Immigrazione e sanità. I servizi sanitari per gli immigrati irregolari in Lombardia

Franca Maino, Veronica Merotta

RPS

La normativa italiana è estremamente innovativa e tutelante per quanto concerne la protezione della salute degli immigrati sia regolari che irregolari. Tuttavia tale normativa non viene recepita e applicata in modo uniforme sul territorio. Il rafforzamento del livello meso, regionale, in termini di autonomia e competenze ha, infatti, favorito una differenziazione gestionale e organizzativa dei servizi sanitari. Con riferimento all'offerta di servizi per gli stranieri irregolari il caso lombardo, qui analizzato,

evidenzia quanto l'autonomia regionale possa sfociare in un coinvolgimento diretto solo marginale, mentre l'erogazione delle prestazioni viene affidata al privato sociale. Attraverso la ricostruzione delle principali tappe normative e attraverso l'analisi di due associazioni che offrono servizi e prestazioni sanitarie agli stranieri irregolari verranno messi in luce i traguardi più significativi in materia di tutela della salute per questo gruppo sociale e al contempo i tratti distintivi del modello lombardo.

1. Introduzione

L'Italia si contraddistingue nello scenario internazionale per una altrettanto innovativa legislazione sanitaria per gli extracomunitari. Si tratta di norme inclusive rivolte a tutti gli immigrati, regolarmente e irregolarmente presenti sul territorio italiano. Fino al 1995, anno che rappresenta uno spartiacque nella politica sanitaria per gli stranieri, il fenomeno migratorio era ignorato e le misure adottate si limitavano a gestire richieste urgenti (Frattini, 2006). Di fatto era impedito l'accesso alle strutture sanitarie e la fruizione dei servizi a molti immigrati, escludendo inoltre i clandestini da qualunque tipo di prestazione. Dalla metà degli anni novanta, tuttavia, l'immigrazione è diventata un fenomeno sempre meno trascurabile e questo ha contribuito a portare alla revisione delle norme allora vigenti, inappropriate per le forme variegiate che l'immigrazione aveva assunto.

È iniziata così una nuova fase caratterizzata dalla garanzia, per lo meno sotto il profilo normativo, dell'accesso ai servizi sanitari per tutti

gli stranieri, non più solo per le cure d'urgenza, ma anche per quelle ordinarie e continuative.

In questo decennio si è assistito anche ad un processo di rafforzamento del livello *meso* di governo con conseguente trasferimento di competenze di policy alle Regioni (Baldi, 2006; Maino, 2001). Questo è avvenuto in ambiti come la scuola, l'assistenza, le politiche del lavoro, la sanità e più recentemente ha iniziato a riguardare anche le politiche di integrazione degli immigrati (Geraci e Martinelli, 2002). È dunque interessante esplorare e descrivere le implicazioni di questo processo di regionalizzazione per gli immigrati irregolarmente presenti sul territorio italiano per comprendere a quali servizi e prestazioni riescano ad avere effettivo accesso. Il tema è interessante perché, anche nel caso di questo tipo di politiche, regionalizzazione ha significato differenziazione, vale a dire le Regioni hanno compiuto scelte diverse nella messa a punto delle misure di integrazione rivolte agli immigrati. Questo emerge molto chiaramente nel caso dei servizi sanitari offerti agli stranieri irregolari. Dopo aver ricostruito il quadro normativo nazionale in materia di tutela sanitaria per gli extracomunitari (sezione 2) e le competenze assegnate alle Regioni (sezione 3), nella quarta sezione si approfondisce il caso della Regione Lombardia attraverso l'esperienza di due delle principali associazioni del privato sociale che in questa Regione garantiscono prestazioni sanitarie per gli immigrati irregolari.

2. *La normativa sul diritto alla salute per gli stranieri extracomunitari*

Fino alla fine degli anni ottanta la normativa di fatto ostacolava (quando non impediva) l'accesso alle prestazioni sanitarie per gli immigrati extracomunitari e la malattia rappresentava nel loro vissuto personale un serio fattore di pericolo e una minaccia al progetto migratorio (Conti e Sgritta, 2004). Con la Legge Martelli del 1990 si stabilisce che coloro che hanno inoltrato la richiesta di regolarizzazione e sono in attesa di risposta possono iscriversi al Ssn presso la Asl del Comune di effettiva dimora. Inoltre, si permette agli immigrati regolari disoccupati di iscriversi gratuitamente al Ssn mentre ai profughi e domandanti asilo sono assicurati dallo Stato interventi d'urgenza (cfr. Geraci e Baglio, 2008).

Ma è nel 1995, con il decreto legge n. 489 (Decreto Dini), che viene sancito il diritto alla salute (ovvero il diritto a ricevere prestazioni

d'urgenza così come quelle ordinarie e continuative) per tutti gli stranieri: regolari, irregolari e clandestini. Nello specifico, l'articolo 13 stabilisce che agli stranieri irregolari temporaneamente presenti sul territorio debbano essere assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere essenziali, continuative, per malattia e infortunio, compresi i programmi di medicina preventiva. Ad alcune categorie di immigrati irregolari (minori, donne incinte o in maternità, persone affette da malattie infettive) le prestazioni debbono essere assicurate in forma gratuita (o con il pagamento del ticket, dove previsto anche per i cittadini italiani). Per tutti gli altri extracomunitari irregolari e clandestini è previsto il pagamento di una tariffa stabilita dalla Regione per le cure ambulatoriali e ospedaliere e per le cure continuative. Nel caso in cui sia possibile accertare condizioni di indigenza, tali costi sono posti a carico delle Prefetture. È tutelata la maternità, la gravidanza e la salute del minore¹, e l'accesso alle strutture sanitarie da parte degli stranieri irregolari non può comportare alcuna segnalazione. Il codice Stp (Straniero temporaneamente presente²) dà quindi diritto ad usufruire dei servizi del Ssn agli immigrati irregolari.

Dopo il d.l. 489/1995 un ulteriore traguardo per tutelare la salute degli immigrati è stato raggiunto, nel 1998, con il Testo unico sull'immigrazione (Tui) che fa chiarezza su quegli aspetti che avevano a lungo ostacolato la tutela del diritto alla salute per gli stranieri extracomunitari.

L'art. 34 contiene le norme per gli immigrati regolarmente soggiornanti ed estende loro l'obbligatorietà di iscrizione al Ssn. Rientrano in questo gruppo gli stranieri regolarmente soggiornanti (compresi i familiari a carico) che svolgono regolare attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo; gli stranieri che abbiano chiesto il rinnovo del permesso di soggiorno per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza. Coloro che restano esclusi dalle categorie sopramenzionate sono tenuti ad assicurarsi contro il ri-

¹ A questo proposito il Tui del 1998 prevedrà la concessione di un permesso di soggiorno temporaneo alle donne in gravidanza, con scadenza al sesto mese dopo la nascita del bambino.

² L'ambiguità terminologica e la diffusa ignoranza in merito ai contenuti dell'articolo 13 non hanno a lungo favorito l'accesso alla sanità da parte degli immigrati irregolari e hanno determinato ampi margini di discrezionalità nell'applicazione della norma.

schio di malattia, infortunio e maternità stipulando una polizza assicurativa oppure iscrivendosi al Ssn, previo versamento di un contributo annuo proporzionale al reddito percepito nell'anno precedente in Italia o all'estero. I titolari di permesso di soggiorno per studio, per affari o per motivi di scambi alla pari posso iscriversi volontariamente al Ssn pagando un contributo annuo forfettario. Per il lavoratore stagionale l'iscrizione al Ssn è pari alla durata del contratto di lavoro. L'iscrizione cessa per mancato rinnovo, revoca e annullamento del permesso di soggiorno o per espulsione.

L'art. 35 si occupa della tutela della salute per coloro che non sono in regola con le leggi di ingresso e di soggiorno. Permette agli stranieri irregolari di accedere alle cure ospedaliere e ambulatoriali urgenti e/o essenziali nei presidi pubblici e accreditati. In particolare esso garantisce la tutela della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane; la tutela della salute del minore; vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzate dalle Regioni; interventi di profilassi internazionale; profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai. Le prestazioni sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità di condizioni con i cittadini italiani. Nello stesso articolo è specificato che l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero *sans-papier* non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Il finanziamento delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali è a carico del Ministero dell'Interno mentre le altre prestazioni previste richieste dagli stranieri irregolarmente presenti e indigenti sono poste a carico del Fondo sanitario nazionale che deve provvedere a rimborsare le Aziende ospedaliere.

Il decreto del presidente della Repubblica n. 394 del 1999 ha introdotto le norme di attuazione del Testo unico sull'immigrazione. Gli articoli 42 e 43 chiariscono rispettivamente il contenuto degli articoli 34 e 35 del Tui. Nell'art. 42 si precisa che in mancanza di una residenza lo straniero e gli eventuali familiari a carico possono iscriversi negli elenchi degli assistibili della Asl del territorio in cui dimorano. Si tratta di una importante novità perchè permette di includere nell'assistenza pubblica anche coloro che per scarsità di risorse economiche o per motivi lavorativi sono costretti a frequenti spostamenti. Nell'art. 43 vengono spiegate le modalità più opportune per garantire le cure es-

senziali e continuative e il funzionamento del codice Stp. Tale codice è rilasciabile da tutte le strutture sanitarie pubbliche (Asl, Aziende ospedaliere, Irccs, Policlinici universitari) indipendentemente dal domicilio ed è valido su tutto il territorio nazionale. Ha una durata pari a 6 mesi (ma alcune Regioni ne hanno esteso la validità all'anno) ed è rinnovabile. Vista l'incapacità di adempiere al pagamento e l'impossibilità di iscrizione al Ssn, gli immigrati irregolari con Stp possono richiedere prestazioni di primo livello senza dover pagare il ticket.

Il disegno di legge del Pacchetto sicurezza (poi approvato con la legge n. 94/2009) prevedeva l'obbligo di denuncia degli immigrati privi di permesso di soggiorno anche da parte del personale medico e amministrativo delle strutture sanitarie, una misura che tra il 2008 e il 2009 ha fatto temere alle istituzioni pubbliche e alle associazioni di volontariato che i successi ottenuti in materia di tutela della salute venissero messi in discussione. Ricadute pesanti si sarebbero avute in termini di fruizione dei servizi da parte degli Stp ma anche sul personale impiegato nelle strutture ospedaliere e ambulatoriali, che si sarebbe visto costretto, per legge, a denunciare i colpevoli del reato di clandestinità. Il mondo dell'associazionismo e un'ampia schiera di medici ed esperti del settore sociale e sanitario si sono mobilitati in una campagna di sensibilizzazione contro questo emendamento. Dal canto suo il Ministero della Salute, onde evitare segnalazioni giustificate dalla confusione mediatica e dalla paura della denuncia per negligenza, ha sollecitato l'invio di circolari esplicative ai direttori generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere assicurando che non si era verificata alcuna modifica dei procedimenti per gli Stp. E tuttavia nei mesi precedenti e successivi all'entrata in vigore del Pacchetto sicurezza si è registrato un consistente calo dell'utenza immigrata nelle strutture sanitarie, spiegabile con la paura della denuncia per il reato di clandestinità e della conseguente espulsione³.

³ Si rimanda a questo proposito all'articolo *La legge «segnala-irregolari» fa paura, il 15% non si cura più* del 19 febbraio 2009, riportato nella rassegna stampa del sito «Melting Pot» (www.meltingpot.org). Mentre l'utenza è calata del 15% all'Ospedale Maggiore e al Centro di salute internazionale di Brescia, del 15-20% a Niguarda e del 50% all'Ao San Paolo, la diminuzione non è stata così consistente in associazioni di volontariato come il Naga e Osf che non hanno mutato in alcun modo la modalità di erogazione dei servizi e sono riuscite a rassicurare i pazienti irregolari dell'inconsistenza del rischio di denuncia alle autorità.

3. Le competenze regionali in materia di immigrazione

In linea con la tendenza emersa a livello europeo, nell'ultimo decennio anche l'Italia ha progressivamente trasferito importanti competenze alle Regioni in materia di immigrazione. Già la legge 943/1986 e la Legge Martelli avevano previsto un primo coinvolgimento del livello regionale nella gestione delle politiche di immigrazione. La svolta è avvenuta però con la legge n. 40/1998 e il successivo Tui, che hanno attribuito alle Regioni il ruolo di perno delle politiche territoriali di integrazione degli immigrati (Campomori e Caponio, 2009). L'articolo 42, infatti, ha stabilito che spetta a Stato, Regioni, Province e Comuni, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze e in collaborazione con le associazioni di immigrati o operanti in loro favore, intraprendere iniziative per l'integrazione degli immigrati, e a tal fine ha istituito il «Fondo nazionale per le politiche migratorie» con una dotazione di 138.500 milioni di lire per il triennio 1997-1999⁴.

Inoltre con l'art. 46 della Legge finanziaria del 2003 vengono attuati i principi della riforma del titolo V della Costituzione del 2001. In particolare si prevede che gli stanziamenti per gli interventi finanziati a carico del Fondo nazionale per le politiche sociali (tra i quali rientrano anche quelli del Fondo per le politiche migratorie) affluiscono al Fondo senza vincolo di destinazione, per essere poi ripartiti tra le Regioni con decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali. In questo quadro, quindi, diventa prerogativa esclusiva delle Regioni stabilire le priorità di politica sociale, tra cui se e in quale misura continuare a portare avanti interventi a favore degli immigrati in attuazione del Tui. Inoltre viene anche meno il vincolo del cofinanziamento del 20% dei programmi, dato che le Regioni hanno accesso ai fondi senza dover più presentare preventivamente i piani annuali e pluriennali con l'indicazione della spesa prevista.

Le Regioni, quindi, sembrerebbero poter contare su un ampio margine di autonomia nella definizione delle politiche per gli immigrati. Allo Stato continua a spettare il monopolio delle decisioni di ordine

⁴ L'art. 58 del Regolamento di attuazione ha fornito indicazioni specifiche circa le modalità di ripartizione del fondo: ai programmi annuali e pluriennali di Regioni e Province autonome è assegnato l'80% delle risorse, mentre il restante 20% è destinato agli interventi di carattere statale. A Regioni e Province autonome viene poi richiesta una partecipazione finanziaria per una quota non inferiore al 20% dell'importo totale dei programmi approvati.

pubblico (come la definizione dei criteri di ingresso e soggiorno, di espulsione e respingimento)⁵ mentre agli enti territoriali vengono affidate competenze legislative generali e residuali, in ottemperanza all'inserimento degli immigrati nella società e al rispetto dei diritti sociali (sanità, abitazione, scuola, lavoro). Tuttavia il margine d'azione delle Regioni non è specificato né nel Tui né nella riforma costituzionale del titolo V, la cui ambiguità ha creato diverse occasioni di tensione tra lo Stato e le Regioni sull'attribuzione delle competenze.

Con riferimento all'assistenza sanitaria la Regione è il principale fornitore di prestazioni per gli immigrati in quanto ha il compito di tradurre la normativa nazionale in adeguate politiche locali, a seconda della composizione socio-demografica e dei bisogni dei migranti presenti sul territorio. Per quanto concerne la gestione dell'erogazione delle prestazioni per gli stranieri non iscrivibili al Ssn e quindi l'emissione del codice Stp, ogni Regione ha elaborato un proprio sistema di risposta⁶. Il Tui stabilisce che siano le strutture della medicina del territorio, i presidi sanitari accreditati (in forma di poliambulatorio o di ospedale), eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato «aventi esperienza specifica», ad occuparsi di questo tipo di servizi. La normativa in materia (d.p.r. 31 agosto 1999, n. 394, art. 43) dà alle Regioni la libertà di instaurare rapporti di vario tipo con le strutture pubbliche (tra cui i consultori familiari) e le associazioni di volontariato, che possono partecipare all'offerta di prestazioni o completare la gamma di servizi già proposti dagli enti locali, rilasciando eventualmente anch'esse il codice Stp e richiedendo poi il rimborso all'organismo competente.

⁵ Per mantenere un certo controllo sulle decisioni regionali e degli enti locali in materia di immigrazione, nel 1999 il governo centrale aveva creato presso tutte le Prefetture i Consigli territoriali per l'immigrazione (Cti). La loro funzione è di controllare la presenza straniera a livello locale e la capacità di assorbimento dei flussi migratori, di promuovere iniziative volte all'integrazione, di comunicare al livello centrale le proposte e decisioni provinciali, ma soprattutto di promuovere il coordinamento e le iniziative tra i vari segmenti istituzionali e sociali, svolgendo una importante funzione di raccordo.

⁶ Lo stesso avviene per il pagamento del ticket per prestazioni qualora sia previsto dalla normativa: alcune Regioni hanno optato per l'esonero dei pazienti Stp dal ticket, perché non in grado di documentare il proprio reddito; altre (la maggior parte) hanno optato per conformare tale pagamento a quello dei cittadini italiani.

4. La Regione Lombardia e la tutela della salute agli immigrati irregolari: due associazioni di volontariato a confronto

La Lombardia ospita più di un milione di stranieri residenti, l'equivalente di circa un quarto di tutta la popolazione straniera in Italia. La loro incidenza sulla popolazione regionale residente complessiva è pari al 12%, se si considera l'universo dei regolari e degli irregolari⁷. Dato l'alto numero di stranieri, è interessante osservare come la Regione Lombardia abbia deciso di garantire la programmazione e l'erogazione di servizi per gli immigrati irregolari e di delineare quali siano le funzioni affidate al settore pubblico e all'associazionismo. Le scelte finora compiute hanno messo in luce una chiara controtendenza rispetto alle Regioni geograficamente limitrofe: mentre alcune Regioni coordinano direttamente i servizi nelle strutture pubbliche (ambulatori interni) e altre li affidano a terzi pur gestendone in prima persona il funzionamento (volontariato accreditato), la Lombardia delega al privato sociale l'intera responsabilità dell'offerta di prestazioni e servizi sanitari, senza di fatto istituire alcun canale di collaborazione (volontariato non accreditato)⁸.

La legge regionale n. 38/1988, che tutela la salute degli immigrati, prevede che la Regione possa stipulare convenzioni con enti pubblici o privati allo scopo di attuare iniziative rivolte agli immigrati e alle loro famiglie e assicurare loro l'effettivo godimento dei diritti sociali e sanitari. La stessa legge sembrerebbe inoltre dare ampio spazio agli interventi rivolti agli immigrati, grazie alla definizione «immigrati extracomunitari dimoranti nel territorio regionale» che permette di includere anche gli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno. Ciò nonostante, almeno fino al 2002, la Lombardia si è discostata da quanto previsto dalla normativa nazionale e da quanto attuato dalla maggior parte delle regioni italiane, in quanto non prevedeva per gli immigrati irregolari le cure essenziali ambulatoriali di base, le cure es-

⁷ La presenza di questi ultimi, nel 2009, si aggirava tra le 115 mila e le 181 mila presenze (Fondazione Ismu, 2009). Se si esclude la sotto-popolazione degli irregolari, l'impatto degli stranieri sulla popolazione residente scende al 9% (Istat, 2009).

⁸ Su questo punto si rimanda all'intervento del dottor Mario Affronti, presidente della Simm, al convegno nazionale «Dieci anni di attività dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multi-etnicità», che si è svolto a Milano il 27-28 gennaio 2010.

senziali specialistiche e richiedeva il pagamento di un ticket per la pediatria di base nella fascia di età compresa tra i 6 e i 18 anni (cfr. Olivani, 2002). Inoltre in questa regione il privato sociale continua ad essere il soggetto principale che adempie alla tutela della salute per gli immigrati irregolari.

Il caso che meglio evidenzia la scelta regionale di attribuire al privato sociale il compito di garantire le prestazioni sanitarie per gli immigrati irregolari è quello della Provincia di Milano (dove risiede circa il 35% degli extracomunitari soggiornanti in Lombardia, cfr. Orim 2009) in cui la sproporzione tra la domanda e l'offerta di servizi e prestazioni sanitarie ha fatto sì che il vuoto lasciato dalle istituzioni regionali portasse ad un maggior impegno del privato sociale⁹. Nello specifico, sono tre le associazioni che hanno un ambulatorio di medicina di base e specialistica che si rivolge in modo continuativo e strutturato agli immigrati irregolari (mentre altri ambulatori aprono qualche ora al giorno o un paio di volte alla settimana e quindi in maniera discontinua). Nel paragrafo seguente l'attenzione sarà rivolta solo a due di esse, il Naga e Opera San Francesco (Osf), vista l'importanza e la visibilità di cui godono non solo a livello locale.

Il Naga è un'associazione di volontariato laica e apartitica che si occupa di erogare servizi socio-sanitari e legali a stranieri e nomadi. È quasi interamente gestita da personale volontario: sono più di 300 i volontari generici e professionisti (medici, farmacisti, avvocati, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, antropologi, psicologi) mentre il personale retribuito è circoscritto ai capi aree e a qualche lavoratore interinale. Il Naga nasce per far fronte all'assenza di tutele concrete per le fasce più deboli della popolazione. Il suo principale obiettivo è promuovere la solidarietà e il rispetto dei diritti universalmente riconosciuti, esercitando una costante pressione sulle istituzioni al fine di convincere gli enti pubblici ad assumere un ruolo attivo nelle politiche sociali destinate a immigrati, richiedenti asilo, rifugiati politici, vittime

⁹ L'associazionismo milanese ha però iniziato da qualche tempo ad esercitare pressioni sugli ospedali della provincia sia per ragioni legate all'incapacità di ampliare ulteriormente la propria offerta sia per la consapevolezza di ricoprire un compito che spetterebbe, per legge, alle istituzioni pubbliche. Questo ha fatto sì che strutture come l'Azienda ospedaliera San Paolo e il Policlinico dedicassero maggiore attenzione e risorse agli immigrati irregolari, gestendo – nel primo caso – un ambulatorio di medicina di base per Stp e nel secondo dando avvio alla pianificazione di tale attività.

RPS

Franca Maino, Veronica Merotta

di tortura, nomadi, prostitute e transessuali. La questione del diritto alla salute rappresenta il perno dell'attività del Naga. Tuttavia l'approccio seguito da questa associazione prevede di non procedere verso una strutturazione troppo efficiente dei propri servizi, in modo da non legittimare il disinteresse delle istituzioni pubbliche. Le attività sono ridotte all'essenziale, danno una risposta ai diritti negati, ma non offrono una gamma di prestazioni ampia e articolata, soprattutto per quanto concerne il poliambulatorio, sebbene vengano erogati anche alcuni servizi di medicina specialistica, come quelli di ginecologia (visite ed ecografie), dermatologia, otorinolaringoiatria e chirurgia di base. Tutto il resto (medicina di secondo livello, in particolare oculistica e dentistica, Ivg, gravidanze, esami del sangue, Tac, radiografie, Mts, Aids) viene affidato a strutture ospedaliere specializzate. L'ambulatorio del Naga, nonostante abbia poche risorse, svolge una media di 15mila visite all'anno, circa 80 al giorno, tra generiche e specialistiche (Devillanova e al., 2009).

Opera San Francesco è un'associazione di frati cappuccini che è nata nel 1959 come mensa per poveri e col tempo ha sviluppato i propri servizi al fine di soddisfare i bisogni di prima necessità, tra cui ricevere cure mediche e assistenza. Quotidianamente circa 500 volontari svolgono attività di solidarietà, fratellanza, ascolto e interazione. Tutti le prestazioni sono gratuite e rivolte a tutte le fasce di povertà, come *clochards*, pensionati, famiglie in crisi e stranieri senza permesso di soggiorno. Osf vanta la più grande e organizzata struttura medica dedicata all'utenza straniera irregolare di tutta la provincia di Milano: ogni giorno riceve circa 150 pazienti, per una media annuale di 33mila visite, di cui più di 12 mila di medicina specialistica e 4mila di dentistica¹⁰. Il Poliambulatorio offre servizi di medicina specialistica molto diversificati (le prestazioni più richieste sono di odontoiatria, ginecologia e chirurgia generale). Mensilmente riceve da alcune strutture ospedaliere «donazioni mediche» quali Tac, mammografie e risonanze magnetiche, che permettono di potenziare la già ampia gamma di prestazioni offerta direttamente e di seguire i pazienti nell'iter di cura successivo.

Osf è l'unica associazione milanese a intrattenere rapporti stabili con le istituzioni regionali: un medico della Asl, una volta alla settimana,

¹⁰ Per questi dati si rimanda al sito di Osf e in particolare alla pagina web: www.operasanfrancesco.it/OSF/cosafacciamo/poliambulatorio.cfm download: (15 aprile 2010).

apre i codici Stp e prescrive il ricettario rosso per gli immigrati irregolari che necessitano di servizi esterni alla struttura, due attività per cui le altre associazioni di volontariato mandano i propri pazienti al Pronto soccorso o negli ospedali. Negli ultimi anni anche Osf ha sviluppato una maggiore consapevolezza della necessità di un intervento pubblico, avvicinandosi alle posizioni del Naga. Tuttavia, l'approccio delle due associazioni, nella prospettiva di una futura responsabilizzazione delle istituzioni sanitarie regionali, rimane differente: Osf continuerebbe ad erogare i propri servizi parallelamente a quelli garantiti dal settore pubblico, mentre il Naga potenzierebbe il ruolo di monitoraggio dell'offerta di servizi pubblici per acquisire le informazioni utili a valutare qualità ed efficacia delle prestazioni erogate¹¹.

6. Conclusioni

In Olanda la Legge Koppeliingswt del 1998 esclude gli stranieri senza permesso di soggiorno dall'assicurazione sanitaria. In Francia solo gli immigrati regolari possono accedere alle cure sanitarie e in Germania gli stranieri irregolari possono accedere alle cure mediche solo in caso di emergenza. In questo paese però le autorità pubbliche sono tenute a segnalare clandestini e irregolari che si rivolgono alle strutture sanitarie (cfr. Orim, 2009). Le indicazioni che provengono dal contesto internazionale mostrano una generale tendenza all'irrigidimento delle politiche migratorie e allo spostamento di ingenti risorse dalle politiche d'integrazione a quelle di sicurezza (Pasini, 2009).

Questo è quanto sta avvenendo in questi anni anche in Italia. A questa tendenza nazionale rispondono le Regioni, che hanno acquisito importanti competenze in questo settore e possono così bilanciare almeno in parte queste trasformazioni. Abbiamo infatti visto come spetti alle Regioni decidere come garantire concretamente il diritto alla salute per i cittadini extracomunitari. Dal momento che i diritti e le procedure di accesso per gli stranieri iscritti al Ssn sono uguali a quelle previste per i cittadini italiani, l'attenzione si è focalizzata su quelli irregolari. E come abbiamo visto le Regioni si differenziano tra loro sotto questo profilo. Tra queste la Lombardia ha recepito solo in

¹¹ Così è emerso dalle interviste condotte dalle autrici rispettivamente a Suor Anna Maria Villa, responsabile dell'area sanitaria di Osf (3 febbraio 2010) e a Pierfranco Olivani, responsabile area salute del Naga (21 gennaio 2010).

parte la normativa nazionale e soprattutto ha delegato al privato sociale la gestione dell'offerta di prestazioni e servizi per gli immigrati irregolari.

L'aumento dell'utenza straniera ha aggravato la fragile situazione legata ad una crescente scarsità di risorse del welfare. L'aumento delle aspettative, il prolungamento della durata media della vita, la domanda molto differenziata sulla base di bisogni multietnici rendono il sistema di welfare incapace di produrre un sistema di soluzioni adeguato. Questo ha certamente favorito un forte coinvolgimento del privato sociale nella gestione delle problematiche di salute degli immigrati senza regolare permesso. Dietro tale coinvolgimento è possibile individuare orientamenti e strategie differenti, come l'esperienza del Naga e di Osf hanno mostrato. Nel primo caso la scelta è quella di offrire solo servizi essenziali per non alimentare processi di sostituzione rispetto al ruolo delle istituzioni pubbliche. Nel secondo la scelta è quella di potenziare l'offerta per rafforzare la collaborazione con il pubblico. Ed è probabile che saranno questi tipi di scelte ad intersecarsi con quelle compiute dal governo centrale e soprattutto dalle Regioni nel definire come garantire anche agli immigrati irregolari il diritto alla salute.

Riferimenti bibliografici

- Baldi B., 2006, *Regioni e federalismo*, Clueb, Bologna.
- Campomori F. e Caponio T., 2009, *Immigrazione e rendimento istituzionale delle regioni italiane*, paper presentato al Convegno Sisp (Società italiana di scienza politica), Roma, 17-19 settembre.
- Conti C. e Sgritta G.B. (a cura di), 2004, *Immigrazione e politiche socio-sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.
- Devillanova C., Fasani F. e Frattini T. (a cura di), 2009, *Ingombranti inesistenze. Cittadini senza diritti. Rapporto Naga 2009*, Naga, Milano.
- Fondazione Ismu – Iniziative e studi sulla multietnicità, 2009, *Quindicesimo rapporto sulle migrazioni 2009*, Franco Angeli, Milano.
- Frattini F., 2006, *La nostra immigrazione*, «Monitor», vol. 5, n. 18, pp. 3-7.
- Geraci S. e Baglio G., 2008, *Salute degli immigrati*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2008*, Roma, pp. 283-319.
- Geraci S. e Martinelli B., 2002, *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*, Edizioni Nuova Anterem, Roma.
- Istat, 2009, *La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2009*, Istat, Roma.

- Maino F., 2001, *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- Olivani P., 2002, *Il diritto alla salute per gli immigrati in Italia: situazione attuale in Italia e a Milano*, documento disponibile sul sito: www.naga.it.
- Olivani P., 2006, *Esperienze del Naga di Milano*, in Istituto superiore di sanità, *Rapporti Istisan*, 06/29, pp. 81-87; disponibile sul sito: www.iss.it.
- Orim - Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità, 2009, *Dieci anni di immigrazione in Lombardia. Rapporto 2009*, Regione Lombardia e Fondazione Ismu.
- Pasini N., 2009, *La salute degli immigrati in Lombardia tra continuità e discontinuità. Un decennio di osservazioni e uno sguardo comparato*, in Orim, *Dieci anni di immigrazione in Lombardia. Rapporto 2009*, Regione Lombardia e Fondazione Ismu, pp. 241-279.

RPS

Franca Maino, Veronica Merotta