

Documento finale del gruppo

Salute e Immigrazione

a cura di Salvatore Geraci

novembre 2000

Anno 2000: finalità e obiettivi

parola chiave: accesso

Finalità del lavoro del gruppo:

- 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).

Obiettivi del lavoro del gruppo:

- 1) conoscere e condividere le linee programmatiche contenute nei Piani Sanitari Regionali per garantire la promozione della salute dei cittadini stranieri;
- 2) conoscere e condividere esperienze organizzative locali (regionali e/o provinciali e/o comunali, aziendali sanitarie territoriali ed ospedaliere) per favorire l'accesso ai servizi ed alle prestazioni dei cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale;
- 3) individuare i modelli organizzativi in atto, più efficaci in rapporto alla tipologia del territorio ed alle risorse utilizzate;
- 4) selezionare gli obiettivi e le azioni che si ritengono strategicamente adatti per raggiungere la finalità proposta;
- 5) predisporre una proposta organizzativa che enfatizzi gli obiettivi e le azioni individuate come prioritari.

• Scenario nazionale e regionale

• Presenze degli immigrati

L'Italia, dopo la Germania, la Francia e la Gran Bretagna è il quarto paese dell'Unione Europea per la consistenza numerica degli immigrati (nel corso degli anni '90, la loro presenza è raddoppiata), ma il loro numero rimane comunque ampiamente inferiore sia come numero complessivo che come incidenza sulla popolazione residente.

Gli stranieri registrati dal Ministero dell'Interno al 31 dicembre 1999 (ivi inclusi quelli dell'Unione Europea) sono risultati 1.252.000, mentre nell'anno precedente erano 1.033.000. Per arrivare a una stima complessiva di tutti gli stranieri soggiornanti regolarmente in Italia bisogna, però, aumentare questo numero di almeno il 19% per includervi sia i minori non registrati, poiché non possessori di un proprio permesso di soggiorno, sia coloro il cui permesso di soggiorno (concesso ex novo o rinnovato) ancora non è stato registrato per ritardi burocratici. Secondo la stima dell'Équipe redazionale del Dossier statistico sull'immigrazione della Caritas romana, tra i nati in Italia da entrambi i genitori stranieri (almeno 10.000), i nuovi arrivi a titolo stabile (tra gli 80 e i 90.000) e le persone già regolarizzate (148.000), la popolazione immigrata è aumentata di 240.000 unità passando da 1.250.000 dello scorso anno a 1.490.000 persone.

I maschi sono il 57,3%, le donne invece sono diminuite di quattro punti percentuali (dal 46,8% al 42,6%), una diminuzione già riscontrata in occasione di altre regolarizzazioni. Gli immigrati non comunitari diminuiscono di due punti percentuali (da 13,9% a 11,6%) e questa tendenza si va confermando anche a prescindere dai provvedimenti di regolarizzazione.

Nell'ultimo biennio gli immigrati non comunitari, sono stati gli unici protagonisti dell'aumento della presenza straniera, mentre, per i comunitari l'aumento è stato di sole 2.500 unità. L'insediamento territoriale è caratterizzato da una più forte capacità di attrazione delle regioni del Nord Est e di quelle del Sud

La percentuale degli stranieri sulla popolazione residente è del 2,6% (la media europea è intorno al 5%) ed è più alta al Centro (4,0%) rispetto al Nord (3,1%) ed al Sud (1,2%). La distribuzione degli stranieri è invece concentrata soprattutto al Nord (53,6%) rispetto al Centro (29,4%) ed al Sud (11,5%) ed alle Isole (5,5%). Le grandi aree metropolitane concentrano il numero più alto di stranieri; le regioni con il maggior numero di immigrati sono la Lombardia (265.833), il Lazio (221.182) e, a distanza, il Veneto (120.515).

• Politica nazionale e norme in vigore in ambito sanitario

Per lungo tempo in Italia il tema dell'assistenza sanitaria agli stranieri è stato regolato da un numero impressionante di norme aventi diverso peso specifico: con l'emanazione, nel marzo del 1998, della legge 40, poi confluita nel D.Lgs. 286 del luglio 1998, dal titolo: *"Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"* si è voluto ordinare e dare una impostazione stabile e chiara al tema del diritto all'assistenza sanitaria a favore degli immigrati nel nostro Paese. I principi e le disposizioni contenute in questo decreto hanno trovato poi maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico (D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999). Ulteriori chiarimenti sono stati infine forniti da una Circolare del Ministero della Sanità datata 24 marzo 2000.

La volontà di affrontare concretamente il tema della salute degli stranieri immigrati è stata ribadita dedicando uno spazio specifico nell'ultimo Piano sanitario nazionale (approvato con DPR 23 luglio 1998), valido per il triennio 1998-2000, che tra l'altro prevede l'emanazione di un Progetto Obiettivo Nazionale "Salute degli Immigrati" in fase di ultimazione.

Obiettivo dichiarato della nuova 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 e clandestinità garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva.

Aspetti sanitari: norme in vigore TAVOLE RIEPILOGATIVE

Testo Unico - TU - D. Lgs. 25 luglio 1998, n°286
Regolamento d'Attuazione - RA - D. P. R. 31 agosto 1999, n° 394
Circolare Ministeriale - CM - n° 5 del 24 marzo 2000

art. 34 TU; 42 RA; Ia CM *assistenza agli stranieri iscritti al SSN*

Hanno l'obbligo di iscrizione al SSN ed hanno parità di trattamento
e piena eguaglianza di diritti e doveri ...

per obbligo contributivo, iscrizione gratuita per disoccupati, stesse aliquote (IRAP e addizionale regionale IRPEF)

assistenza erogata in Italia dal SSN, accesso ai servizi e prestazioni protesica; cure all'estero (?)

validità temporale senza rinnovo annuale; l'iscrizione cessa alla data di scadenza del permesso di soggiorno (pds) salvo il caso che l'interessato esibisca la documentazione comprovante la richiesta di rinnovo ...

No residenza come requisito per iscrizione
in assenza di essa vale domicilio sul pds

Sono iscritti obbligatoriamente:

- a) stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano scritti 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.

asilo umanitario:

- soggiorno per motivi di protezione sociale
- 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
- misure straordinarie di accoglienza per eventi eccezionali
- stranieri ospitati in centri di accoglienza, qualora non abbiano altro titolo all'assicurazione obbligatoria od all'erogazione di prestazioni sanitarie

Proroga permesso di soggiorno per motivi di salute: straniero che abbia contratto malattia o subito infortunio ... che non consentano di lasciare il territorio italiano in caso di scadenza permesso di soggiorno (pds).

Iscrizione obbligatoria a detenuti ed internati con o senza pds

L'iscrizione obbligatoria vale anche per i familiari a carico e viene assicurata fin dalla nascita ai figli minori di stranieri iscritti al SSN nelle more dell'iscrizione al Servizio stesso

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 U.S.L. . Conseguentemente in presenza di tali requisiti e presupposti non soltanto si deve provvedere, anche d'ufficio, all'iscrizione al S.S.N., ma altresì ad erogare immediatamente le prestazioni sanitarie necessarie.

art. 34 TU; 42 RA; Ib CM

gli stranieri che non rientrano nelle categorie iscritte obbligatoriamente sono tenuti ad assicurarsi

contro il rischio di malattia, infortunio e maternità

con polizza con istituto assicurativo italiano o estero

iscrizione facoltativa al SSN

es: residenza elettiva, studenti, persone alla pari, motivi religiosi, ...

quest'ultima a pagamento con tariffe diversificate

Aspetti sanitari: norme in vigore
TAVOLE RIEPILOGATIVE

art. 35 TU; 43 RA; IIa CM
assistenza agli stranieri non iscritti al SSN

Stranieri non iscritti obbligatoriamente o facoltativamente al SSN (es. turisti o chi ha permessi di breve durata)
pagano tariffe intere delle prestazioni sanitarie

art. 35 TU; 43 RA; IIb CM
assistenza agli stranieri non iscritti al SSN

Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso al soggiorno (irregolari e clandestini) sono assicurate:
cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali ancorché continuative
per malattia, infortunio, programmi medicina preventiva
(anche le disposizioni in materia di prevenzione, cura e riabilitazione relativi a tossico dipendenze)

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.

In sede di prima erogazione dell'assistenza, la prescrizione e la registrazione delle prestazioni vengono effettuate assegnando un codice **regionale** a sigla **STP** (Straniero Temporaneamente Presente) 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 viene attestato, al momento dell'assegnazione del codice regionale a sigla STP, mediante la sottoscrizione di una dichiarazione, anch'essa valevole sei mesi.

le prestazioni sanitarie non possono comportare denuncia autorità pubblica sicurezza (eccetto casi dove è obbligatorio referto)

se indigenti, le prestazioni erogate non comportano spese ad esclusione del pagamento del ticket ove previsto
(no ticket per prestazioni di base)

Il ruolo delle Regioni e delle Aziende Sanitarie

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.

gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie erogate sono a carico della USL nel cui territorio vengono assistiti

Finanziamento richiesto al Ministero Interno
prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali per malattia ed infortunio
(comprese day hospital e/o ambulatoriali)

Finanziamento richiesto al FSR
per tutela gravidanza e maternità, salute del minore; vaccinazioni e interventi di prevenzione; profilassi internazionale;
profilassi, diagnosi e cura malattie infettive
(sia cure ambulatoriali, sia ospedaliere, sia urgenti, sia essenziali)

Rimborso richiesto al Ministero Interno

Decreto Presidente Repubblica 23 luglio 1998
Piano Sanitario Nazionale (PSN) per il triennio 1998-2000

• OBIETTIVI •

del Piano Sanitario Nazionale

accesso all'assistenza sanitaria, secondo le normative vigenti, deve essere garantito agli immigrati in tutto il territorio nazionale

la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana deve essere estesa alla popolazione immigrata

• AZIONI •

del Piano Sanitario Nazionale

sviluppo 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

Sono previsti dal Piano Sanitario Nazionale

(tra gli altri)

• Progetto Obiettivo Salute degli Immigrati

• Progetto Obiettivo Materno-Infantile

Ai sensi della Legge n. 595/85, si definisce progetto obiettivo "un impegno operativo idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto".

Decreto Presidente Repubblica 5 agosto 1998
Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione

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

Parte terza: politiche di integrazione.

Garantire pari opportunità di accesso e tutelare le differenze

Sanità: 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.

Questo secondo aspetto è risolto con quanto già previsto dalla legge attualmente in vigore; 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).

Altri avvenimenti che hanno dato concretezza a questa nuova fase di politica sanitaria sull'immigrazione, sono stati i finanziamenti (4, ognuno dei quali di 60 miliardi) erogati dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (Cipe) per l'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale in condizioni di irregolarità giuridica o clandestinità. Tali stanziamenti hanno reso possibile l'adozione di delibere specifiche sull'assistenza sanitaria agli stranieri in

alcune Regioni ove, pur essendo stata espressa la volontà politica di assumere simili iniziative (a volte 'sollecitata' da gruppi di pressione di base), la mancanza di copertura economica era divenuta un muro invalicabile. È da rilevare come ancora alcune Regioni non hanno saputo adeguatamente utilizzare tali somme per implementare processi di promozione della salute di questa popolazione che per le condizioni di vita che sopporta è spesso a rischio individuale e collettivo.

Assistenza Sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio nazionale
Fondo Sanitario 1996; 1997; 1998; 1999
Parte Corrente

	Delibera 30.1.1997 Anno 1996	Delibera 5.8.1998 Anno 1997	Delibera 21.4.1999 Anno 1998	Delibera 15.2.2000 Anno 1999
	£	£	£	£
Abruzzo	773.000.000	828.000.000	942.000.000	965.000.000
Basilicata	198.000.000	200.000.000	241.000.000	232.000.000
Calabria	1.305.000.000	1.608.000.000	1.689.000.000	1.029.000.000
Campania	7.317.000.000	6.588.000.000	5.607.000.000	4.577.000.000
Emilia Rom.	3.395.000.000	3.353.000.000	3.810.000.000	3.592.000.000
Friuli	449.000.000	*	*	*
Lazio	13.199.000.000	12.334.000.000	12.169.000.000	12.164.000.000
Liguria	1.317.000.000	1.288.000.000	1.299.000.000	1.423.000.000
Lombardia	12.845.000.000	13.352.000.000	13.788.000.000	15.831.000.000
Marche	730.000.000	773.000.000	869.000.000	897.000.000
Molise	62.000.000	63.000.000	93.000.000	95.000.000
Piemonte	4.478.000.000	4.612.000.000	4.781.000.000	4.743.000.000
Puglia	2.059.000.000	2.306.000.000	2.516.000.000	2.249.000.000
Sardegna	450.000.000	423.000.000	469.000.000	458.000.000
Sicilia	2.648.000.000	2.314.000.000	2.561.000.000	2.089.000.000
Toscana	3.927.000.000	4.817.000.000	3.805.000.000	4.141.000.000
Umbria	680.000.000	735.000.000	870.000.000	1.056.000.000
Veneto	4.168.000.000	4.406.000.000	4.491.000.000	4.459.000.000

(*) 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.

Vale la pena ricordare come 'a regime' il diritto alla salute ed il diritto all'assistenza del cittadino immigrato in Italia, seppur in forma diversificata in base al proprio status giuridico, devono essere comunque garantiti nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario Regionale (con alcune eccezioni a carico del Ministero dell'Interno).

• Politiche locali con riferimento alle Leggi regionali e ai Piani sanitari regionali

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 della possibilità di accesso e fruibilità dei servizi sanitari da parte degli stranieri. Se nel passato questo ruolo "vicariante" delle norme e delle politiche non adeguate è stato fondamentale, la normativa nazionale attuale impone un ulteriore passo in avanti inteso sia come reale applicazione di quanto previsto sia nell'individuazione di percorsi innovativi ed attenti ad un fenomeno, quello dell'immigrazione, in costante evoluzione.

La maggior parte delle Regioni italiane ha delle leggi specifiche sull'immigrazione vecchie di almeno 10 anni (impulso alla legiferazione regionale fu dato dalla legge 39/90 conosciuta come Legge Martelli) e spesso non più adeguate; molte Regioni, come detto, hanno supplito con delibere ed altri atti ma certamente manca un contesto normativo locale certo ed omogeneo.

Dopo l'emanazione del Piano sanitario nazionale a caduta si stanno emanando dei piani regionali ma non sempre c'è stata la sensibilità di dedicare attenzione e spazio al tema della promozione della salute degli immigrati. Di contro molte Aziende sanitarie con delibere locali si stanno attivando concretamente sia sul piano della formazione sia sul piano dei servizi nei confronti di questa 'nuova' e sempre più visibile popolazione. Altri enti locali, Comuni e Province, intervengono con atti e progetti che certamente sono connessi con i temi della salute (protezione sociale ma anche mediazione culturale ...) ma ancora non si intravede un reale progetto comune e condiviso se non in alcuni ambiti regionali, come il Veneto, dove tradizionalmente ed istituzionalmente è stato mantenuto un alto livello di integrazione tra sociale e sanitario (non a caso l'azienda sanitaria locale è chiamata Unità Locale Socio-Sanitaria - ULSS).

• Le aree critiche per la salute e i nodi per l'accesso ai servizi

A fronte di una stratificazione della popolazione straniera in età giovane, in buona parte scolarizzata, più o meno occupata, insistono condizioni di rischio per la salute legate a situazioni di precarietà sociale, disparità culturale e diffusa impermeabilità del sistema sanitario.

Evidenze individuano nell'area materno infantile, nell'infortunistica sul lavoro, in ambiti sociali particolarmente degradati (detenzione, prostituzione, dipendenze) situazioni di gravi disuguaglianze sullo stato di salute e sull'accesso ai servizi.

Le aree critiche per la salute degli immigrati

• Condizioni Patologiche •

malattie infettive (tb, mst, ...)
traumi ed infortuni (con particolare attenzione all'infortunistica sul lavoro)
disagio/malattie psichiatriche
(malattie cronico-degenerative irreg.)

• Condizioni Fisiologiche •

maternità
infanzia
adolescenza
vecchiaia

• Condizioni Sociali •

prostituzione e tratta
abuso
detenzione

• Aggravanti •

disagio sociale
immigrazione 'forzata' or 'non selezionata'
irregolarità giuridica
mancanza/difficoltà accesso ordinario strutture sanitarie

S. Geraci, 1998

I "nodi" per l'utilizzo del Ssn

Le principali **variabili che condizionano l'accesso** ai servizi socio-sanitari sono:

1. la *sussistenza* del diritto all'accesso;
2. la *consapevolezza* di questo diritto;
3. l'*effettivo esercizio* del diritto.

Le possibili **barriere nell'accesso** ai servizi socio-sanitari sono:

- a) le barriere *giuridico-legali*;
- b) le barriere *economiche*;
- c) le barriere *burocratico-amministrative*;
- d) le barriere *organizzative*.

Le possibili **barriere nella fruibilità** dei servizi socio-sanitari sono:

- d) barriere *linguistiche*;
- e) barriere *comunicative*;
- f) barriere *interpretative*.

S. Geraci, M. Marceca, 1995-2000

• Riorientare i servizi: le priorità

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

In questi anni il riconoscimento giuridico del diritto all'assistenza sanitaria per i cittadini immigrati non è bastato a garantirne l'accesso ai servizi e l'appropriatezza del loro intervento.

Ciò suggerisce ulteriormente la necessità di provvedere ad un "riorientamento" complessivo dei servizi. Si vuole con ciò intendere sia un ripensamento dell'organizzazione interna al servizio stesso sulla base delle dimostrate esigenze della sua potenziale utenza (flessibilità orari di apertura, disponibilità servizi di interpretariato, sviluppo del lavoro in gruppo multidisciplinare, stimolo all'integrazione socio-sanitaria...), che una sua effettiva apertura all'esterno, in raccordo con altre strutture sia del volontariato e del privato sociale afferenti al medesimo territorio sia altri enti locali.

Riteniamo anche che la capacità di 'apertura' dei servizi verso l'esterno debba arrivare, al di fuori delle proprie strutture fisiche, a forme concrete di contatto con i soggetti portatori di bisogni di salute che, per diverse motivazioni, non vi si rivolgono attivamente (unità di strada per la prostituzione, interventi presso campi nomadi o di rifugiati, iniziative particolari presso luoghi di aggregazione sociale degli stranieri). Ancora troppo scarsa o lacunosa è l'informazione degli operatori sulla normativa vigente che regola le diverse possibilità e modalità di accesso alle prestazioni per gli stranieri. Spesso è totalmente assente una formazione di base sulle specificità assistenziali collegate a questa utenza; rare le iniziative di aggiornamento sul tema.

Anche laddove si registrano particolari motivazioni individuali rispetto alla crescente "multiculturalità" dei servizi, queste non vengono di norma incoraggiate ed adeguatamente incanalate ed utilizzate, causando una demotivazione ed un senso di isolamento degli operatori. Ciò vale soprattutto di fronte a proposte di riorganizzazione dei servizi o di loro iniziative, volte ad una maggior capacità di "presa" rispetto alla popolazione immigrata, che non comportino per le Aziende rilevanti aggravii di spesa, in quanto svolte all'interno dell'orario di lavoro e con le risorse umane e strutturali già presenti. Al contrario, si sono a volte registrati forti motivazioni e partecipazione allargata laddove le dirigenze aziendali hanno favorito iniziative specificamente rivolte a questa utenza come l'avvio di piccoli osservatori sul tema, lo sviluppo di progetti di studio, promozione della salute e assistenza. A questo proposito ci sembra particolarmente adatto e percorribile lo sviluppo di Progetti-obiettivo, promossi anche soltanto a livello intra-aziendale sulla spinta di input nazionali. La messa a punto di tali progetti-obiettivo non dovrebbe prescindere da un'attenta valutazione del bisogno e da una ricognizione scrupolosa delle eventuali soluzioni tentate e delle esperienze maturate. Promotori di tali iniziative dovrebbero essere tutte le strutture territoriali od ospedaliere che si occupano, in vario modo, di quegli ambiti di salute particolarmente vulnerabili per l'intera popolazione ed in particolare per gli immigrati: il Dipartimento materno-infantile, il Dipartimento di prevenzione, i Dipartimenti per la qualità aziendale, i Pronto Soccorso, i reparti ospedalieri di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria e di Malattie Infettive, etc.

Solo con un'ottimale integrazione dei diversi servizi, adottando uno stile di multidisciplinarietà ed aprendosi al territorio sarà possibile permettere un salto di qualità dell'assistenza che assuma realmente le modifiche più significative della nostra società.

Per "riorientare" i servizi sanitari affinché sia favorito l'accesso ai cittadini immigrati presenti sul territorio, dal Gruppo di lavoro sono state individuate le seguenti priorità.

"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, ...*

• Formazione del personale

Il tema della formazione del personale è stato individuato come elemento prioritario nella riorganizzazione dei servizi per garantire un ordinario e diffuso accesso alla promozione della salute per i cittadini immigrati.

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 strutturabilità 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, ...).

È stato sottolineata l'importanza di estendere la proposta di tale aggiornamento/formazione sul tema anche ai medici di medicina generale sull'esempio di alcune realtà locali.

Segnaliamo l'iniziativa della **Regione Veneto** che ha avviato un capillare progetto formativo rivolto a tutti gli operatori delle aziende sanitarie di cui alleghiamo a mo' d'esempio il programma.

Immigrazione e salute in una società multietnica

proposta di programma (16 ore)

Presentazione relatori - Gruppetti (3-4 persone) per individuare motivazioni e aspettative - 10 minuti - Presentazione assembleare

Pre test (al fine di fotografare le conoscenze sulla tematica, prima di fornire contenuti formativi)
si suggeriscono quesiti a risposte chiuse, preferibilmente singole

Argomenti proposti (la priorità e l'approfondimento sarà deciso in base alle indicazioni emerse dai lavori dei gruppetti)

1. Inquadramento socio-sanitario del fenomeno migratorio in Italia
 - Immigrazione in Italia: dati statistici
 - I motivi dell'immigrazione
 - Profilo sanitario della persona che emigra
 - Fattori di rischio fisici
2. Immigrazione, cultura e salute
 - Differenze culturali e percezione della salute
 - Cultura e malattia: esempi di situazioni di disagio di salute influenzati dalla cultura d'appartenenza
3. Problematiche tecnico programmatiche dell'assistenza sanitaria agli immigrati
 - Accesso ai servizi
 - Normativa attuale
 - Scenari futuri
4. Immigrazione e psicopatologia
 - La partenza e l'arrivo
 - Etnopsichiatria: fattori di rischio
 - La relazione con il paziente
5. Aree critiche
 - Carcere
 - Prostituzione
 - Salute zingara
 - Mutilazioni Genitali Femminili
 - Esperienze locali
6. Donne di altre paesi: il corpo, fecondità, maternità
 - Aspetti sanitari (donne e bambini)
 - Aspetti antropologico-sociali e psicologici al femminile
 - Minori stranieri: cercare se stessi tra due culture
7. Realtà locale
 - Criticità e proposte operative

• 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** verso un sistema sanitario per tutti, 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 informazione 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.

Citiamo come esempi alcune Aziende Sanitarie che hanno realizzato delle Carte dei servizi dedicate ai cittadini immigrati: in **Toscana** ci sono state segnalate le aziende Usl 8 di Arezzo e la Usl 2 di Lucca; in **Campania** la Usl 4 di Napoli ha editato una carta

dei servizi intitolata "Salute per tutti"; a Frosinone, nel **Lazio**, la Usl locale ha pubblicato una guida multilingue per stranieri, mentre in molte parti d'Italia si moltiplicano le iniziative editoriali di opuscoli tematici in molte lingue. Il poter condividere tali esperienze (ad esempio in un sito web 'contenitore' da cui scaricare in lingua ciò che interessa ed eventualmente contestualizzarlo) potrebbe favorire iniziative, renderle meno costose e facilmente aggiornabili.

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** propriamente detto si rimanda al documento del gruppo di lavoro sul tema specifico di questo Organismo, pubblicato il 3 aprile 2000 dal titolo *"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.

Segnaliamo l'esperienza del **Gruppo Regionale Immigrazione e Salute (GRIS) del Lazio** che 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 la finalità che è quella di garantire 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.

Presupposto condiviso è che all'interno del GRIS ci sia pari dignità tra le varie componenti.

Istituito alla fine del 1995, oggi aderiscono 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.

Attualmente si sta impegnando nella proposta a livello istituzionale di Linee guida, un Progetto obiettivo e una Carta dei servizi regionale.

• Il volontariato ed il privato sociale

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. Ci sembra opportuno fare alcune precisazioni. In quanto parlare di volontariato oggi in una società in rapida trasformazione sociale, economica ed organizzativa, è difficile e si può facilmente cadere in superficiali generalizzazioni. D'altro canto anche il volontariato ha accezioni spesso diverse tanto che spinge alcuni a parlare di *volontariati*, altri ad escluderlo da ciò che viene definito "terzo settore" (né Stato, né mercato) ed a richiederne l'inclusione in un "quarto settore" per accentuare le caratteristiche proprie del volontariato stesso che sono gratuità, spontaneità, condivisione... E specificamente il volontariato è gratuità dare il meglio di sé, farsi carico responsabilmente delle persone e dei loro bisogni, operare con spirito di servizio; è gratuità la disponibilità a cambiare le nostre abitudini, i nostri atteggiamenti se ciò è richiesto dal bene delle persone.

Certo è che lo Stato si riorganizza definendo nuovi ambiti di azione spesso in modo decentrato, e, soprattutto, mette in movimento nuovi protagonisti e proprio tra questi emerge nell'ambito sociale, culturale ed ambientale il volontariato ancora con una infinità specifica di accezioni, intendimenti, propositi, progetti. Eppure il ruolo dello Stato ed il ruolo del volontariato paradossalmente sono strettamente legati e non si può parlare dell'uno senza parlare dell'altro: in una battuta potremmo dire che tanto è più forte uno Stato in ambito di protezione sociale, almeno in termini normativi-programmatori, tanto più il volontariato è attivo, profetico, non coartato a semplice supplente o tappabuchi. Più lo Stato delega o non gestisce una sua propria responsabilità di governo delle situazioni difficili, socialmente emarginanti, più il volontariato perde la propria essenza innovativa, anticipatoria, e pur di non avere un mero ruolo di supplenza, acquista un ruolo di denuncia e di stimolo anche se spesso è schiacciato dall'impegno quotidiano.

Volontariato in sanità

Decreto Legislativo 30.12.1992, n° 502, articolo 8 comma 5

L'unità sanitaria locale assicura ai cittadini la erogazione di prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica ... Nell'attuazione delle previsioni di cui al presente comma **sono tenute presenti le specificità degli organismi di volontariato e di privato sociale non a scopo di lucro.**

Regolamento d'attuazione della legge sull'immigrazione Disposizioni in materia sanitaria Art. 43 (Assistenza per gli stranieri non iscritti al S. S. N.) (Art. 35 del Testo Unico)

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.**

Circolare Ministero della Sanità N. 5 del 24 marzo 2000

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.

Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 "Un patto di solidarietà per la salute"

OBIETTIVI del P.S.N.

accesso all'assistenza sanitaria, secondo le normative vigenti, deve essere garantito agli immigrati in tutto il territorio nazionale

AZIONI

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

Delibera Giunta Regionale del Lazio n.° 5.122 del 31.7.1997

"Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti"

*Vengono individuate le strutture preposte; •servizi distrettuali; •consultori familiari; •reparti e ambulatori
•ambulatori di medicina generale; •servizio farmaceutico*

richiesta su ricettario regionale o su ricetta bianca di strutture sanitarie del privato sociale o volontariato individuate con accordi formali

coinvolgimento e coordinamento delle strutture di volontariato con esperienza specifica maturata negli anni, con protocolli di intesa

Pur scegliendo di non parlare di volontariato in senso stretto, in queste poche battute vogliamo sottolineare la complessità del fenomeno che diviene ulteriormente articolato se lo coniughiamo al tema della promozione della salute per soggetti deboli e non tutelati.

Eppure proprio ciò ci permette di uscire dall'impasse e più che fare teoria sul volontariato o sui volontariati, possiamo portare testimonianza di come un volontariato specifico, quello sanitario per immigrati clandestini, colmando un vuoto istituzionale ha fatto emergere un diritto, sdoganandolo in un processo che potremmo dire di "storia naturale del volontariato" che va dalla risposta pronta e concreta ad un bisogno, all'analisi del bisogno e dei meccanismi che lo producono, macro e micro, da un attenta azione di promozione della persona, lavorando in rete, coinvolgendo vari protagonisti ed infine traducendo il bisogno in 'vertenza' politica non solo con la denuncia (fine anni ottanta, inizio novanta) ma anche con proposte politicamente percorribili

ed accettabili. Proprio nell'ambito sanitario per gli immigrati, il volontariato laico e confessionale ha coniugato l'essenza propria dell'essere volontari e forse, con formule innovative, potrà tracciare nuove strade di partecipazione per futuri scenari.

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.

• Per una politica regionale

Da una ricerca circa le politiche regionali sulla promozione della salute a favore dei soggetti immigrati voluta dalla *Commissione per le politiche di integrazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari sociali* e realizzata dall'Area Sanitaria della Caritas di Roma, in assenza di leggi regionali aggiornate agli orientamenti di politica nazionale in materia, è emerso 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. È questo il quadro dove si inserisce lo specifico compito della definizione di politiche sanitarie locali a favore dei cittadini immigrati. Per lo più le Regioni fanno da tramite di informazioni nazionali a realtà locali. Un trasferimento di informazioni che non può bastare per governare un fenomeno diversificato sia sul versante dell'immigrazione sia su quello dell'organizzazione dei servizi. Si ritiene indispensabile che la Regione contestualizzi la politica nazionale con atti di governo locale specifico; se le leggi regionali possono essere strumenti poco agili, certamente i **piani sanitari** ed i **progetti obiettivo** sono occasione puntuale per avviare, adeguare o consolidare un impegno magari già introdotto con specifici atti amministrativi.

Il Ministero della Sanità ha recentemente chiesto ad ogni Assessorato regionale alla sanità un **referente locale** che possa riferire sullo stato di applicazione della normativa nazionale, sugli ostacoli trovati, sulle iniziative significative intraprese con la specifica volontà di condividere percorsi, idee, soluzioni ed azioni propositive: non un interlocutore politico (esistono tavoli istituzionali per fare ciò) ma un tecnico con competenze specifiche che possa contribuire al diffuso ed omogeneo accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione straniera come specificato dal PSN.

In genere ogni assessorato alla sanità ha almeno un **ufficio** che si occupa di assistenza sanitaria agli italiani all'estero ed agli immigrati, è auspicabile che tale competenza non si limiti a risolvere pratiche burocratiche o quesiti più o meno complessi ma possa promuovere percorsi di reale accesso e fruibilità delle prestazioni.

Un esempio viene dalla Regione Veneto che prima con un **gruppo di lavoro** regionale poi con il Dipartimento per l'Igiene pubblica ed infine con un Progetto regionale dal titolo "Iniziativa sanitarie in materia di immigrazione" sta cercando di governare il fenomeno monitorando ed aggiornando costantemente la propria progettualità.

La Regione Lazio ha istituito un gruppo di lavoro con rappresentanti del **settore pubblico**, di **altri assessorati direttamente coinvolti** e del **volontariato** per monitorare le esperienze e proporre percorsi: tale gruppo (il cui mandato è recentemente scaduto) si è fatto promotore con l'ufficio regionale competente per la promulgazione di linee guida regionali. Il Lazio si è anche dotato di un **Centro di riferimento** per la formazione specifica.

La Regione Sicilia ha attivato un Centro di riferimento regionale valorizzando l'esperienza del volontariato specifico.

Tra i Piani Sanitari Regionali emanati di recente ci pare interessante quello della **Regione Umbria** che, attraverso un proprio atto d'indirizzo, identifica 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".

• Per un intervento locale

Indipendentemente da input regionali, gli enti locali e nello specifico caso le **aziende sanitarie**, hanno attivato percorsi, modelli d'intervento, iniziative spesso innovative e significative.

In termini organizzativi **dedicare una figura professionale** ad implementare tale obiettivo di salute per popolazione target appare, in questa fase di inclusione nel sistema, particolarmente efficace.

Viene individuato l'ambito di collocazione strutturale di tale figura, pur essendo l'organigramma aziendale non sempre sovrapponibile in contesti regionali diversi, nello staff del direttore sanitario. Considerato che la "missione" del Direttore Sanitario, tra l'altro, è quella di cooperare nella definizione delle strategie ed orientamenti generali e della pianificazione strategica dei servizi dell'Azienda, coordinare ed assicurare l'integrazione funzionale tra i presidi sanitari, definire le soluzioni organizzative finalizzate al raggiungimento della migliore integrazione tra gli obiettivi aziendali, ... si ritiene adeguato individuare nell'ambito del suo staff la risorsa, completamente dedicata o meno, che abbia come mandato la "salute degli stranieri". Attualmente alcune Aziende Usl individuano questo specifico ambito d'intervento nel Dipartimento per la Qualità (riorientare i servizi così come anche noi l'abbiamo inteso è essenzialmente progettare percorsi specifici di qualità e garanzia di equità nell'accesso e fruibilità).

L'Azienda può o meno dotarsi di un **Progetto Obiettivo Aziendale** (anche alla luce dell'emanando Progetto Obiettivo Nazionale) con il compito di avviare un processo di inclusione e di delibere specifiche: utile è avere una visione d'insieme sul fenomeno, sulle risorse e sulle risposte. Una politica aziendale efficace potrebbe basarsi su un percorso di **riorientamento dei servizi** (come descritto precedentemente) e di **integrazione socio-sanitaria** dove appare evidente un ruolo determinante e trainante del Comune così come definito dalla normativa nazionale attuale e da quelle locali.

Il "referente aziendale" non dovrebbe gestire in proprio progetti e percorsi ma come un "catalizzatore" dovrebbe avviare processi già insiti in una pianificazione aziendale (formazione, flussi dei dati, ...) ed in una organizzazione territoriale (distretti, dipartimenti, ...). È il rappresentante delle politiche specifiche dell'Azienda sui tavoli istituzionali previsti dall'attuale normativa (Consigli territoriali, Consulta regionale, ...) e/o su altri che gli enti locali sapranno e vorranno attuare o che l'azienda stessa riterrà strategici per il raggiungimento degli obiettivi. È l'esperto sullo specifico tema nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria con i rappresentanti dei Comuni e di altri enti locali (Conferenza dei Sindaci, ...)

In conclusione una organizzazione sanitaria più attenta alle diversità delle condizioni sociali e sanitarie e dei bisogni che ne conseguono, non potrà che garantire un livello di assistenza migliore e quindi una concreta promozione della salute per tutti.

A livello regionale

referente regionale

gruppo di lavoro specifico

organi istituzionali

ufficio specifico

centro di riferimento

ossevatorio epidemiologico con flussi riconoscibili

piano sanitario regionale - piani per la salute - progetti obiettivo

piani di zona - piani triennali integrati - linee guida

A livello aziendale

figura professionale dedicata in staff con il direttore sanitario (direttore sociale)

referente dipartimento (...) della qualità

gruppo di lavoro aziendale

referente aziendale in ambito istituzionale e non

avvio di processo

riorientamento servizi e integrazione socio-sanitaria

progetti obiettivo aziendali

(orientamento, offerta attiva, osservatorio, ...)

protocolli e accordi con "società civile"

Riferimenti Bibliografici:

- *Sintesi dei Gruppi di lavoro (gennaio-giugno 1999)*. CNEL (Consiglio Nazionale Economia e Lavoro). Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri. Luglio 1999
- *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*. Forma il Puzzle. Commissione per l'Integrazione. Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Affari Sociali. Novembre 1999
- *Approcci transculturali per la promozione della salute - Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. A cura di Salvatore Geraci. Edizioni Anterem, novembre 2000 (è già stata pubblicata una edizione speciale per la Regione Veneto come Testo Base per la formazione degli operatori socio-sanitari. Marzo 2000)
- *Sanità amica in una società multietnica*. Numero monografico de L'Arco di Giano. Rivista di *medical humanities*. Numero 22, edizioni Cidas. Inverno 1999
- *Relazione sullo stato sanitario del paese*. Anno 1999. Ministero della Sanità. 2000
- *Il fenomeno immigratorio ed il SSN: necessità di un riorientamento dei servizi*. Di Maurizio Marceca e Salvatore Geraci in *Quaderni dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Milano: Argomenti di Igiene Pubblica ed Ambientale*. N. 48, Milano, 1996