

✘ Gavino Maciocco

Dove non c'è la volontà politica è tutto un fiorire di "reti", "tavoli", "osservatori", e anche di nuove istituzioni come l'INMP (Istituto Nazionale Migrazioni e Povertà). Con i risultati che sono sotto gli occhi di tutti: frammentazione, ritardi, inadempienze, negazione dei diritti. L'assoluta necessità che il Ministero della salute acquisisca direttamente e responsabilmente quel ruolo di governance in tema di tutela sanitaria degli immigrati che da tempo gli viene richiesto.

"Il 20 dicembre 2012 è stato sancito un Accordo in seno alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-Regioni e PA) che recepisce in gran parte i contenuti del documento *"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane"* già approvato dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni e P. A. il 21 settembre 2011.

Non è un accordo casuale o inaspettato, è il frutto di oltre 4 anni di lavoro tecnico ma anche di mediazione, di ricerca e analisi, di pressione politica e professionale.

È il frutto di un lavoro di rete istituzionale e non, che segna, a nostro avviso, un modello di relazioni e rapporti tra gli attori coinvolti (settore pubblico, privato sociale e volontariato, istituzioni) nel garantire operatività al mandato costituzionale dell'articolo 32 e della legge 833/78."

Questo è l'incipit del post di Salvatore Geraci - "[Nessuno sia escluso](#)" - pubblicato il 9 gennaio 2013.

Si trattava di mettere ordine in un'inestricabile babele di comportamenti, ma soprattutto di mettere fine a una situazione di enormi diseguaglianze regionali nell'applicazione delle norme nazionali, il più delle volte accompagnata da evidenti e inaccettabili negazioni di diritti dei migranti.

L'Accordo indicava i punti su cui le Regioni avrebbero dovuto allinearsi:

- iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno;
- iscrizione obbligatoria al SSN dei regolarizzandi;
- iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo permesso di soggiorno per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN;

- iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali;
- garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti;
- rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure;
- definizione del codice di esenzione X01 per gli STP;
- iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani;
- iscrizione volontaria per i comunitari residenti;
- iscrizione volontaria per studenti comunitari con il solo domicilio;
- equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI;
- proposta di estensione del tesserino/codice ENI nelle Regioni/province che non lo hanno ancora previsto.

A distanza di un anno e mezzo dalla firma dell'Accordo, nel corso del Congresso della Società Italiana della [Medicina delle Migrazioni](#) che si è tenuto a Agrigento lo scorso maggio, è stato fatto un bilancio dei risultati. Ecco cosa contiene la relazione di Salvatore Geraci[1].

“L'Accordo è di per sé cogente ma è uso che le Regioni lo debbano ratificare. Lo hanno però fatto solo in 8 (Lazio, Campania, Puglia, Liguria, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo e Sicilia) e la PA di Trento, ma gran parte di queste non lo applica nel suo ambito più innovativo e qualificante: l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale per i minori figli di immigrati in condizione di irregolarità giuridica. Lazio, Campania, Liguria e Abruzzo aspettano indicazioni ministeriali sul “come fare tecnicamente”; Trentino, Puglia e Friuli Venezia Giulia che in qualche modo prevedevano tale possibilità già prima dell'Accordo, faticano ad implementarlo, in particolare le ultime due; la Sicilia ha pubblicato una circolare applicativa che garantisce il pediatra ai minori figli di stranieri irregolari (STP) e comunitari in condizione di fragilità sociale (ENI); la Calabria, che partiva con un livello estremamente critico di applicazione delle normative nazionali, sta lentamente progredendo anche se con prassi operative ancora molto differenziate nelle varie province.

Le altre Regioni (la maggioranza) non hanno ratificato l'Accordo ma ognuna si comporta in modo assolutamente “originale”: la Lombardia dopo aver dichiarato di non voler assistere i minori “irregolari” attraverso il pediatra di libera scelta (PLS), anche a seguito di una causa per discriminazione intentata da alcune associazioni, ha riconosciuto l'iscrizione al SSR e la possibilità di accesso al PLS ai “minori stranieri irregolari di qualunque nazionalità” fino a 14 anni includendo, giustamente, anche i figli di cittadini comunitari in condizione di fragilità sociale non altrimenti assistibili; sempre per tale fascia

di popolazione (minori fino a 14 anni, non comprendente però i comunitari), la Regione Emilia-Romagna ha previsto l'iscrizione al SSR e l'assegnazione del pediatra. La Regione Toscana da tempo garantisce il pediatra ai minori stranieri indipendentemente dallo status giuridico ma, tra i comunitari, limita l'assistenza, senza PLS, ai soli rumeni e bulgari.

Una vera “babele” applicativa! Tali differenze infatti le possiamo trovare anche nella definizione degli assistiti e delle prestazioni, nei livelli di esenzione dal ticket, nella possibilità di iscrizione volontaria al SSR da parte di cittadini comunitari e così via.

Inspiegabilmente poi i lavori del Tavolo interregionale sono stati sospesi per quasi un anno e a luglio 2013 sono state trasferite, ingiustificatamente, le specifiche competenze sulla normativa al Tavolo della mobilità sanitaria che ha partecipato con competenza alla stesura dell'Accordo ma che manca di quella visione ed esperienza di sanità pubblica “applicata” necessaria per rendere accessibile e fruibile il diritto assistenziale. **Ciò ha creato un clima di insicurezza e confusione a cui è possibile attribuire parte della responsabilità delle attuali incertezze applicative ma anche ha manifestato l'assoluta necessità che il Ministero della salute acquisisca direttamente e responsabilmente quel ruolo di governance in tema di tutela sanitaria degli immigrati che da tempo gli viene richiesto.**

Questi eventi ci dicono da una parte che il modello di rete istituzionale realizzato dal Tavolo interregionale “Immigrati e servizi sanitari”, come già proposto durante lo scorso Congresso SIMM, deve diventare un network stabile e che si offre alle Regioni e P.A. e al Ministero della Salute come punto di riferimento per la programmazione locale e nazionale; dall'altra che nella riorganizzazione del Ministero della salute il tema della tutela degli immigrati, nella sua diversa articolazione (dalle “emergenze” sbarchi, al tema dei richiedenti protezione, dei rifugiati e della loro accoglienza, dalla tutela delle donne all'evidenza di una transizione epidemiologica da governare, dalla presenza della popolazione di rom, sinti e caminanti alla sempre maggiore consistenza di minori non accompagnati, ...) deve avere spazio e interlocutori competenti, coesi (collegamenti stabili e funzionali tra le diverse Direzioni) e riconoscibili); la SIMM con le sue realtà territoriali e eventuali altre specifiche società scientifiche, gruppi nazionali ed internazionali di provata esperienza, possono essere riferimenti puntuali per la lettura del fenomeno e nel fornire elementi e proposte per politiche adeguate. L'Accordo deve essere considerato uno strumento prezioso soprattutto per i GrIS affinché, attraverso una concreta azione di advocacy, nessuno sia escluso dai percorsi”.

Bibliografia

Geraci S. La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni? Atti del XIII Congresso Nazionale SIMM, Agrigento, 14-17 maggio 2014