

2.1 Storia del Diritto alla salute per tutti in Italia

In questo capitolo prenderemo in considerazione il Diritto alla salute in Italia e la sua storia; potremo constatare che il Diritto alla salute per tutti nel nostro Paese è ormai una realtà solida e ben codificata da più di 5 anni. *L'Italia è stata, nel 1998, con la legge 286, la prima nazione al mondo a compiere la scelta del Diritto alla salute per ogni individuo presente.* Si tratta di un'importante affermazione di cultura e di umanità.

Si può constatare, peraltro, come la codifica legislativa del diritto non corrisponda necessariamente alla sua totale fruibilità: tutti hanno diritto a forme pur diverse ma equivalenti di assistenza, nella realtà però, vi sono ancora correnti di potere che tentano, in modo doloso, di opporsi a questo diritto, creando ostacoli burocratici. Ne risulta che il Diritto alla salute in Italia è attuato quasi ovunque, salvo in pochissime Regioni, ove predominano governi ideologicamente contrari.

Vediamo anzitutto come è attualmente divisa la popolazione italiana rispetto alla titolarità del Diritto alla salute. Dai dati Caritas-Istat al 31 dicembre 2004 vi erano 57.400.000 cittadini italiani, 2.800.000 immigrati regolari (4,8%) e 200.000-400.000 immigrati irregolari (0,3-0,6%). I cittadini italiani hanno diritto all'assistenza sanitaria, fornita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in base alle leggi 833/78 e 33/80. Analoga assistenza è prevista per gli immigrati regolari dalla legge 943/86. Gli immigrati irregolari hanno diritto all'assistenza sanitaria mediante procedure diverse da quelle del SSN ma equivalenti, in ottemperanza alla legge 286/98, al successivo regolamento di applicazione (394/99) e alla circolare ministeriale 5/00.

Esamineremo ora come ha cominciato ad affermarsi questo diritto in Italia e quali ne sono stati i fattori determinanti.

Nel 1848 viene fondata a Pinerolo la prima *Società Generale di Mutuo Soccorso*; tale modello si diffondeva negli anni successivi in diverse Regioni, arrivando a coprire circa il 3% della popolazione. Si trattava di piccole associazioni di artigiani e operai che, su base volontaristica, versavano un contributo periodico, per ottenere, in caso di malattia, le visite mediche gratuite e un sussidio. Inizialmente organizzate per categoria, divennero poi su base territoriale. Non si tratta ancora, come si vede, di una forma di diritto alla salute, ma solo di una libera associazione, volta a suddividere fra i soci, il rischio salute. Queste esperienze si esauriranno spontaneamente, per motivi economici, nei primissimi anni del Novecento.

Nel 1888 viene approvata la prima legge di sanità pubblica di concezione moderna (l. n. 5849 del 22 ottobre 1888, legge Crispi-Pagliani), che si rifà al modello inglese del Public Health Act del 1848. Si crea una struttura piramidale della sanità, con un Consiglio Superiore di Sanità, un livello provinciale e uno comunale. Si istituisce la figura del medico provinciale e del medico condotto che si occupano in prevalenza di problemi di sanità pubblica. Fra i compiti del medico condotto, vi è però anche l'obbligo di assistenza nei confronti degli indigenti. Quest'ultimo passaggio costituisce il primo segno del riconoscimento del Diritto alla salute in Italia.

Alcuni anni dopo (1898), vengono introdotte le prime forme "sperimentali" di *Assicurazione Sanitaria Obbligatoria per gli operai*, sul modello della riforma tedesca di Bismark del 1883 (a finanziamento misto: 2/3 dal lavoratore, 1/3 dall'impresa). Con l'Assicurazione Sanitaria Obbligatoria lo Stato riconosce implicitamente che la salute del lavoratore rappresenta un patrimonio per la collettività e che va quindi tutelata. Offrendo e garantendo prestazioni standardizzate e imparziali, fondate sul diritto individuale, tali norme rivoluzionano i criteri dell'assistenza e della beneficenza tradizionali. Nel periodo subito successivo alla prima guerra mondiale, le Assicurazioni Sociali Obbligatorie si affermano definitivamente e si moltiplicano: nel 1922 nasce l'INADEL (la prima "grande mutua" per i lavoratori degli enti locali). Il sistema delle Assicurazioni Obbligatorie, che nell'accezione più nota viene chiamato "mutualistico", si diffonde rapidamente a tutte le categorie di lavoratori e ai loro familiari; i Comuni divengono responsabili dell'assistenza per coloro che restano fuori da questi provvedimenti (i disoccupati e gli indigenti). In pochi anni, anche in Italia, si raggiunge così una copertura pressoché totale, anche se ciascuna mutua eroga prestazioni talvolta differenti e secondo criteri più o meno restrittivi.

Sul piano legislativo, il Diritto alla salute si afferma pienamente solo nel 1948, allorché viene approvata la Costituzione. Con l'articolo 32 viene stabilito che la tutela della salute dovrà essere concepita come diritto di ogni individuo:

“La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Inoltre l'articolo 2 della Costituzione stabilisce il rispetto dei Diritti Inviolabili dell'uomo, al di là di ogni discriminazione. La protezione della salute

appare dunque un diritto di ogni individuo, definitivamente riconosciuto.

Data la valenza programmatica e non attuativa della Costituzione Italiana, solo nel 1978 si arriva all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, che, riprendendo il modello del NHS inglese, si basa sui concetti dell'universalità della prestazione (per tutti), della sua gratuità, dell'assistenza secondo il bisogno e del finanziamento diretto da parte dell'erario. Queste norme sono codificate nelle due grandi leggi di sanità pubblica (n. 833, 23 dicembre 1978 e n. 33, 29 febbraio 1980).

Siamo così arrivati al 1980; abbiamo visto come, in Italia, viga il diritto alla salute per tutti. Il termine "tutti" significa "tutti gli individui presenti", cioè i cittadini italiani, dal momento che nel 1980 in Italia il grande fenomeno dell'immigrazione, già presente in altri Stati europei, quali Francia, Inghilterra, Belgio, Portogallo, Olanda e legato alla fine del periodo coloniale, era assolutamente marginale. L'Italia era, se mai, ancora un Paese di grande emigrazione, che sarebbe cessata proprio attorno agli anni 80. Per avere un'idea dell'entità del fenomeno emigrazione basta confrontare i recenti dati Caritas-ISTAT: al 31 dicembre 2004, a fronte di 2.800.000 immigrati regolari (2,8%), gli emigrati italiani erano ancora 4.032.000 (7%); il 2,3 % degli emigrati nel mondo era italiano e vi erano nel mondo 60.000.000 di oriundi italiani.

Dunque il 1980 rappresenta una data significativa: diritto alla salute per tutti i cittadini in Italia (a seguito dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale), la grande immigrazione non è ancora iniziata e cessa l'emigrazione.

Dal 1980, attirati dalle prospettive di lavoro e sospinti da gravi problemi arrivano, sempre più numerosi, gli immigrati. La loro presenza pone una serie di problemi, fra i quali quello dell'assistenza sanitaria. "Già la **legge 33/80** individuava le modalità di accesso degli stranieri al SSN, operando una prima distinzione fra coloro che "risiedono" in Italia e coloro che vi sono semplicemente "presenti". Per coloro che risiedono è data la possibilità di iscrizione (a pagamento) al SSN, per coloro che sono presenti è dato il beneficio delle "cure urgenti per malattia, infortunio e maternità" (articolo 5); queste prestazioni erano, come si vede, limitate alle urgenze, esclusivamente a pagamento e collegate alla denuncia all'autorità di pubblica sicurezza riguardo all'identità dello straniero. Questi elementi facevano sì che l'assistenza sanitaria che lo Stato forniva fosse, per lo straniero, assai onerosa in

caso di un lavoratore immigrato regolare e praticamente inaccessibile (per via dei costi e del rischio di denuncia) per un immigrato irregolare (straniero “presente”)(Senigaglia [14]).

È importante, prima di proseguire, chiarire il concetto di “immigrato irregolare”. La suggestione popolare lo identifica troppo spesso con un individuo poco degno di rispetto, un personaggio implicato in affari malavitosi. A parte una ristrettissima frangia che ricalca questo stereotipo, la maggior parte degli immigrati irregolari sono dei “normali” migranti che si allontanano dai loro Paesi per motivi demografici ed economici, più raramente per motivi politici. Il numero relativamente elevato di immigrati irregolari in Italia è da attribuirsi:

- sia alla peculiarità geografica, che fa, del nostro Paese, luogo di passaggio per i migranti diretti in Europa;
- sia per una particolare visione dell’immigrazione, manifestatasi nella politica italiana degli ultimi venti ann, (implicitamente condivisa da Governi di sinistra e di destra), determinata da una “incomprensibile scelta” o da una “terribile disattenzione”. A differenza di altri Stati, che tendono a individuare l’immigrato come lavoratore-ospite (Germania), o ad assorbirlo rapidamente nel contesto nazionale (Francia), o ad attuare forme di multiculturalismo (Inghilterra), l’Italia “ha scelto” di tenerlo, per un periodo iniziale, in situazione di inferiorità di diritti, in attesa delle periodiche sanatorie (cinque finora). A prova di quanto affermato, si può constatare come, dal 1996 al 2003, il nostro mercato del lavoro abbia *assorbito stabilmente* 1.700.000 immigrati, mentre i flussi programmati prevedevano solo 327.000 ingressi regolari; vi è stata quindi una scelta palese, rinnovata anno dopo anno, volta a mantenere i 4/5 di questa forza-lavoro in uno stato di temporanea irregolarità.

Riprendiamo ora a seguire l’iter delle leggi: qualche anno dopo (1986), con la **legge 943**, vengono presi i primi provvedimenti organici per far fronte alle problematiche poste dal recente fenomeno dell’immigrazione. Si riconosce la parità dei diritti tra lavoratori italiani e stranieri: gli immigrati in regola con le leggi dello Stato, godono degli stessi diritti sociali e sindacali dei lavoratori italiani. L’articolo 1 afferma:

“La Repubblica italiana garantisce a tutti i lavoratori extracomunitari legalmente residenti nel suo territorio e alle loro famiglie, parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai lavoratori italiani. La Repubblica italiana garantisce, inoltre, i diritti relativi all’uso dei servizi sanitari e sociali [...] al mantenimento dell’identità culturale, alla scuola e alla disponibilità dell’abitazione, nell’ambito delle norme che ne disciplinano l’esercizio.”

Sul piano applicativo queste norme, che stabiliscono l'assoluta parità dello straniero regolare con il cittadino italiano, in tema di diritto alla salute, sono di fatto limitate da alcune clausole:

- non obbligatorietà dell'iscrizione al SSN per i lavoratori autonomi,
- richiesta del requisito della residenza per l'iscrizione al SSN,
- impossibilità di fruire dell'assistenza sanitaria nazionale per gli stranieri disoccupati iscritti alle liste di collocamento,
- obbligo del rinnovo annuale dell'iscrizione al SSN,
- disparità del contributo percentuale sul reddito per l'iscrizione volontaria al SSN,
- richiesta di un contributo minimo annuale per i senza reddito.

Questi elementi discriminanti hanno condotto a una situazione paradossale per cui più del 50% degli immigrati regolari, pur pagando i contributi obbligatori, non potevano di fatto utilizzare il SSN.

La successiva legge in tema di immigrazione (l. n. 39 del 1990, Legge Martelli) non incide, in modo significativo, sulle problematiche della salute.

In pratica, dal 1990 fino al novembre 1995, si assiste al susseguirsi di una serie di provvedimenti legislativi frammentari e spesso contraddittori. Interessante, a tale proposito, ciò che afferma Salvatore Geraci [7] (responsabile dell'ambulatorio della Caritas di Roma e attuale presidente della SIMM), che constata il basso profilo legislativo dei recenti provvedimenti riguardanti la salute delle persone immigrate: "...sono stati riportati ventotto provvedimenti legislativi riguardanti direttamente la salute dei cittadini stranieri o più in generale, il fenomeno dell'immigrazione [...]. Il frequente uso dei decreti legge, di per sé limitati a situazioni di necessità e di urgenza e provvisori, denota la scarsa attenzione e la scarsa volontà politica di dare soluzioni definitive e coerenti a questo problema".

Possiamo quindi concludere che fino al novembre 1995 la legge italiana, per quanto concerne il Diritto alla salute, prevede:

- il Diritto all'assistenza sanitaria tramite il SSN per tutti i cittadini italiani,
- per l'immigrato regolare un'assistenza sanitaria teoricamente uguale a quella dei cittadini italiani, ma nella pratica penalizzata da una serie di restrizioni applicative, che ne riducono drasticamente la fruibilità,
- per l'immigrato irregolare solo assistenza limitata ai casi urgenti, riguardanti malattia, infortunio e maternità, comunque sempre a totale pagamento e passibile di denuncia.

Il **18 novembre 1995** viene emanato dal Governo Dini il **decreto legge n. 489** "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione, ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea". L'articolo 13 di tale decreto codifica l'assistenza sanitaria per gli immigrati irregolari, pur se in termini non del tutto esaurienti. Si tratta di una tappa storica: l'Italia, prima Nazione al mondo, estende il Diritto alla salute dal cittadino all'individuo.

Vedremo ora i fatti, accaduti negli anni 1994-1995, che hanno preceduto questo evento. Si tratta di fatti molto singolari e significativi: l'articolo 13 è nato dalle profonde convinzioni del volontariato socio sanitario italiano ed è stato materialmente progettato e scritto dal volontariato; da questo è stato poi portato avanti con determinazione e fortuna, mediante il progressivo coinvolgimento di Personaggi Istituzionali aperti e sensibili (Parlamentari e Ministri), determinanti nella fase di presentazione al Governo e di approvazione.

Nell'autunno del 1994, a seguito di una decisione assembleare, il Naga di Milano inizia la raccolta di elementi per la preparazione di una *Carta della salute*. La stesura avviene, sotto la guida di Lia Bandera, in collaborazione con altre associazioni: l'Ambulatorio medico Popolare di Milano, Medicina Democratica di Milano e Camminare insieme di Torino. Il documento viene presentato al pubblico, con una conferenza alla Casa della Cultura di Milano, il 22 ottobre 1994. La Carta della salute contiene una serie di rilievi sulle incongruenze della legge 943/86. Per quanto concerne gli immigrati regolari la legge, come si è detto in precedenza, richiede, per l'iscrizione al SSN, il requisito della residenza, l'obbligo del rinnovo annuale ecc., creando, di fatto, una situazione per cui più della metà degli aventi diritto, pur pagando i contributi, non può usufruire delle prestazioni del SSN. La Carta della salute pone inoltre le premesse per un tipo di assistenza sanitaria essenziale per gli immigrati irregolari, gratuita e senza rischio di denuncia. Nei mesi successivi, sulla base di questa Carta, viene preparata, dal comitato delle quattro associazioni e con la supervisione di giuristi quali Gianni Migliori e Bruno Nascimbene, una proposta di legge "per l'assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente non in regola con le norme dell'immigrazione", che si sviluppa su due emendamenti all'articolo 5 della legge n. 33 del 29 febbraio 1980 (istitutiva del SSN).

Articolo 1. Il settimo comma dell'articolo 5 del d.l. 30.12.1979 n. 663, come convertito con l.29.2.1980 n. 33, è così sostituito: "Agli stranieri, temporaneamente presenti nel territorio nazionale, sono assicurate, nei presidi pubblici e convenzio-

nati, le cure ambulatoriali e ospedaliere, essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva; è altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme per le cittadine italiane.

L'accesso dello starniero alla struttura sanitaria non potrà comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano."

Articolo 2. L'ottavo comma dell'articolo 5 del d.l. 30.12.1979 n.663, come convertito con l. 29.2.1980 n. 33, è così sostituito: "Con il provvedimento previsto dall'art.63 quarto comma della l.23.12.1978 n.833 sono stabilite le misure e le modalità della partecipazione alla spesa sanitaria da parte degli stranieri che hanno richiesto di fruire dei benefici di cui al precedente comma, nonché le rette di degenza da porre a carico degli stranieri che hanno fruito delle cure ai sensi del settimo comma. Qualora lo straniero non goda di alcuna forma di copertura assicurativa privata o pubblica, del proprio o di altro Stato e versi in condizioni economiche disagiate, accertate dal presidio sanitario, tramite l'amministrazione comunale territorialmente competente, il pagamento sarà a carico del capitolo 4294 del bilancio del Ministero dell'Interno, senza rivalsa. Sono considerati iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, in esecuzione della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo, ratificata con l.27.5.1991 n.176, i minori stranieri, così come definiti dalla Convenzione stessa, temporaneamente presenti nel territorio nazionale".

La proposta di legge viene presentata al pubblico durante un convegno dal titolo "Salute senza colore", organizzato presso la sala della Provincia di Milano il 25 febbraio 1995.

Da quel momento inizia la pubblicizzazione dell'iniziativa e la richiesta di adesione alle associazioni socio sanitarie nazionali.

Negli stessi mesi (gennaio 1995), la Caritas organizza, a Roma, un convegno dal titolo "Immigrazione e salute una politica dell'oblio", in cui viene sottolineata, con forza, la necessità di una politica sanitaria adeguata alla realtà migratoria e sociale. Il 25 gennaio 1995 Monsignor Luigi Di Liegro e il Dottor Salvatore Geraci, a nome della Caritas di Roma, inviano al Ministro della sanità Professor Elio Guzzanti, una lettera in cui, ringraziandolo per il rinnovo del decreto, che ammette l'iscrizione al SSN per gli immigrati iscritti al collocamento, sollecitano che queste tutele avvengano per legge e non per decreti e suggeriscono "provvedimenti organici, miranti ad assicurare la prevenzione e la cura [...] a quella parte di popolazione migrante, istituzionalmente esclusa dall'accesso al SSN...". Il Ministro risponde indirettamente, durante una riunione parlamentare:

“...per quanto riguarda gli immigrati irregolari [...] il problema è estremamente delicato [...] vi è una certa contraddizione nell’impegno formale e ufficiale ad assistere una persona che non dovrebbe esistere [...] però, prescindendo per un momento dalla funzione di Ministro della sanità, come persona che fa parte della sanità pubblica inorridisco. Come posso infatti ignorare che si tratta di persone che mettono a rischio la loro esistenza e che indirettamente potrebbero costituire un pericolo per la comunità nazionale? Questo è un problema che umanamente dobbiamo porci...”

Nel maggio 1995 gli autori di questo libro intraprendono un viaggio attraverso l’Italia per presentare direttamente la proposta di legge alle più importanti associazioni del volontariato socio-sanitario. Vengono così contattati il Professor Serafino Mansueto e il Dottor Mario Affronti dell’ambulatorio Santa Chiara di Palermo; il professor Mansueto anche in veste di Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, che coordina le diverse associazioni socio-sanitarie a livello nazionale. A Roma avviene poi l’incontro con il Dottor Salvatore Geraci che sancirà da quel momento una efficacissima azione congiunta fra il Naga di Milano e l’Ambulatorio della Caritas di Roma (che assumeranno, assieme, il coordinamento di tutta l’iniziativa), oltre che una splendida amicizia fra Salvatore e chi scrive.

Le adesioni arrivano numerose: Poliambulatorio N.Stenone (Firenze), Poliambulatorio Caritas A.S.F.R. (Roma), Poliambulatorio I.Biavati (Bologna), Centro Welcome (Roma), Ambulatorio internazionale città aperta (Genova), Sermig (Torino), Associazione progetto casa verde (Morena-Roma), Opera sociale avventistica (Roma), Medici USSL 18 - malattie infettive (Brescia), Chirone (Messina), IRCCS San Gallicano (Roma), ISI sportello sanitario (Torino), Porta aperta (Modena), Opera S.Francesco per i poveri (Milano), Casa dei diritti sociali (Roma), Ambulatorio Centro Senza Frontiere (Roma), Ambulatorio Santa Chiara (Palermo), Solidarietà Medica Italiana (Udine).

Il Ministro della sanità, Professor Guzzanti riceve il primo luglio una delegazione formata da operatori della Caritas di Roma, del Naga, dell’Ambulatorio Medico Popolare e dell’Associazione senza Confine che gli presenta, a nome di tutti gli aderenti, la proposta di legge. La proposta viene valutata dal Ministro con interesse; ci vengono dati dei suggerimenti per facilitarne l’iter, un importante impegno personale a cercare di realizzarla e un sincero incoraggiamento. Seguono altre riunioni con i Responsabili tecnici del ministero e ancora con il Ministro.

Il 6 luglio il Senato approva un ordine del giorno, con cui il Governo si impegna:

“a ricercare le forme per difendere il diritto alla salute per i cittadini extracomunitari [regolari], emanando provvedimenti atti a superare gli ostacoli che impediscono di fatto la parità dei trattamenti [...] a dare indirizzi per una piena attuazione al diritto alla salute dei cittadini non comunitari; mirando a offrire anche agli irregolari alcuni servizi essenziali relativi alla prevenzione e alla medicina di base [...] e immettere forme di gratuità per gli indigenti...”.

Nel luglio del 1995 le associazioni socio-sanitarie promotrici decidono di presentare in Parlamento la proposta di legge. Durante un incontro, avvenuto a Milano, l'Onorevole Manconi accetta di essere il primo firmatario al Senato; l'Onorevole Tanzarella sarà il primo firmatario alla Camera.

La proposta di legge viene depositata in Parlamento nei primi giorni del mese di agosto e viene sottoscritta da 60 Senatori e 140 Deputati, appartenenti a quasi tutto l'arco parlamentare.

Nel mese di novembre, il Ministro Guzzanti, durante le sedute preparatorie per l'approvazione del Decreto sull'immigrazione, ottiene che vi sia incluso un articolo che estenda l'assistenza sanitaria anche agli immigrati irregolari. Questo articolo che ricalca, anche se in modo incompleto, la proposta di legge del volontariato, viene approvato il 18 novembre 1995, come articolo 13 del d.l. n. 489. Vi si legge:

Articolo 13: Assistenza sanitaria.

Il comma settimo dell'ast. 5 del decreto legge 30.12.79 n.663, convertito con modificazioni, dalla legge 29.2-1980 n. 33, è sostituito dal seguente:

“Agli stranieri, temporaneamente presenti nel territorio dello Stato, sono assicurate nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva. È altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane. L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

Salvo le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza, nonché le altre prestazioni individuate con decreto del Ministro della sanità, adottato di concerto con il Ministro del Tesoro, nell'ambito del fondo sanitario nazionale, utilizzando, ove necessario, quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali”.

L'articolo 13 del d.l. 489, rappresenta un'affermazione giuridica nuova, senz'altro "difficile", ma senz'altro "grande", tratta un tema sconosciuto che stenta ad essere recepito e attuato a livello locale, lasciando dapprima sconcertati gli operatori ed il personale amministrativo. Si introducono comportamenti antitetici rispetto alle consuetudini: l'identificazione del paziente perde di importanza, diviene sommaria (il documento non è più necessario), la prestazione va fornita comunque, anche se non vi è solvenza, il paziente usufruisce delle linee del SSN, senza farne parte; cambia l'ottica dell'azione: non è più la "buona" struttura che fornisce, ma l'individuo che chiede e deve ricevere. Il ministero, di fronte a un'ondata di quesiti, emana, nei mesi successivi, due telex esplicativi (n. 00091 del 3.1.1996 e n. 1000 del 15.5.1996), che confermano l'immediata applicabilità delle norme e ribadiscono, fra l'altro, l'estensione del diritto anche ai minori, rimasta in dubbio: si specifica che era sottintesa nella dicitura "tutela sociale della maternità e della gravidanza".

Riassumendo, l'articolo 13 e i due successivi telex ministeriali sanciscono l'assistenza sanitaria per gli immigrati irregolari in questi termini:

- cure urgenti e essenziali ancorché continuative, ambulatoriali e ospedaliere, per malattia e infortunio,
- provvedimenti di medicina preventiva (compresa diagnosi e cura delle malattie infettive),
- nessun tipo di segnalazione particolare all'autorità di polizia,
- gratuità delle cure urgenti, preventive e di quelle per la tutela della maternità, della gravidanza e dei minori, salvo ticket, ove previsto per i cittadini italiani; nonché per una serie di altre prestazioni da individuarsi in un successivo provvedimento,
- (si stabilisce, inoltre che il codice di accesso alle strutture sanitarie, per questo tipo di pazienti sarà il codice STP: straniero temporaneamente presente).

Il decreto 489 viene regolarmente reiterato, fino al 13 settembre 1996, quando, una sentenza della Corte dei Conti blocca il rinnovo ripetuto dei decreti. Il neoministro della sanità, Onorevole Bindi rimedia a ciò emanando, il 15 novembre 1996, un'ordinanza ministeriale di identico contenuto, con lo scopo di non annullare le scelte operate su questo diritto appena riconosciuto. In occasione del secondo rinnovo dell'ordinanza (3/97), il Ministro, rispondendo a una richiesta del volontariato, emana una terza cir-

colare applicativa sulle tematiche dell'assistenza ai minori, recependo i principi stabiliti dalla *Convenzione di New York sui Diritti del Fanciullo*.

Fino al 1998 la salute per gli immigrati irregolari resta legata all'articolo 13 che, enunciando solo dei principi, dà adito a interpretazioni talvolta differenti e incerte, lasciando comunque ampi spazi alla discrezionalità. Se a ciò aggiungiamo lo scarssissimo potere che l'immigrato irregolare ha per impugnare questo diritto, vediamo come la sua applicazione sia stata necessariamente arbitraria e non omogenea.

Dal 1996 inizia la stesura della futura "Legge Turco-Napolitano (legge quadro sull'immigrazione), che verrà approvata prima come legge n. 40 il 6 marzo 1998 e che diverrà successivamente Testo Unico (comprendendo così anche tutti i provvedimenti antecedenti) il **25 luglio 1998**, come **d.lgs. n. 286** (al quale ci riferiremo d'ora in poi) [vedi appendice n.8]. Alla stesura degli articoli sanitari della d.lgs. 286 (articolo 34 per gli immigrati regolari, 35 per gli irregolari e 36 ingressi per cura), il volontariato collabora, tramite il Dottor Maurizio Marceca, membro della Caritas di Roma, che fa da tramite fra gli estensori del provvedimento legislativo e la rete del volontariato socio-sanitario. In effetti, il testo degli articoli sanitari è ben congegnato, chiaro ed esauriente, riprende, nella parte più delicata, quella per gli irregolari, il testo della proposta di legge del volontariato del 1995, attuata già in parte con l'articolo 13, completandola. Le nostre istanze di base vi trovano quindi pieno riscontro. I testi di legge verranno esaminati nel capitolo successivo.

Il d.lgs. 286 è la prima vera legge organica varata in materia di immigrazione in Italia. Si propone di regolamentare, armonicamente, tutti gli aspetti della vita dei cittadini stranieri che vivono sul territorio della Repubblica. Ha senza dubbio il pregio di avere dato una sistemazione e una veste razionale a una materia che necessitava da tempo di un assetto complessivo. "Con essa", afferma Bruno Nascimbene [12], il legislatore adempie all'obbligo sancito dall'art. 10, co. 2 della Costituzione, di regolare, in maniera completa e organica, la condizione giuridica dello straniero."

Con la stesura della legge 40/98 (d.lgs. 286/98) abbiamo assistito al ritorno della progettazione e della formulazione delle leggi sulla sanità agli ambiti istituzionali. Si chiude la fase in cui il volontariato ha proposto e diciamo quasi imposto una svolta decisamente significativa. Resta comunque una importante realtà: le Istituzioni danno ora prova di stima e di capa-

cità di ascolto riguardo alle nostre istanze, aprono canali ufficiali di concertazione, accettando e mostrando di gradire le nostre proposte. Inizia così la fase in cui il volontariato stimola, suggerisce e collabora, interagendo con le Istituzioni. Una conferma di questo nuovo clima la si può riscontrare quando, il 16 novembre 1998, il Ministero della Sanità, nomina la Commissione Sanità e Immigrazione. La nostra azione, fino a quel momento spontanea, viene incanalata in un'ordinata e continuativa collaborazione che si realizza tramite un dialogo paritetico, proficuo e, a volte, decisamente vivace con i vertici tecnici del ministero, rappresentanti politici regionali ed esperti, consulenti per particolari competenze. Dalla parte delle associazioni socio-sanitarie partecipano a questa Commissione elementi della Caritas di Roma, del Naga di Milano, dell'Ambulatorio Stenone di Firenze, nonché del Cuam e di altre associazioni venete e della stessa Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. La Commissione, fra gli altri compiti, contribuirà alla stesura dei successivi atti legislativi, talvolta con suggerimenti (1.394/99), talvolta direttamente progettandoli e redigendoli (circolare ministeriale 5/00 e Guida pratica alla normativa vigente sull'assistenza sanitaria agli stranieri immigrati 4/2001).

Riguardo all'applicazione dell'articolo 35 (quello che, come si è detto, codifica l'assistenza sanitaria per gli immigrati irregolari), il Naga di Milano e l'Ambulatorio Caritas di Roma, conducono due indagini parallele, che concordano nel rilevare notevoli difficoltà nell'attuazione di queste norme da parte delle autorità sanitarie locali. A seguito di ciò, nel secondo semestre del 1998, le associazioni del volontariato socio-sanitario inoltrano al ministero "una bozza del futuro regolamento di attuazione del d.lgs. 286 che, per l'articolo 35, individua l'iter assistenziale per la medicina di base e specialistica, per la pediatria, l'ostetricia e l'infettivologia, precisando le modalità per i rimborsi delle prestazioni agli Enti eroganti da parte dei ministeri, nel rispetto dei criteri di non denuncia" (Senigaglia [14]).

Il regolamento di applicazione (**d.P.R. n. 349**), previsto già nella stesura del d.lgs. 286, viene emanato il **31 agosto 1999** [vedi appendice n. 9], completando e dettagliando le direttive della d.lgs. 286, ne permette l'attuazione. Anche in questo caso vi sono compresi tre articoli sanitari (articolo 42 per gli immigrati regolari, 43 per gli irregolari e 44 ingressi per cure).

A corollario del d.lgs. e del suo regolamento di attuazione, nell'aprile 2000 il ministero emana una **circolare (n. 5, 2000)** [vedi appendice n. 10], che riassume i concetti in materia di sanità, espressi dai due testi di legge e li comple-

ta con specificazioni di carattere applicativo là ove la sperimentazione ne ha rivelato la necessità. Questa circolare, voluta e concepita dal volontariato (Naga e Caritas), scritta e discussa punto per punto a livello Commissione Sanità e Immigrazione con i dirigenti responsabili del ministero in un clima di collaborazione-discussione decisamente simpatico (restano per noi memorabili le “appassionate discussioni” con il Dottor Montecchi), completa il quadro delle nuove normative in tema di salute per gli immigrati.

L'anno successivo (aprile 2001) il Ministro della sanità, professor Veronesi, promulga una *Guida pratica alla normativa vigente in tema di assistenza sanitaria agli stranieri immigrati* che riunisce gli articoli sanitari del d.lgs. 286, del d.P.R. 394 e la circolare ministeriale n. 5, preceduti da un breve schema orientativo. Si realizza così un unico documento omnicomprensivo, di facile consultazione, destinato a portare chiarezza fra gli operatori su un argomento così nuovo e complesso.

Negli anni seguenti le leggi sull'immigrazione vengono modificate, in senso restrittivo e garantista, dal nuovo governo della “Casa delle Libertà”. La legge n. 189, del 30 luglio 2002 (nota come Bossi-Fini), “modifica della normativa in tema di immigrazione...” lascia invariati, non citandoli, gli articoli sanitari della d.lgs. 286. Il relativo regolamento di applicazione (d.P.R. 334, 18 ottobre 2004, “regolamento recante modifiche al d.P.R. 394 del 31 agosto 1999 in materia di immigrazione”), prevede, per quanto concerne gli articoli sanitari, solo corrette variazioni semantiche o del tutto marginali.

Alcune difficoltà nell'applicazione delle recenti leggi in tema sanità e immigrazione sono sorte con il processo di decentramento avviato in Italia nel 1997. La legge n. 59 prevedeva infatti il passaggio di una serie di competenze dallo Stato alle Regioni: fra queste rientrava la normativa sanitaria. Peraltro come è affermato dall'articolo n. 117 co. b ed m del Titolo V della Costituzione, aggiornato dalla l.Costituzionale n. 3 (18 ottobre 2001), “lo Stato conserva competenza esclusiva nel promulgare leggi sull'immigrazione e nel definire i livelli minimi di assistenza (LEA)” (quindi, in base a quest'ultimo punto, risulta istituzionalizzata, tramite il d.lgs. 286, l'assistenza sanitaria per gli STP su tutto il territorio). Una grossa Regione del nord, la Lombardia, si sta opponendo alle leggi nazionali su questo tema. Non emanando circolari applicative, negando e dirottando su microprogetti settoriali i finanziamenti statali (destinati esclusivamente all'assistenza sanitaria del-

l'immigrato irregolare), impedisce, di fatto, l'applicazione della normativa nazionale per quanto concerne l'assistenza sanitaria di gran parte di questi individui. Questa posizione, del tutto dolosa e arbitraria, si perpetua nel rifiuto di ogni contatto e di ogni trattativa richiesti, con cortese insistenza, dalle associazioni del volontariato socio-sanitario. Si arriva così all'assurdità per cui proprio in Lombardia, dove più di dieci anni fa è nato il movimento che ha portato ad affermare il diritto alla salute per tutti in Italia, questo diritto resti di fatto ignorato, lasciando al volontariato il compito di un'assistenza del tutto discrezionale.

Parliamo ora dei costi del "Diritto alla salute" in Italia.

Dal momento che si tratta di un diritto che lo Stato deve fornire all'individuo, è sempre importante valutarne i costi. Ci riferiremo naturalmente solo ai costi per l'assistenza agli immigrati irregolari, visto che i costi per i cittadini e per gli immigrati regolari sono coperti dalla tassazione versata.

- Il CIPE, ancora per il 2005, ha assegnato un fondo di 30 milioni di euro alle Regioni, finalizzato unicamente al finanziamento delle spese sanitarie per gli immigrati non in regola con le norme dell'immigrazione, per la copertura delle spese sanitarie di loro competenza (in analogia con quanto era già avvenuto per gli otto anni precedenti). Dal canto suo il Ministero degli Interni, per ciò che riguarda le spese di sua spettanza, prosegue nei rimborsi, pur con gravi ritardi, attingendo ad un capitolo apposito (n. 4294, regolarmente rinnovato), con una dotazione di 12 milioni di euro/anno. Dalla somma dei due capitoli di spesa previsti, risulta uno stanziamento complessivo annuo di 42 milioni di euro, corrispondente ad una quota capitaria di 140 euro [valutando a circa 300.000 il numero degli immigrati irregolari attualmente presenti (fra i 200.000 ed i 400.000 - dati Caritas per il 2004)]; 1100 euro sono la quota capitaria per i cittadini italiani; dunque assistere anche gli immigrati irregolari, che rappresentano, come si è visto, lo 0,3-0,6% della popolazione totale presente, costa solo lo **0,06%** del fondo sanitario nazionale e la spesa è già comunque finanziata da anni.

- Seguendo ora un altro ragionamento economico, possiamo arrivare ad analoghe conclusioni favorevoli: .

Dai dati del 2003, come ha affermato il Dottor Mapelli ad un recente Convegno tenutosi a Brescia il 19 dicembre 2005 dal titolo "Tutela della salute degli immigrati, come strumento di integrazione", emerge che:

- anche considerando in eccesso il numero degli immigrati irregolari (1/4 dei regolari, cioè 600.000, numero mai raggiunto nelle comuni valutazioni),
- constatato che è uguale in percentuale il numero dei ricoveri per gli immigrati in generale, rispetto ai cittadini italiani,
- rilevato che il “peso economico” del DRG dell’immigrato è minore (meno del 50%) rispetto a quello del cittadino italiano (maggior numero di affezioni croniche e degenerative),
- valutando la spesa sanitaria media per ogni STP, dalla somma della spesa media per ricovero dell’immigrato + un 50% per “altre spese sanitarie non derivanti da ricovero” (stima in eccesso),
- considerando la cifra annua stanziata dallo Stato per l’assistenza sanitaria ad ogni immigrato irregolare (derivante, come si è visto prima dalla somma della spesa del capitolo 4294 + il finanziamento CIPE),

si deduce che i costi annui per l’assistenza sanitaria per gli immigrati irregolari sono sì in eccesso rispetto alla somma dei due finanziamenti previsti (capitolo 4294 + fondo CIPE) di circa un 10%, ma ampiamente coperti dall’eccedenza che deriva dall’assistenza sanitaria per gli immigrati regolari. Quindi la spesa sanitaria per gli “immigrati nel complesso” è minore della quota che si ricava dalla normale tassazione dell’immigrato regolare. *Si può dunque affermare che l’immigrazione, nel suo complesso, migliora i conti della sanità pubblica in Italia.*