La salute degli immigrati irregolari. I diversi modelli di cura

Veronica Merotta

Corso Elettivo

La salute della popolazione immigrata

18 giugno 2013 - Aula Magna Clinica del Lavoro

Tra il formale e il sostanziale: come si traduce in pratica la tutela della salute degli immigrati

Testo Unico sull'immigrazione (D.Lgs. n. 286/1998) e DPR n. 394/99

- si affida alle Regioni il compito di intervenire per "rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono il pieno riconoscimento dei diritti e degli interessi riconosciuti agli stranieri nel territorio dello Stato".
- si incaricano le Regioni di tutelare la salute di tutti i migranti, indipendentemente dal loro *status* giuridico.

Riforma del Titolo V Costituzione (art. 117), 2001

- vengono attribuite maggiori competenze alle Regioni, anche in materia di immigrazione, per quanto riguarda l'assistenza sociale e sanitaria, in particolare:
  - totale responsabilità esecutiva dei servizi sanitari ed assistenziali
  - ampia autonomia legislativa in materia di salute

Centralità delle istituzioni regionali

Quali tutele e a chi?

Vincoli formali per l'erogazione indiscriminata dei servizi sanitari:

✓ **(a tutti i cittadini) I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**: l'insieme di prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto a ottenere dal Servizio Sanitario Nazionale e in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale (Arduini, 2010).

✓ **(in particolare, agli immigrati) Art. 35 TU sull'Immigrazione**:
- per gli *stranieri regolarmente presenti*: si assicurano le medesime prestazioni sanitarie di cui usufruiscono gli italiani;
- per gli *stranieri irregolarmente presenti:* si garantiscono "prestazioni urgenti ed essenziali" eventualmente senza oneri qualora i pazienti immigrati dimostrino di essere indigenti.

Tuttavia….

Diversificazione regionale

✓**Livello normativo-istituzionale**
Presenza/assenza di leggi regionali, programmazioni di integrazione, piani (socio-)sanitari regionali, linee guida attuative, etc.;

✓**Livello organizzativo-gestionale**
Orientamento adottato dalle ASL/AO nei confronti della popolazione immigrata, sia regolare, sia irregolare;

✓**Livello di penetrazione territoriale**
Omogeneità/disomogeneità dei servizi sul territorio regionale.

Disomogeneità tra le esperienze regionali

Il perché delle differenze.
Anzitutto, una questione di definizione

Salute è

- ***In una visione contratta* - cura *ex post* (cura)**

  Assistenza nel momento del bisogno. Ruolo curativo e a posteriori.

  Obiettivo: eliminare la malattia.

- ***In una visione estesa* - cura *ex ante* (prevenzione)**

  "Assenza di malattia e di infermità e lo stato di benessere fisico, psichico e sociale. (E') la realizzazione, per tutte le donne e gli uomini, di tutte le proprie potenzialità fisiche, psichiche, culturali e religiose e (…) pari opportunità ad attingere ad un più alto livello di salute possibile (nonché) pari accesso all'assistenza disponibile, pari trattamento a parità di (…) qualità dell'assistenza (OMS)".

  Obiettivo: raggiungere lo stato di benessere.

In secondo luogo, una questione di conoscenza e di informazione interna ed esterna.

✓**Interna**: verso gli operatori del settore.
Diffusione dei diritti e dei percorsi di cura possibili all'interno delle istituzioni sanitarie (es. corsi di formazione)

✓**Esterna**: verso i possibili fruitori-pazienti.
Agevolare l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione straniera

Dove le differenze dei servizi socio-sanitari e sanitari

Presenza/assenza di misure *migrant-friendly* come:

- Counselling
- Mediazione linguistico-culturale
- Forme di accompagnamento e follow-up
- Prevenzione
- Guide/segnaletica multilingua

Diversi attori protagonisti delle attività di tutela della salute degli immigrati irregolari:

- ASL e AO
- Privato Sociale

I servizi socio-sanitari rivolti agli immigrati (in particolare irregolari) in sei casi regionali*

* Dati tratti dall'attività di ricerca Pasini N. (2011), *L'Italia. Le realtà sub-nazionali.* In "Confini irregolari. Cittadinanza in prospettiva comparata e multilivello"

Lombardia

- **Rispetto ad un'utenza *regolare*:**

  - complessità di alcune procedure: scelta del medico curante e del luogo di cura, le modalità e i costi delle prestazioni;
  - presenza disomogenea dei servizi di mediazione linguistica e culturale e di accompagnamento pre e post il momento di cura e dei percorsi facilitati d'accesso (in termini informativi e di comunicazione);
  - accesso alle prestazioni, comunicazione e forme di informazione insufficienti;
  - orientamento favorevole all'inclusione in stretta dipendenza dal fattore giuridico della regolarità: interventi socio-sanitari ai regolari come casi di eccellenza (iniziative *migrant friendly).*

- **Rispetto ad un'utenza *irregolare*:**

  L'orientamento della Regione:

  - *non* promuove la tutela della salute dei migranti irregolari;
  - *non* agevola la diffusione della indicazioni nazionali;
  - lascia al volontariato e al Pronto Soccorso il compito di erogare servizi urgenti ed essenziali;

- Principali erogatori: ambulatori del volontariato e, in forma minore, alcune strutture ospedaliere in convenzione con il privato sociale;
- Avvicinamento ad un sistema collaborativo pubblico-privato (caso di Bergamo, Milano Policlinico e San Carlo, Brescia);
- Forte connotazione solidaristica: molto impegno da parte della società civile e del Terzo Settore a colmare le lacune in termini di servizi delegati dal settore pubblico (STP).

Friuli Venezia Giulia

- Coinvolgimento del Terzo Settore nel momento decisionale e organizzativo dei servizi socio-sanitari destinati agli immigrati;
- Dopo la modifica alla legge Regionale l.r. n.5/2005: considerevole eterogeneità dei servizi e isolamento delle strutture;
- Cooperazione tra pubblico e privato al fine di elaborare adeguati percorsi di cura;
- Formale corrispondenza tra i servizi di tipo sociale e quelli sanitari: gestione delle tematiche sociali e sanitarie attraverso lo stesso Assessorato. A livello implementativo, si traduce in poca integrazione;
- Orientamento alla prevenzione molto sviluppato, a prescindere dallo status giuridico del migrante;
- Formazione degli operatori socio-sanitari: esclusivamente accenni alla necessità di formare il personale.

Per gli irregolari:

- Ambulatori di volontariato convenzionato, ovvero ambulatori che forniscono assistenza medica di base gratuita, gestiti dal volontariato, il quale stabilisce con la struttura pubblica una convenzione o un protocollo d'intesa;
- Frammentarietà dei servizi per gli immigrati non in regola.

Emilia Romagna

- Modello regionale: non esiste. Casi di assistenza socio-sanitaria a regolari e irregolari molto efficienti (Reggio-Emilia), altri poco strutturati (Bologna);
- Ruolo del Terzo Settore: finalizzato a completare l'iniziativa pubblica (in alcuni casi, come Bologna il Terzo Settore rappresenta l'attore centrale, mentre il ruolo sussidiario è ricoperto dagli enti pubblici);
- Tendenza alla cooperazione tra l'ente istituzionale e quello degli attori erogatori. Tuttavia, il sistema decisionale non si può definire partecipativo a tutti gli effetti (disomogeneità territoriale);
- Servizi di mediazione, formazione e informazione molto sviluppati e capillari;
- Poche indicazioni regionali di materia salute e immigrazione. La regione non ha emanato Linee Guida, ma ha preferito invitare le AUSL ad attivare servizi *ad hoc* per la popolazione migrante;
- Stretta coesione tra le politiche sanitarie e socio-assistenziali.

Per gli irregolari:

- Protagonismo dell'attore pubblico nelle politiche socio-sanitarie rivolte agli immigrati irregolari;
- Assistenza per STP: il grado di attivazione cambia tra i contesti locali.

Lazio

- Coerenza tra il livello normativo e il livello di implementazione;
- Sistema normativo dettagliato: limita la libera interpretazione;
- Doppio livello partecipativo: un forte gruppo di lavoro interistituzionale interno alla Regione promuove e tutela la salute dei migranti e un organismo esterno riconosciuto e coinvolto dalle istituzioni, il GrIS, collabora con la Regione;
- Contesto extra Roma: la collaborazione pubblico-privato sociale è meno forte;
- Orientamento sia formale (leggi) che sostanziale (*policies*) all'integrazione delle politiche sociali e sanitarie.

Per gli irregolari:

- Attore pubblico presente: coinvolgimento nell'erogazione dei servizi delle Aziende sanitarie pubbliche;
- Il mondo dell'associazionismo è strategico sia nella formulazione delle *policies*, sia nella loro realizzazione;
- Presenza capillare delle strutture per STP.

Puglia

- Mediazione e formazione degli operatori si stanno ampiamente diffondendo;
- Poca diffusione dei servizi nelle periferie urbane e nelle zone rurali. Nelle città la funzionalità è indiscutibile e le novità normative sono state concretizzate in modo razionale ed efficiente;
- Ruolo del volontariato e del privato sociale: colmare le inefficienze dell'ente pubblico soprattutto nelle aree ai margini provinciali;
- Disomogeneità territoriale di penetrazione dei servizi.

Per gli irregolari:

- Ruolo dell'attore pubblico: direttamente coinvolto nell'erogazione di servizi di salute ai migranti (irregolari);
- Ambulatori dedicati: collocati all'interno dei presidi sanitari pubblici e sono gestiti da personale pubblico;
- Assistiti dai medici di base.

Sicilia

- Ruolo del volontariato: un attore complementare che agisce laddove il livello di assistenza pubblica è insufficiente ed inadeguato;
- Scarsa presenza di azioni di prevenzione, di accompagnamento del paziente nel percorso di cura e di educazione sanitaria.
- Numerosi i provvedimenti normativi in materia di mediazione e formazione.

Per gli irregolari:

- Servizi per STP: prevalenza dei servizi dedicati presso le strutture pubbliche;
- Disomogeneità di distribuzione territoriale dei servizi per STP: picchi di efficienza presso alcuni poli urbani, assenza di servizi in altri, soprattutto nelle zone rurali.

Focus irregolari:
Diversi modelli di tradurre il diritto alla salute

- ✓ volontariato accreditato (Sicilia - Lazio)
- ✓ volontariato non accreditato (Lombardia)
- ✓ ambulatori dedicati in partnership pubblico-privato (ER – Lazio – Puglia - Lombardia - FVG)
- ✓ coinvolgimento medici di base (Puglia)

Focus irregolari:
Diversi modelli di tradurre il diritto alla salute

- ✓ volontariato accreditato (Sicilia - Lazio)
- ✓ volontariato non accreditato (Lombardia)
- ✓ ambulatori dedicati in partnership pubblico-privato (ER – Lazio – Puglia – Lombard

FVG)

- ✓ coinvolgimento medici di base (Puglia)

Focus irregolari:
Diversi modelli di tradurre il diritto alla salute

- ✓ volontariato accreditato (Sicilia - Lazio)
- ✓ volontariato non accreditato (Lombardia)
- ✓ ambulatori dedicati in partnership pubblico-privato (ER – Lazio – Puglia – Lombard

FVG)

- ✓ coinvolgimento medici di base (Puglia)

Alcune osservazioni sui sei casi regionali:

La buona qualità di servizi socio-sanitari rivolti agli immigrati:

- ✓Non sembra aver relazione tra la presenza di normativa regionale (Piano socio-sanitario e leggi dedicate) o interna alle AO (direttive, circolari, comunicazioni);
- ✓Né sembra dipendere dalla continuità di un governo o di un colore politico al potere (centrodestra o centrosinistra);
- ✓Mentre sembra avere relazione con la **forma decisionale partecipativa** ovvero quella modalità di lavoro che coinvolge nella formulazione, pianificazione e realizzazione delle iniziative, oltre alle istituzioni, anche il Terzo Settore.

Pertanto, il modello partecipativo:

Coerenza con
le specificità territoriali

individuazione e lettura dei reali
bisogni dell'utenza

FORMULAZIONE
DI POLITICHE ADATTE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

FONDAZIONE ISMU INIZIATIVE E STUDI SULLA MULTIETNICITÀ

Grazie per l'attenzione.

Veronica Merotta

v.merotta@imu.org

Fondazione ISMU

Via Copernico, 1
20125 - Milano

ismu@ismu.org

www.ismu.org