



GrIS Lombardia

Convegno: *La salute dell'immigrato fra diritto e realtà* (Milano, 22 ottobre 2011)

La situazione lombarda

(Pierfranco Olivani)

La normativa e la sua applicazione riguardo l'assistenza sanitaria per gli immigrati non in regola con le norme per l'ingresso e il soggiorno in Lombardia.

L'Italia, nel 1998, è stata la prima nazione al mondo a estendere, a tutta la popolazione presente, il diritto alle cure mediche (T.U. 286/98, d.P.R. 394/99, circ. minist.5/00). [Peraltro già alcuni anni prima tali principi erano apparsi nella legislatura nazionale (d.l. 489/95, 18 novembre 1995)]. Ancora attualmente la legislazione italiana su tale argomento è la più equa e completa. Tuttavia, proprio in Lombardia, là dove sono state ideate, queste norme risultano attualmente ancora disattese; vi sono cioè grosse discrepanze fra la legge nazionale e la normativa regionale, assai incompleta. La figura 1 illustra i termini della legislazione sanitaria per gli immigrati in Italia e in Lombardia.

LEGISLAZ. SANIT. per gli IMMIGRATI in LOMBARDIA
Giunta Regionale Sanità: 18/2/1999 Prot.12710/G, P 12/9/2000 HI.2000.0051048,
P 28/3/2001 HI.2001.0021656, nota 24-7-2008 n.28844, delibera n. VIII/4750,
18/5/2007, P 3/2/2009 HI.2009.0003895.

- Immigrati <u>extracom.</u> regolari	: tutti iscrivibili al SSN,
- Immigrati <u>extracom.</u> irregolari (con autocertificazione di indigenza)	} : assistenza gratuita,
malattie urgenti, (infett, croniche), gravide, anziani, minori (0-14 anni)	
malattie essenziali: di base	
specialistiche	: assistenza gratuita, ma difficoltà a fruirne.

Circolare n. 4/SAN 2008

- Immigrati <u>neocomunitari</u> (team,lavor.reg,assic.)	: tutti «assist.» da SSN
- Immigrati <u>neocomunitari</u> (privi di team, non lavorat. regol., non assicurati)	} : assist. gratuita
prest. urgenti o indifferibili <u>in regime di ricovero</u> :	
prest. <u>ambulat.</u> indifferibili (di base o specialistiche)	: nessuna assist.

Fig 1

Le incongruenze affiorate fra legislazione nazionale e legislazione lombarda, verosimilmente di origine politica, hanno una base speculativa e un'espressione pratica: vediamo dapprima gli aspetti speculativi. [fig. 2]



Fig. 2

La legge 15 marzo 1997 n. 59 riguarda la suddivisione delle responsabilità normative fra Stato e Regioni; secondo tale legge, per quanto concerne il nostro argomento, la competenza sull'immigrazione resta allo Stato, quella sulla sanità va alle Regioni. Però la legge costituzionale n.3, 18 ottobre 2001, "modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", afferma che *"la tutela della salute rientra tra le materie di legislazione concorrente: spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato"*. Lo Stato, a tale scopo, si è dotato di alcuni strumenti, fra cui i LEA (livelli essenziali di assistenza) e gli accordi Stato-Regioni. I LEA, riguardo la salute dei migranti, sono espressi dal T.U. 286/98; i compiti di controllo sull'equità delle legislazioni sanitarie regionali sono delegati al Ministero della Salute. Tale diaframma fra Stato-Regione Lombardia si manifesta nella mancata applicazione, da parte della Regione, del comma 8 dell'art.43 d.P.R. 394/99 là dove afferma che] *"le Regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative, previste dall'art.35 comma 3 del T.U., 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 specifica esperienza"*. Questa mancata applicazione non deriva certo da ritardi o difficoltà amministrative; è opportuno ricordare che tale norma è applicata regolarmente nella quasi totalità delle altre Regioni.

Sul piano pratico: in Lombardia, attualmente, per l'immigrato irregolare è possibile ottenere prestazioni di medicina essenziale di base esclusivamente tramite i "pronti soccorsi" o gli ambulatori delle associazioni di volontariato. Le prestazioni tramite pronti soccorsi risultano spesso inadeguate per i pazienti, essendo impossibile, in tali sedi, garantire la continuità delle cure; d'altra parte sono anche particolarmente costose per le finanze regionali. Gli ambulatori di base del volontariato (su basi del tutto spontanee e quindi anche incontrollati) si trovano a fornire

gratuitamente, oltre alla visita, anche le indagini diagnostiche e i farmaci con costi aggiuntivi che nel 2010 hanno raggiunto i 50.000 € ogni 15.000 visite. Per quanto concerne la medicina essenziale specialistica, si lamenta che la Regione non abbia codificato una modalità di invio, certa e unitaria, da parte degli ambulatori di base del volontariato alle strutture specialistiche ospedaliere; (attualmente, come si è detto, sono gli ambulatori del volontariato che suppliscono spontaneamente alla mancanza di strutture pubbliche dedicate alla medicina di base). Purtroppo è diventata regola l'invio "ad personam", che comporta comunque una perdita di più del 60% dei pazienti che, inviati dagli ambulatori di base del volontariato, di fatto vengono respinti dalle amministrazioni delle strutture pubbliche specialistiche, in mancanza di disposizioni e di modulistica regionali (vedi ricerca Naga 2011: "STP"). Bisogna inoltre considerare che i pazienti inviati alla specialistica sono proprio i più gravi e a rischio.

La scelta della Regione, riguardo alla negazione della medicina essenziale di base e specialistica, non può verosimilmente riferirsi ad un discorso economico. E' nota la disponibilità, per la Lombardia, di un fondo annuale del CIPE, dedicato esclusivamente agli immigrati irregolari, che ammonta a 7.084.000 € e di un ulteriore fondo annuale di circa 3.000.000 € disponibile sul capitolo 4294 del Ministero degli interni. Vanno inoltre conteggiati i costi aggiuntivi legati alle prestazioni improprie che la Regione richiede ai propri pronti soccorsi e quelli derivanti dall'aggravarsi di patologie non trattate tempestivamente. Del resto la Regione stessa ha valutato nel 25% circa l'eccedenza della spesa complessiva per la salute degli immigrati irregolari, rispetto a quanto finanziato annualmente dallo Stato tramite i due fondi succitati (dati 2007).

E' possibile che la situazione negli ultimi mesi stia evolvendo in senso positivo: possiamo menzionare con soddisfazione recenti iniziative sperimentali della Regione (aperture di ambulatori ospedalieri per la medicina essenziale di base e accordi ASL-Associazione per l'invio alla specialistica essenziale, da parte degli ambulatori del volontariato, tramite una modulistica riconosciuta). Ciò fa probabilmente seguito al preciso impegno scritto preso dall'Assessore in sede di Commissione Regionale Salute (21-6-2011), in risposta a quesiti del volontariato. Tali iniziative riguardano, per ora, frange minime della popolazione target e, pur se autorizzate, non sono prese direttamente dalla Regione ma da sue strutture periferiche (ASL e Ospedali); ciò purtroppo aumenta la precarietà e la discrezionalità dell'assistenza che, proprio perché rivolta alle fasce più deboli e mal raggiungibili, dovrebbe essere certa, uniforme, semplice e ben codificata dall'alto. Infine, per quanto concerne gli accordi (detti "convenzioni") fra ASL e Associazioni non si può prescindere da una impostazione che permetta al medico di prescrivere gli esami diagnostici necessari in piena analogia con il cittadino italiano e i farmaci (intesi come tutti i farmaci previsti dal SSN non solo i salvavita). L'assegnazione della modulistica opportuna dovrà avvenire solo in base alla constatazione di un momentaneo ruolo sostitutivo attualmente svolto dal volontariato (in via del tutto provvisoria) e non certo ad un impegno a dividerlo e a svolgerlo nel futuro.