della percezione di un pericolo (3).

Circa 5 anni fa è stata pubblicata la notizia che una *bambina nigeriana* di 13 mesi morta all'ospedale di Cernusco sul Naviglio dopo essere stata dimessa dal pronto soccorso ed essere stata ricoverata solo dopo ripetute insistenze: "Gli infermieri, la prima volta che è stata portata in ospedale con il 118, hanno detto che non potevano ricoverarla perché la tessera sanitaria

era scaduta”, si legge nella denuncia presentata dal padre della bambina Non sappiamo con esattezza ciò che è accaduto ma la notizia, indipendentemente dalla sua veridicità, mette in evidenza una fragilità “in più” dei bambini stranieri in Italia e cioè quella dell’incertezza nell’accessibilità ai servizi sanitari. Ma quella notizia drammatica ha dato più determinazione a chi da anni sosteneva che non è possibile avere in Italia bambini di serie A e quelli di serie B, e per la loro tutela della salute tutti dovevano avere i livelli più alti di diritti (ancora una volta si distingue l’impegno della SIMM insieme al Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato – GLNBM - della Società Italiana di Pediatria - SIP) (4): prima, tra il 2012 e 2013, con l’Accordo Stato Regioni contenente le indicazioni per una corretta applicazione della normativa sulla tutela sanitaria del migrante, e poi nel 2017, con la definizione dei nuovi Livelli Essenziali d’Assistenza (LEA), parte di questo gap assistenziale è stato colmato ma, come vedremo, non del tutto.

Storia recente è quella di un giovane ragazzo di 24 anni, *Ibrahim Manneh*, nato in Costa d’Avorio, in Italia da 10 anni, morto nel napoletano “di malasanità e di razzismo”, per un soccorso non prestato, una malattia non riconosciuta ma anche per evidenti discriminazioni istituzionali con atteggiamenti condizionati da pregiudizi e da tensioni sociali indotte da una percezione del fenomeno migratorio distorto (5). Notizia ignorata dai grandi media nazionali, impegnati a parlare ogni giorno di immigrazione ma non di immigrati, di emergenza ma non di accoglienza vera.

E infine ci sono, negli ultimi 4 anni, oltre 15.000 *morti nel Mediterraneo*, tutte morti evitabili; persone senza nome, troppo spesso invisibili nell’indignazione annacquata dall’abitudine, con lo strano destino, rispetto ad alcune storie citate in precedenza, che, pur essendo numeri drammatici e quotidiani, non hanno prodotto politiche di tutela ma palleggiamenti di responsabilità a livello nazionale e, soprattutto, internazionale, proposte demagogiche e irresponsabili, tensioni e paure politiche e sociali (6-7).

L’evoluzione del diritto alla tutela sanitaria degli immigrati è segnata da storie come quelle raccontate (8) che in alcuni casi hanno stimolato forze e competenze per la costruzione e la difesa del diritto, in altri, e siamo all’attualità, evidenziano una deresponsabilizzazione collettiva. Per questo vogliamo raccontare anche la storia della SIMM in relazione al diritto alla tutela sanitaria, per testimoniare che il dimensionamento di un fenomeno percepito come “troppo più grande di ciò che possiamo fare”, non deve impedire un impegno costante, proposte puntuali e innovative, capillare azione di advocacy e partecipazione diretta nelle scelte e nel dibattito culturale e politico.

La SIMM ed il diritto all’assistenza sanitaria degli stranieri

Come abbiamo visto, dalla metà degli anni ‘80, in varie parti d’Italia, in modo spontaneo ed allora certamente non coordinato, vari gruppi di volontari si sono organizzati per garantire il diritto all’assistenza sanitaria agli stranieri che ne erano esclusi. Ambulatori di primo livello che

tra mille difficoltà, con l'entusiasmo di chi sa di percorrere strade impervie ma anticipatorie, hanno visto protagonisti centinaia di medici, infermieri ed operatori sociali e sanitari, con competenze ed appartenenze diverse ma con comune impegno.

I rappresentanti di questi gruppi insieme a quanti in Italia si occupavano di immigrati si incontrano per la prima volta nel giugno del 1990 a Roma in una affollata assemblea, convocati dall'on. Claudio Martelli, allora vicepresidente del Consiglio dei Ministri e relatore dell'omonima legge sull'immigrazione promulgata nel febbraio di quell'anno. Dal confronto emerge la scoperta che quelle esperienze più o meno isolate possono confluire in una coscienza collettiva di una nuova realtà; dalla necessità di affrontare una emergenza per assenza di preparazione ed organizzazione pubblica, all'esigenza di capire, studiare, sperimentarsi nell'incontro con questi "nuovi cittadini"; da un diritto di fatto negato e/o nascosto alla volontà di affermare, anche sul piano giuridico, che la salute è un bene di tutti e per tutti.

Quel primo confronto di realtà molto diverse per storia ed appartenenza, per localizzazione geografica ma anche per target di assistiti (stranieri provenienti da specifiche nazioni diversificati a seconda della città, o anche del quartiere dove è presente l'ambulatorio medico), fa comprendere come "casistiche" molto diverse producano lo stesso profilo sanitario: le malattie più frequenti ed i problemi espressi sono in gran parte gli stessi indipendentemente dalla popolazione di riferimento, anche laddove vengono usati differenti sistemi di classificazione ed analisi delle condizioni di patologia (9): prevalentemente malattie dell'apparato respiratorio, digerente e muscolo-scheletrico legate al disagio socioeconomico, alle condizioni di accoglienza inadeguate, al tipo di lavoro.

E non è una scoperta da poco, tenendo conto che allora (e purtroppo ancora oggi) il dibattito politico che affrontava il tema della salute di questa popolazione era schiacciato sull'evocazione del rischio di importazione di malattie infettive più o meno conosciute alle nostre latitudini.

Da allora si comincia a parlare in Italia di *medicina delle migrazioni*, e con decisione quei medici ed operatori "pionieri" del campo ne sottolineano i contenuti non in termini di malattie o di rischio, ma come occasione per riconsiderare la persona nel suo insieme (corpo, psiche ma anche cultura, aspettative, desideri...) ed in un contesto (inserimento o fragilità sociale, effetti delle politiche d'accoglienza e d'integrazione, pregiudizi e discriminazioni...), in un'ottica che oggi definiremmo di salute globale (10).

A partire da quei primi scambi di esperienze sul piano clinico-epidemiologico, progressivamente i vari gruppi impegnati in Italia sono riusciti a costruire anche una progettualità politico-sanitaria: ne scaturisce un movimento partecipato dalla base della società civile e da operatori socio-sanitari del settore pubblico, di alto profilo nelle competenze specifiche, con forti motivazioni, che – con lo stile che aveva caratterizzato ogni singolo gruppo e cioè quello della gratuità, dell'impegno e della libertà – riesce ad essere credibile nell'analisi del fenomeno e nelle proposte. Con questa chiave di lettura va vista la nascita, nel 1990, della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni che da allora condiziona gran parte delle scelte di politica sanitaria

nazionale nello specifico settore.

Un primo esempio in questo senso si verifica all'inizio del 1995, quando la SIMM sostiene e promuove una proposta di legge "dal basso" per il diritto alla salute degli immigrati, con riferimento agli irregolari, scritta dai gruppi impegnati nel settore (presentata e sottoscritta da circa 60 senatori e oltre 140 deputati). Poco dopo, nell'ambito del dibattito politico relativo all'approvazione della Legge Finanziaria del 1995, su esplicita richiesta della Lega Nord viene varato, non senza dibattito e polemiche, il cosiddetto Decreto Legge Dini del 18.9.1995, n. 489 dal titolo "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": quella norma, seppur restrittiva, aveva però recepito nell'articolo 13, le indicazioni della società civile sull'assistenza sanitaria, ovvero il diritto per tutti gli stranieri, anche se irregolari, di accesso alle cure non solo straordinario (urgenze) ma anche come cure ordinarie e continuative. Quell'articolo ha avuto anche il merito di sdoganare un problema, di liberare risorse, se non altro sul piano organizzativo, per affrontare il diritto all'accesso alle cure. Da quel momento Aziende Usl ed Ospedaliere, Enti Locali hanno dovuto/voluto pianificare interventi, deliberare iniziative, promuovere politiche adeguate (11). Ma soprattutto quell'articolo ha dato consapevolezza che una società civile organizzata, nella specifica situazione la SIMM, potesse influire nei processi di costruzione delle politiche e delle norme con una attenzione alle esperienze ed ai bisogni più o meno emergenti.

I GrIS per una "advocacy di prossimità"

La storia della SIMM si intreccia alla fine degli anni '90 con il percorso conosciuto come "devolution", termine che sta a indicare il passaggio di attribuzione di poteri su talune materie dallo Stato alle Regioni. Nel 2001 la riforma del Titolo V della Costituzione amplia notevolmente i poteri delle Regioni rispetto alle competenze statali. La salute diventa materia di competenza regionale, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa. La tematica "salute e immigrazione" appare quindi ambiguamente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (quella dello Stato) e la legislazione "concorrente" (quella delle Regioni e Province autonome) in ciò che abbiamo definito "pendolo delle competenze e delle responsabilità". La devoluzione, insieme al parallelo percorso verso il federalismo fiscale, finisce col produrre un ampliamento della variabilità interregionale nei livelli di assistenza con una riduzione degli stessi, in luogo di percorsi virtuosi di prossimità e responsabilizzazione. Questo appare ancora più vero quando ci si occupa di immigrati: l'articolazione tra diversi livelli istituzionali finisce col determinare profili incerti di responsabilità che mettono in crisi l'effettiva applicazione delle indicazioni normative (regionali, ministeriali, europee) e generano confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie.

A tale scenario la SIMM ha risposto con la creazione di gruppi locali su base territoriale (Regioni

e Province Autonome): i Gruppi Immigrazione e Salute, i GrIS (12).

In realtà il primo (e più strutturato) GrIS, quello del Lazio, nasce nel 1995, quasi parallelamente alla SIMM, e si configura subito come gruppo di collegamento tra operatori delle strutture pubbliche e gruppi del privato sociale, in grado di accreditarsi come interlocutore autorevole per le istituzioni regionali (13). Sul modello del Lazio nascono numerosi altri gruppi in Trentino, Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria, Sardegna, Calabria, Campania, Sicilia, Puglia e Marche.

I GrIS sono realtà diverse, per storia, longevità, capacità di incidere sul contesto locale. Tutti però sono accomunati dall'obiettivo di mettere in rete conoscenze, capacità, contatti per agire in modo efficace per la tutela della salute degli immigrati, promuovendo occasioni formative e informative, facendo pressione sui decisori politici, rilevando e segnalando anomalie o mancanze nell'applicazione della normativa.

Proprio grazie alla nascita e alle attività dei GrIS, la SIMM si configura sempre più come una "rete di reti", con una potenzialità unica di condivisione di saperi, soluzioni, riflessioni (14).

Uno degli esempi più illuminanti di come reti territoriali di persone e associazioni possano giocare un ruolo determinante nel modificare le politiche nazionali è fornito dalla campagna "Noi non segnaliamo", avviata dalla SIMM e promossa in collaborazione con Medici Senza Frontiere, Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI) e Osservatorio sulla Salute Globale (OISG), tra la fine del 2008 e la prima metà del 2009. In quel periodo era in discussione al Senato il cosiddetto "pacchetto sicurezza" (Ddl 733), nell'ambito del quale erano stati proposti dalla Lega Nord due emendamenti che avrebbero rimosso, come abbiamo precedentemente accennato, il divieto di segnalazione alle autorità di polizia degli immigrati senza permesso di soggiorno presenti sul territorio italiano in caso di accesso ai servizi sanitari. Nonostante un'immediata e attiva opposizione, guidata dalla SIMM e sostenuta da molte voci del mondo sanitario e della società civile, nonché da prominenti giuristi, uno dei due emendamenti fu approvato dal Senato nel febbraio 2009. La protesta arrivò al suo apice in una grande giornata di mobilitazione il 17 marzo 2009 animata prevalentemente dai vari GrIS, quando personale sanitario e società civile, comprese naturalmente associazioni e reti di migranti, scesero in piazza in moltissime città italiane dietro la posizione: «Siamo medici e infermieri, non siamo spie». Mentre si moltiplicavano le adesioni e gli interventi, da parte di numerosi soggetti della società civile e istituzionali (compresa la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), il provvedimento – benché non ancora effettivo – stava già producendo l'effetto di far diminuire gli accessi in tutte le strutture sanitarie, compresi gli ambulatori a bassa soglia dedicati all'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari, principalmente per la diffusa paura di essere individuati e segnalati alle autorità giudiziarie, e quindi raggiunti da un provvedimento di espulsione o rinchiusi in un Centro di Identificazione ed Espulsione (CIE). L'indignazione per questi eventi alimentò la protesta, a cui si unirono ulteriori realtà del mondo sociale e del volontariato, studenti, accademici e numerosissimi comuni cittadini. Nel frattempo, diverse

Regioni, Aziende Sanitarie e Ordini dei Medici provinciali emanarono provvedimenti contrari all'emendamento. Finalmente, alla fine di aprile del 2009 la Camera approvò la cancellazione dal decreto dell'articolo che abrogava il divieto di segnalazione; in seguito il Ministero dell'Interno, rese noto con una circolare che il reato di ingresso e soggiorno illegale, istituito dallo stesso pacchetto sicurezza, non avrebbe modificato l'applicazione del suddetto divieto (15). A distanza di tempo ci sembra questo l'esempio di maggior evidenza di come una rete tessuta pazientemente negli anni, creata intorno a contatti personali e sviluppatasi poi su base regionale grazie alla nascita dei GrIS, possa essere moltiplicatrice di impegno ed efficace risorsa in azione concrete di advocacy. Forse una strategia iniziata come unica strada di "sopravvivenza" per una società scientifica, la SIMM, del tutto anomala nel panorama italiano: quasi priva di finanziamenti esterni, aperta a tutti gli ambiti professionali e non confinata al settore medico, poco o per nulla gerarchica nella struttura. Questo ha dato modo a numerosissime realtà, anche molto eterogenee, di riconoscersi in istanze comuni, nel rispetto reciproco di differenze e autonomie e con l'intento di costruire e mettere a frutto sinergie strategiche.

I GrIS, e la SIMM nella sua funzione di indirizzo e coordinamento, sono dunque luoghi dove si fa politica, nel senso più puro del termine: dove si cerca di mettersi a servizio della polis, della comunità, nella sua accezione più piena, globale (16).

La SIMM, i GrIS e l'Accordo Stato Regioni del dicembre 2012

Dalla fine del 2009 la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è stata chiamata a partecipare ai lavori del Tavolo tecnico interregionale "Immigrazione e servizi sanitari" presso il Coordinamento interregionale in sanità della Commissione salute, coordinato dalla Regione Marche. Al Tavolo partecipano tecnici degli assessorati alla salute delle Regioni, rappresentanti del Ministero della salute ed esperti accreditati in materia di salute e immigrazione. Il Tavolo ha voluto costituire una forma stabile di confronto e collaborazione tra le Regioni e PA e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale sui temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria. Si realizza una rete istituzionale in rete con altre reti che rappresenta un'opportunità unica per condividere competenze/proposte tecniche istituzionali e quelle maturate sul campo dagli operatori. In questo modo, a partire da esigenze concrete, il Tavolo opera per creare sinergie positive, è aperto al contributo di competenze esterne, raccoglie segnalazioni, suggerimenti, pratiche e norme; svolge un'attività di supporto/consultazione per operatori delle Regioni.

Un importante risultato del lavoro di questa rete istituzionale corrisponde alla produzione del documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata da parte delle Regioni e P.A." approvato il 20 dicembre 2012 in seno della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013 (17).

Il documento è frutto di oltre due anni di confronto e approfondimento, con un impegno

diffuso che è partito dall'evidenza di come le oltre 700 norme nazionali e locali in vigore sul tema della tutela sanitaria dei cittadini immigrati, comunitari e non, hanno prodotto una forte difformità interpretativa ed applicativa delle indicazioni nazionali con evidenti disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Tali disuguaglianze, unitamente alle condizioni di marginalità sociale di alcuni gruppi di immigrati, hanno conseguenze negative sul profilo di salute, peggiore rispetto agli italiani. Una vasta ricerca prodotta nel 2010 (18) sulle normative sanitarie locali, voluta dal Ministero della Salute e patrocinata dalla SIMM, è stata motivo di confronto tra i referenti del Tavolo ed è divenuta ulteriore stimolo per un lavoro comune e produttivo. Il documento finale è quindi uno strumento tecnico-operativo condiviso, unico elaborato ad oggi disponibile a livello di tutte le Regioni e P.A., per guidare alla corretta ed omogenea applicazione della

Le norme nazionali

L'assistenza sanitaria al cittadino straniero è regolata da alcune norme nazionali e condizionata da politiche locali. La Legge n. 40 del marzo 1998, poi confluita nel D.Lgs. n. 286 del luglio 1998, dal titolo: *«Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero»*, d'ora in poi indicato come TU, ha gettato le basi per il diritto assistenziale degli immigrati provenienti da paesi non appartenenti all'Unione Europea, attraverso tre articoli che sanciscono tale diritto. L'articolo n. 34, dal titolo *«Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)»*, contiene le norme per gli immigrati 'regolarmente soggiornanti' sul nostro territorio, cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno; l'articolo 35, dal titolo *«Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale»*, affronta il tema della tutela sanitaria *«a salvaguardia della salute individuale e collettiva»* anche nei confronti di coloro *«non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno»*, i cosiddetti irregolari e/o clandestini; infine l'articolo 36, dal titolo *«Ingresso e soggiorno per cure mediche»*, definisce le condizioni necessarie perché un cittadino straniero possa venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche.

Disposizioni sanitarie e dettagli operativi sono contemplati anche negli articoli 42, 43 e 44 del Regolamento d'attuazione (il D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999) e ulteriori chiarimenti al riguardo sono stati inoltre forniti dal Ministero della Sanità con la Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 (*«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 1.6.2000 – Serie generale»*).

Obiettivo dichiarato di questa impostazione politico-normativa è quello di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria, a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al SSN, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a

coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP), garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure, è stato inoltre vietato, da parte delle strutture sanitarie, la segnalazione all'autorità di polizia la presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico.

Costituiscono un caso a parte i cittadini di Stati appartenenti all'Unione Europea. Essi, a seguito dell'entrata in vigore della direttiva 2004/38/CE, possono circolare liberamente nell'Unione Europea (e non possono essere espulsi se non in casi eccezionali) e possono lavorare in Italia anche senza entrare nei decreti flussi. Per i cittadini comunitari la tutela sanitaria è garantita nei soggiorni brevi attraverso la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) rilasciata dal paese di provenienza, e, per i soggiorni più lunghi attraverso l'iscrizione al SSN, anche di tipo volontario, o con assicurazioni private. Tuttavia esistono condizioni di marginalità (lunghi soggiorni senza un lavoro regolare, mancanza della TEAM, assenza di residenza) che espongono cittadini europei ad una inadeguata copertura sanitaria nel nostro paese (di fatto solo la possibilità di accedere al pronto soccorso). Quasi tutte le Regioni hanno normato l'accessibilità ai servizi sanitari, analogamente agli STP, attraverso il codice ENI (Europeo Non Iscritto) dando una copertura universalistica coerente con il mandato costituzionale.

L'impostazione inclusiva data dal legislatore, deve però necessariamente accompagnarsi con una disponibilità da parte delle amministrazioni locali, che nel tempo sono divenute le reali protagoniste delle politiche sociali e sanitarie per gli stranieri, nell'implementarle e renderle operative; ma è proprio in questo ambito che si evidenzia una preoccupante discontinuità e discrezionalità applicativa in base agli umori politici nazionali e locali. Per evitare questo rischio, come abbiamo visto, il 20 dicembre 2012 è stato sancito un Accordo in seno di Conferenza Stato-Regioni e Province autonome che pur non essendo una nuova legge, è cogente sul piano interpretativo delle norme esistenti ed ha introdotto importanti novità come la possibilità di iscrizione al SSN di minori figli di immigrati non in regola con il soggiorno, previsione oggi inserita a pieno titolo nei LEA (Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, art. 63). A distanza di quasi 5 anni dalla sua approvazione, l'Accordo ancora però deve essere diffusamente e omogeneamente applicato (19-20). Nella tabella riportiamo schematicamente e non esaustivamente quanto previsto dalla normativa nazionale per la tutela sanitaria di cittadini stranieri e comunitari.

Oltre agli aspetti applicativi relativi all'Accordo citato, persistono alcune problematiche che, nonostante da tempo la SIMM le abbia fatte presenti, non sono state affrontate dal Ministero della salute, provocando ulteriore discrezionalità in ambito regionale e locale. Ad esempio il tema dell'esenzione dal ticket in particolare sui minori e sui richiedenti asilo, cioè due delle categorie di immigrati più fragili. Nel primo caso non si prevede un codice unico nazionale di esenzione per tutti i minori non accompagnati che dopo aver compiuto i 6 anni devono pagare il ticket (attraverso i propri tutori); così come tutti i minori figli di immigrati senza permesso di soggiorno che vengono iscritti al SSN come previsto nei LEA (da segnalare la discriminazione "istituzionale" dei figli minori di comunitari ENI: a livello nazionale non c'è esplicita indicazione per l'iscrizione al SSN e si ricordi che come ENI, sopra i sei anni, così come per i loro genitori, non siano previsti livelli di

Schema semplificato (e non esaustivo) della tipologia della presenza di cittadini non italiani e diritto alla tutela sanitaria alla luce dell'Accordo Stato – Regioni e Province autonome del 20.12.2012

Tipologia di immigrato	Tipologia di tutela	Note
Straniero regolare con permesso di soggiorno - pds (o visto) che richiama lavoro (anche in fase di disoccupazione; stagionali; regolarizzandi), famiglia (anche se per gravidanza o per accompagnamento minore) o protezione sociale (sfollati o profughi temporanei)	Iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)	Garantisce i Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA)
Richiedente Protezione Internazionale, pds come Rifugiato, protezione sussidiaria, umanitario	Iscrizione obbligatoria al SSN	Garantisce i LEA
Straniero regolare con pds per studio, motivi religiosi, residenza elettiva; ricongiungimento familiare per over 65enni	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Straniero detenuto indipendentemente dal possesso di un pds	Iscrizione temporanea SSN	Garantisce i LEA
Straniero regolare con visto breve (turismo, affari, ...)	Assicurazione privata	Copre solo urgenze
Straniero con visto e/o pds per motivi di cura (ad eccezione gravidanze e <i>inespellibilità</i>)	A proprio carico o di sponsor (privati o pubblici - progetti umanitari regionali o statali)	Copre esclusivamente gli interventi autorizzati
Straniero maggiorenne in condizione di irregolarità giuridica (indipendentemente dal tempo di permanenza o dalla nascita in Italia)	Codice STP - Straniero Temporaneamente Presente	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa
Straniero minorenni in condizione di irregolarità giuridica	Iscrizione temporanea SSN (non uniformemente applicata - vedi STP)	Garantisce i LEA
Comunitario per soggiorni brevi	Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM)	Garantisce le cure considerate medicalmente urgenti e necessarie in relazione alla durata del soggiorno temporaneo e allo stato di salute del titolare
Comunitario lavoratore in Italia (anche disoccupati già lavoratori subordinati o autonomi nel territorio nazionale; stagionali)	Iscrizione al SSN	Garantisce i LEA
Comunitario familiare di lavoratore in Italia o a carico di cittadino italiano o in possesso di "attestazione di soggiorno permanente"	Iscrizione al SSN	Garantisce i LEA
Comunitario studente in Italia	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN (in alcuni casi estensione TEAM)	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Comunitario con residenza in Italia non avente diritto all'iscrizione obbligatoria	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Comunitario senza TEAM ed altro diritto all'iscrizione al SSR ed in condizione di fragilità sociale	Codice ENI - Europeo Non Iscritto	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa
Comunitario presente specificatamente per cure mediche non garantite da TEAM	Formulario E112-S2	Copre solo le cure per le quali è stato effettuato il trasferimento. Altre cure che si rendessero necessarie non riferite alla patologia in questione vanno erogate attraverso la TEAM

Fonte: elaborazione e semplificazione di Salvatore Geraci (21)

esenzione); ed ancora lo stesso problema lo hanno i minori figli di richiedenti asilo o di rifugiati che, pur essendo obbligatoriamente iscritti al SSN con i propri genitori, non avendo quest'ultimi mai lavorato, secondo una interpretazione da parte del Ministero della salute, hanno l'esenzione dal ticket limitata ai primi due mesi di validità del permesso di soggiorno di richiesta d'asilo e poi, equiparando gli adulti a inoccupati, sono tenuti al pagamento del ticket pur non avendo risorse economiche (cioè non lavorando); tutto ciò si ripercuote anche sui familiari a carico.

normativa nazionale e comunitaria a garanzia della tutela della salute di tutte le persone straniere presenti in Italia.

L'Accordo ha recepito le istanze dei territori emerse grazie ai GrIS e portate a livello di dibattito nazionale grazie alla SIMM ed è sembrato il punto d'arrivo di un impegno di collaborazione, di condivisione di competenze, di messa in campo di esperienze. Ci si attendeva tutti una armonizzazione delle politiche e certamente in molti ambiti ciò è successo ma, quasi inaspettatamente in particolare in alcune Regioni tradizionalmente sensibili ai temi dell'impegno contro le disuguaglianze e nella tutela degli immigrati, ci sono state delle resistenze ed ancora oggi persistono inspiegabili disomogeneità applicative che la SIMM costantemente monitora e puntualmente, attraverso i GrIS, denuncia. Nel 2016, senza alcuna plausibile motivazione e contro il parere della Regione coordinatrice, il Tavolo è stato sospeso.

Conclusioni

Attualmente la SIMM ha oltre 500 soci attivi in tutta Italia, ed altrettanti simpatizzanti, e recentemente ha ridefinito la propria *mission*, per porre a fondamento del proprio operato i principi etici richiamati dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e dalla Costituzione della Repubblica: la difesa incondizionata della dignità umana, l'uguaglianza delle persone, indipendentemente dalla loro origine, cultura, provenienza, genere, orientamento sessuale, opinioni politiche, filosofiche, confessionali, la tutela della salute come valore primario universale.... La SIMM opera attraverso uno spettro ampio di finalità sia sul piano dell'intervento diretto in favore di individui, gruppi e comunità con esperienza o storia di migrazione, sia sul piano della ricerca, della formazione e della promozione dell'impegno civile. Per tale motivo essa non cesserà di essere disponibile nell'impegno per l'implementazione delle politiche sanitarie come la partecipazione alla stesura delle recenti "Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza, riabilitazione nonché trattamento dei disturbi psichici dei richiedenti e dei titolari di Protezione Internazionale che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" (Decreto Ministero Salute 3 aprile 2017; G.U. n. 95 del 24 aprile 2017) o del "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati"; e infine la collaborazione nella definizione di documenti del Consiglio Superiore della Sanità o del Comitato Nazionale di

Bioetica. Nello stesso tempo vuole condividere competenze e visione in ambito tecnico e dare un contributo in termini di *governance* di sistema come dimostra la collaborazione tra SIMM, INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà) e ISS (Istituto Superiore di Sanità) per “Programma nazionale linee guida (LG) immigrazione e salute” e con la pubblicazione delle LG “I controlli alla frontiera la frontiera dei controlli. Controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela sanitaria per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza”.

Ma certamente non rinuncerà alla sua azione di stimolo, e se necessario di denuncia, di fronte ad inadempienze, ingiustizie e discriminazioni, affermando sempre che l’accoglienza, i percorsi di *empowerment* e di giustizia sociale sono “percorsi di cura”. Perché l’impegno per la salute dei migranti è impegno per la salute di tutti, senza alcuna esclusione (22).

BIBLIOGRAFIA

1. Badaracchi L. Luigi Di Liegro. Profeta di carità e giustizia. Milano: Paoline Editoriale Libri; 2007.
2. Geraci S. Immigrazione e salute: l’articolo 13 (oggi art. 11) del decreto sull’immigrazione. Un diritto ritrovato. Agenzia Sanitaria Italiana 1996; (42): 24-26.
3. Geraci S. Immigrati. La nuova legge sulla sicurezza è ingiusta, dannosa e pericolosa. Post su Saluteinternazionale.info; Luglio 2009.
4. Geraci S, Mazzetti M. Buone leggi fanno buona salute. Il Mondo Domani. Bimestrale del Comitato Italiano per l’Unicef 2010; XXX (2): 8-9.
5. Formisani N. La verità sulla morte di Ibrahim Manneh. Post su Saluteinternazionale.info; Luglio 2017.
6. Maciocco G. Rifugiati. Editoriali di Lancet e BMJ. Post su Saluteinternazionale.info; Settembre, 2015.
7. Murru M. Rifugiati: nessuno all’altezza della situazione? Post su Saluteinternazionale.info.; Novembre, 2016.
8. Geraci S, Bonciani M. Normativa sull’assistenza in gravidanza e nel puerperio per le straniere. In: Lauria L, Andreozzi S a cura di Rapporti ISTISAN 11/12: Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009.a cura di) 2011; 48:62.
9. Costa G. Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico. Epidemiologia & Prevenzione 1993; 17: 234-238.
10. Marceca M, Geraci S, Martino A. Esperienza migratoria, salute e diseguaglianze. In: Missoni E. a cura di A caro prezzo. Le diseguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Pisa: Edizioni ETS; 2006.
11. Geraci S. a cura di Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale. Roma: Edizioni Anterem; 1996.
12. Geraci S. a cura di Una rete per la salute degli immigrati. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS). Roma: Nuova Anterem; 2007.
13. Trillò ME, Gnolfo F, Geraci S. I Gruppi locali Immigrazione e Salute (GrIS). In: Atti Convegno Fragilità sociale e tutela della salute: dalle disuguaglianze alla corresponsabilità. Roma: Ed. Istituto Superiore di Sanità - Rapporti ISTISAN,2007; 07/14: 25-30
14. Pitzalis G. Le politiche per la salute degli stranieri nelle esperienze dei GrIS. In: Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie. Atti dell’XI Congresso nazionale SIMM, Palermo 19-21 maggio 2011. Bologna: Lombar Key srl.; 2011.

15. Geraci S, Marceca M. Noi non segnaliamo. La vittoria degli anticorpi (della ragione e della democrazia). Post su Saluteinternazionale.info; Gennaio, 2010.
16. Geraci S, Bodini C. Rete di reti per la salute degli immigrati. In: Altieri L, Nicoli MA, Sturlese V. a cura di La sanità dei cittadini. Salute e società 2011; X (2): 129-140.
17. Carletti P, Geraci S. Una rete istituzionale nella rete per la salute degli immigrati. In: Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni. In: Atti dell'XII Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Pendragon; 2012; 142:146.
18. Bonciani M, Geraci S, Martinelli B. Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze? In Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie. In: Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Lombard Key; 2011; 71:83.
19. Geraci S. La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni? In: Atti dell'XIII Congresso Nazionale SIMM: "Migrazioni, salute e crisi. Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere". Agrigento, 14/17 maggio 2014. Bologna: Pendragon; 2014; 95:109.
20. Geraci S, Arrivi F, Pettinicchio V, Civitelli G: Minori diseguali: la legge, e il diritto all'assistenza sanitaria, non è uguale per tutti. In: Atti dell'XVI Congresso Nazionale SIMM: "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute." Torino, 11/14 maggio 2016. Bologna: Pendragon; 2016; 114.
21. Geraci S. La tutela sanitaria degli immigrati in Italia. Salute e sviluppo 2014; 70: 27-28.
22. Geraci S. Diritto compiuto o occasione mancata? Advocacy per forza!. In: Atti dell'XVI Congresso Nazionale SIMM: "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute." Torino, 11/14 maggio 2016. Bologna: Pendragon; 2016; 51-59.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno