



Comunitari Senza Copertura Sanitaria

*Indagine sul difficile accesso alle cure per cittadini rumeni e bulgari a Milano e in Lombardia:
quando essere comunitari è uno svantaggio.*

A cura di

Naga

Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i
Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti

e di

Casa per la Pace Milano
Centro Internazionale Helder Camara Onlus
Sant'Angelo Solidale Onlus

Sommario

1. LE ASSOCIAZIONI PROMOTRICI DELL'INDAGINE	p. 3
a. Il Naga	p. 3
b. Casa per la Pace Milano, Centro Internazionale Helder Camara Onlus, Sant'Angelo Solidale Onlus ...	p. 3
2. IL PERCHE' DELL'INDAGINE	p. 3
3. OBIETTIVI	p. 5
4. METODI	p. 5
5. RISULTATI.....	p. 5
a. L'entità del fenomeno	p. 5
b. La gravità del fenomeno.....	p. 6
<i>Adulti</i>	p. 6
<i>Bambini</i>	p. 8
c. Il comportamento di alcune istituzioni sanitarie milanesi.....	p. 10
<i>Gli ospedali</i>	p. 10
<i>I consultori familiari</i>	p.11
6. CASI ESEMPLARI.....	p. 12
a. Stremati e sconfitti dalla burocrazia.....	p. 12
b. Storia di Anna – tumore all'utero.....	p. 13
c. Malattia congenita e nazionalità sbagliata	p. 13
d. Respinto al CUP malgrado la gravità del caso	p. 14
e. La piccola Luisa e il tenace volontario	p. 14
f. Amore o assunzione?	P. 15
g. Diabetico abbandonato a se stesso	p. 15
h. Infarto miocardico	p. 16
i. Telefonata miracolosa?	p. 16
7. CONCLUSIONI	p. 16

8. PROPOSTE.....	p. 17
9. BIBLIOGRAFIA	p. 18
10. APPENDICE.....	p. 19
Assistenza sanitaria per i cittadini neocomunitari	p. 19
11. RINGRAZIAMENTI	p. 22
12. CONTATTI.....	p. 22

1. LE ASSOCIAZIONI PROMOTRICI DELL'INDAGINE

a. Il Naga

Il Naga è un'associazione di volontariato laica e apartitica che si è costituita a Milano nel 1987 allo scopo di promuovere e tutelare i diritti di tutti i cittadini stranieri, rom e sinti senza discriminazione alcuna. Il Naga riconosce nella salute un diritto inalienabile dell'individuo. Gli oltre 300 volontari del Naga garantiscono assistenza sanitaria, legale e sociale gratuita a cittadini stranieri irregolari e non, richiedenti asilo, rifugiati e vittime della tortura, rom e sinti oltre a portare avanti attività di formazione, documentazione e lobbying sulle Istituzioni.

L'ambulatorio medico del Naga di Milano è un ambulatorio di volontariato non convenzionato e svolge circa 15.000 visite mediche annue.

L'associazione non si pone in alternativa o in concorrenza con i servizi sanitari pubblici, né desidera deleghe nell'ambito di un settore che rientra tra le funzioni preminenti dello Stato sociale; si propone, anzi, di estinguersi come inevitabile conseguenza dell'assunzione concreta e diretta del "problema" da parte degli organismi pubblici preposti.

b. Casa per la Pace Milano, Centro Internazionale Helder Camara Onlus, Sant'Angelo Solidale Onlus

Casa per la Pace Milano, Centro Internazionale Helder Camara Onlus e Sant'Angelo Solidale Onlus sono associazioni di volontariato, che, ciascuna con la propria specificità, si occupano da anni di educazione alla non violenza e gestione dei conflitti, promozione della giustizia e della solidarietà sociale, tutela dei diritti dei più deboli, sia con iniziative culturali, sia con progetti concreti in Italia, in Africa e in America Latina. Dal 2010 si sono fatte promotrici di un progetto specifico sul tema dell'immigrazione (*Progetto diritti: da straniero a cittadino*) con l'obiettivo di monitorare la situazione critica dei diritti dei cittadini stranieri, e di promuovere una cultura dell'integrazione, attraverso:

- a) la divulgazione di sentenze su pari opportunità e contrasto alle condotte discriminatorie;
- b) la promozione di incontri di formazione rivolti a cittadini stranieri per approfondire le difficoltà nell'esercizio concreto dei diritti fondamentali;
- c) l'individuazione di casi esemplari significativi, rispetto ai quali realizzare azioni di tutela.

Tutto ciò privilegiando forme di collaborazione e azioni unitarie con altre associazioni, onde mettere in rete le informazioni e poter essere maggiormente efficaci nei risultati.

2. IL PERCHE' DELL'INDAGINE

La legge italiana considera la salute un diritto inalienabile dell'individuo, in accordo con quanto stabilito dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani del 1948 (art.25), fatta propria dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con la dichiarazione di Alma-Ata del 1978.

In coerenza con questi principi, in Italia l'accesso alle cure è garantito anche per gli immigrati privi di permesso di soggiorno, secondo quanto previsto dall'articolo 35 del Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 e successive modifiche (d'ora in poi "Testo Unico sull'Immigrazione"). Nello specifico, *"uno straniero anche irregolarmente presente sul territorio nazionale potrà comunque usufruire delle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali, ancorché continuative utilizzando il codice Straniero Temporaneamente Presente (STP)"*.

Dal 31 dicembre 2007 i rumeni e i bulgari sono cittadini europei, di conseguenza non necessitano più del visto per entrare in territorio italiano, né di alcun permesso per soggiornarvi. Acquisire dei diritti, però, spesso coincide con il perderne altri, soprattutto quando le istituzioni non garantiscono appieno il rispetto di quelli nuovi; **essi, infatti, non rientrano più nella categoria di cittadini ai quali può essere rilasciato il codice STP, utilizzato per gli immigrati "irregolari" provenienti dai Paesi Terzi.** Come precisato dalla circolare del Ministero della Salute emanata in data 19 febbraio 2008 questi cittadini *"hanno diritto agli stessi livelli di assistenza di cui usufruiscono gli iscritti al Sistema Sanitario Nazionale nei seguenti limiti: i titolari di tessera TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia, rilasciata dal proprio paese di origine) hanno diritto alle sole prestazioni medicalmente necessarie, i titolari di modelli E106 (lavoratori, studenti), E121 (pensionati) hanno diritto all'assistenza sanitaria completa"*. Completamente parificati agli iscritti al SSN sono coloro che, su territorio italiano, svolgono attività lavorative in regola. **Rimangono fuori da questo quadro quei cittadini comunitari (o meglio "neo-comunitari") presenti in Italia privi di copertura sanitaria.** Molti rumeni o bulgari presenti sul territorio nazionale non sono infatti in possesso di tessera TEAM, a causa delle gravi carenze del sistema sanitario nei loro paesi d'origine, e si ritrovano così - dal dicembre 2007- privi di copertura sanitaria qualora siano disoccupati o lavorino in nero in Italia, o siano "familiari a carico".

A questo riguardo, la circolare sopra citata conferma il diritto dei cittadini comunitari alle prestazioni indifferibili e urgenti. Tra queste si intendono incluse anche le prestazioni sanitarie relative a categorie quali: i minori, le donne in gravidanza, le vittime di tratta e le vittime di schiavitù. Inoltre viene nuovamente ricordato che ai cittadini comunitari non "in regola" sul territorio italiano sono garantite, *"anche per motivi di sanità pubblica nazionale"*, le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive.

Per risolvere il problema nello spirito dei principi contenuti nel Testo Unico sull'Immigrazione (e seguendo le indicazioni della Circolare di cui sopra), **la gran parte delle regioni ha sostituito il codice STP con il codice ENI (Europei Non Iscritti)** che ha le stesse caratteristiche e dà diritto alle stesse prestazioni previste dal codice STP. L'utilità di un codice differenziato rispetto all'STP è solo a fini statistici, informativi ed eventualmente di recupero crediti per lo stato italiano.

La Regione Lombardia ha emanato una circolare nel 2008 (Circolare n. 4/SAN 2008) la quale stabilisce che i cittadini comunitari hanno diritto alle prestazioni indicate dall'articolo 35 del Testo Unico sull'Immigrazione, ma **non ha definito con cosa debba essere sostituito il codice STP per questi pazienti.** L'unica indicazione operativa fornita dalla circolare è quella che venga indicata, ai fini della rendicontazione dei ricoveri ospedalieri di cittadini comunitari privi di copertura sanitaria, la sigla CSCS (Comunitario Senza Copertura Sanitaria). La circolare ha dunque valore solo formale e non operativo.

Di conseguenza questa tipologia di cittadini, rumeni e bulgari, anche se affetti da patologie importanti ma non tali da dover essere curate in pronto soccorso (es. diabete, ipertensione, asma, epilessia, cardiopatie), di fatto può ricevere assistenza sanitaria solo presso gli ambulatori gestiti dalle associazioni di volontariato, godendo paradossalmente di meno diritti dei cittadini non comunitari irregolarmente presenti.

In assenza di direttive regionali precise ogni ospedale, e a volte ogni singolo operatore, si comporta in modo differente, creando una variegata tipologia assistenziale, dalla piena assistenza (rara), al totale rifiuto all'assistenza (frequente).

3. OBIETTIVI

La raccolta dati si prefiggeva i seguenti obiettivi:

- a. stimare l'entità del fenomeno della mancata assistenza sanitaria a cittadini comunitari rumeni e bulgari a Milano;
- b. stimare la gravità del fenomeno (patologie implicate);
- c. verificare nella pratica il comportamento di alcune istituzioni sanitarie milanesi.

4. METODI

Nei mesi di novembre e dicembre 2011 a tutti i pazienti rumeni e bulgari che hanno avuto accesso all'ambulatorio Naga, o all'unità mobile Naga che si reca nelle aree dismesse della città per eseguire visite mediche (Medicina di Strada), è stato sottoposto un questionario di raccolta dati riguardante loro stessi e i loro figli (se minori).

Il questionario ha permesso di raccogliere dati socioanagrafici, dati relativi alle patologie riscontrate e informazioni relative all'assistenza sanitaria ricevuta dalle istituzioni milanesi. All'ambulatorio Naga hanno avuto accesso cittadini bulgari e rumeni, anche rom; all'ambulatorio mobile di medicina di strada hanno avuto accesso esclusivamente cittadini rom.

5. RISULTATI

La casistica presa in considerazione è limitata e soffre di *bias* di campionamento. Potrebbe essere non del tutto rappresentativa della realtà oggettiva, ma, pur concedendo un margine di errore, fotografa una problematica rilevante e discriminazioni accertate.

a. L'entità del fenomeno

In riferimento al primo obiettivo dell'indagine, stimare l'entità del fenomeno della mancata assistenza sanitaria a cittadini comunitari rumeni e bulgari a Milano, sono stati raccolti 238 casi complessivi in due mesi, il che su base annua corrisponde a circa 1.400 pazienti. Si può stimare che le altre associazioni di volontariato presenti a Milano annualmente visitino complessivamente da 2.000 a 3.000 pazienti rumeni e bulgari privi di assistenza sanitaria. Inoltre, secondo i dati Istat 2007, in Lombardia i cittadini rumeni iscritti all'anagrafe sono 95.697 di cui 76.462 occupati, e i cittadini bulgari 4.700. Considerando anche le persone non iscritte all'anagrafe (secondo i dati ISMU al gennaio 2010) i cittadini rumeni in Lombardia sono stimati essere 129.000, di cui 13.000 rom e sinti, e 9.000 i bulgari. Le persone che hanno perso il diritto al codice STP sono buona parte dei 38.000 cittadini rumeni e bulgari stimati essere presenti ma non iscritti all'anagrafe, e dei 19.000 iscritti ma non occupati, od occupati in nero: in totale 20.000 - 40.000 persone.

Allo stato attuale non riteniamo possibili stime più precise.

b. La gravità del fenomeno

Adulti

Sono stati raccolti dati relativi a 167 adulti, di cui il 56% costituito da cittadini rom rumeni, il 40% da cittadini rumeni e il 4% da bulgari.

Età media: 40,4 anni; solo 5 sono oltre 60 anni; si tratta dunque di una popolazione giovane.

Nazionalità: la grande maggioranza è di nazionalità rumena.

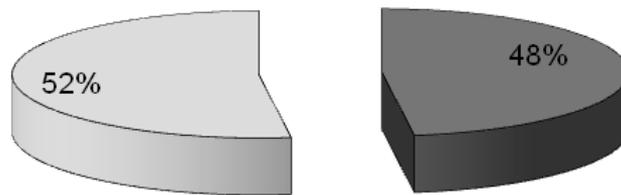
Presenza in Italia: sono in Italia in media da 5,5 anni; 37 (22%) da meno di un anno, 109 (65%) da 1-9 anni, e 21 (13%) da 10 o più anni. Ne deriva che i casi raccolti riguardano una popolazione presente in Italia da molto tempo (ma solo raramente oltre i 10 anni), e che gli arrivi continuano, anche nel 2011.

Domicilio: 86 (52%) vivono in campi non autorizzati, privi di servizi igienici, privi di raccolta della spazzatura e spesso privi di acqua, 51 (30,5%) in casa, 16 (9,5%) in dormitorio o in comunità, 14 (8%) sono senza fissa dimora e dormono in luoghi variabili di notte in notte, spesso in auto.

Scolarità: 27 sono analfabeti (16,2%), di cui il 63% donne; 29 hanno terminato la scuola elementare (17,4%); 51 le scuole medie inferiori (30,1%); 43 le scuole medie superiori (25,8%); 9 sono laureati (5,5%), tra cui una sola donna; 8 non hanno risposto (5,0%).

Lavoro: 121 sono disoccupati (72,5%); 38 lavorano in nero (23%); 4 hanno un lavoro regolare (2%); 3 sono pensionati (2%); 1 è studente (0,5%).

Visite mediche: per 80 persone (47,9%) le visite mediche operate dal Naga costituiscono l'unica assistenza medica ricevuta in Italia durante i 5,5 anni di permanenza media; del restante 52,2% (87 persone), 68 persone (40,7%) erano state visitate in Pronto Soccorso negli anni o mesi antecedenti l'indagine; 36 (21,5%) erano state visitate presso altre associazioni di volontariato, principalmente Opera San Francesco; 3 (1,7%) avevano eseguito anche visite mediche private (*Grafico 1*). Il totale supera il 100% in quanto alcuni pazienti hanno eseguito visite mediche in più strutture. Solo 2 delle 68 persone visitate in Pronto Soccorso sono state dimesse con una ricetta medica per acquistare i farmaci necessari, ben 66 persone quindi non hanno avuto una ricetta medica (*Grafico 4*). Questa *malpractice* dei Pronto Soccorso, che non si attengono alle disposizioni regionali che prevedono che il paziente riceva una ricetta medica, se per i pazienti italiani, che spesso ricevono lo stesso "non trattamento", si traduce in un inutile passaggio presso il medico curante, per questi pazienti, che non hanno il medico curante, provoca difficoltà a volte insuperabili per ottenere i farmaci. Non avendo potuto prendere visione delle lettere di dimissione dai Pronto Soccorso, non sappiamo con esattezza quanti pazienti rumeni e bulgari avrebbero avuto il diritto a veder conclusa la propria visita medica con una prescrizione su "ricetta rossa", ma i medici di Pronto Soccorso da noi interpellati stimano che il 60% - 80% delle visite di Pronto Soccorso dovrebbe concludersi con una "ricetta rossa".

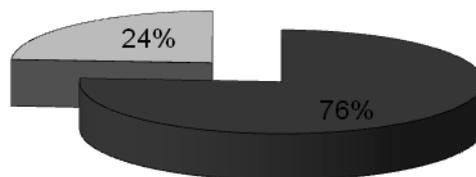


■ Persone visitate esclusivamente al Naga □ Persone visitate anche in altre strutture

Grafico 1: luogo in cui sono stati visitati i pazienti (campione: 167)

Patologie riscontrate: in 127 casi (76%) sono state riscontrate patologie acute clinicamente poco rilevanti (sindromi da raffreddamento, artralgie, bronchiti acute, etc), in 40 casi invece (24%) sono state riscontrate patologie gravi o potenzialmente gravi, o necessitanti di una terapia cronica (tabella sottostante e Grafico 2).

Patologie gravi o potenzialmente gravi o necessitanti di terapia cronica riscontrate	Numero casi
ipertensione arteriosa	18
diabete mellito	7
asma cronica	2
epatite B	2
grave calo ponderale	1
sospetto di artrite reumatoide	1
esiti di infarto miocardico	1
esiti di ictus cerebrale	1
broncopneumopatia cronica ostruttiva	1
Polmonite	1
Proctorragia	1
sospetto di tubercolosi	1
insufficienza mitralica	1
sospetto tumore del retto	1
necessità di gastroscopia	1



■ Patologie acute non rilevanti □ Patologie gravi, potenzialmente gravi o croniche

Grafico 2: patologie riscontrate nei pazienti visitati al Naga (campione 167)

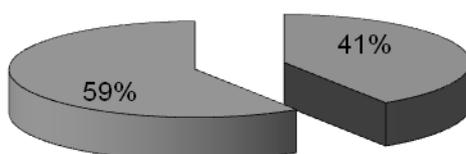
Bambini

I dati per i bambini non sono stati raccolti, salvo alcune eccezioni, in occasione di visite mediche; trattandosi di dati anamnestici raccolti presso i genitori, sono privi di diagnosi.

Sono stati raccolti dati relativi a 71 bambini, di età inferiore ai 14 anni - età media 6,6 anni -, tutti di nazionalità rumena.

Domicilio: 68 (94,4%) vivono nei campi irregolari, in media da 3,3 anni; 3 (5,6%) vivono in casa.

Visite mediche: 29 (41%) non sono mai stati visitati da un medico in vita loro, 28 (31%) sono stati visitati in Pronto Soccorso, 13 (15%) sono stati visitati da medici di organizzazioni di volontariato, 12 (14%) sono stati visitati nei consultori familiari, 5 (6%) sono stati visitati da pediatri privati. Percentualmente si supera il 100% in quanto alcuni hanno avuto accesso a più di una tipologia di visita medica.



■ Bambini che non sono mai stati visitati da un dottore
 ■ Bambini che in passato sono stati visitati da un dottore

Grafico 3: bambini – visite mediche (campione: 71)

11 (40%) dei bambini visitati in Pronto Soccorso hanno qui ricevuto una ricetta per i farmaci necessari, 16 (60%) non l'hanno ricevuta.

Dimissione dal Pronto Soccorso e "ricetta rossa" (campione: 167 adulti e 71 bambini)

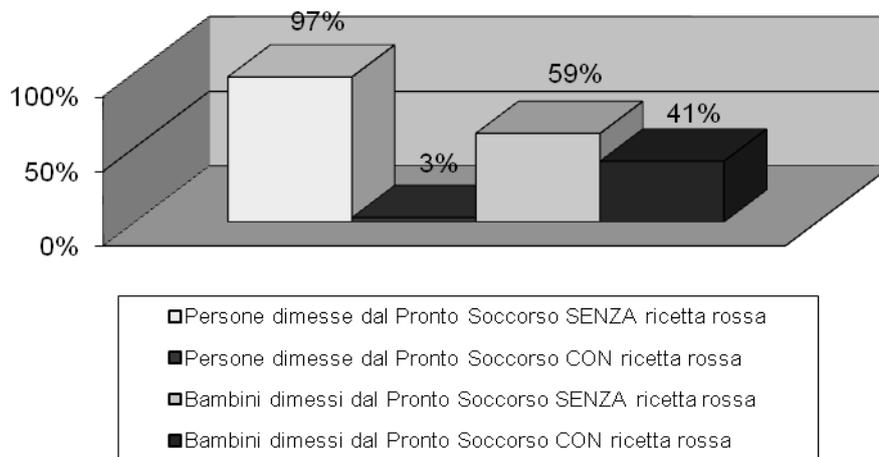


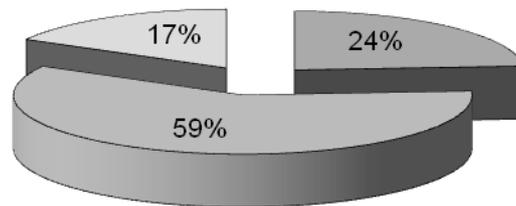
Grafico 4: dimissione dal Pronto Soccorso e "ricetta rossa" (campione: 167 adulti e 71 bambini)

Vaccinazioni: 17 bambini (24%) non hanno ricevuto nessuna vaccinazione; 42 (59%) hanno ricevuto tutte le vaccinazioni previste; per 13 bambini (17%) la condizione vaccinale non è chiara, in quanto i genitori non ricordano se le abbiano fatte tutte o in parte, e comunque non ricordano quali. I 15 bambini nati in Italia sono stati tutti vaccinati; tra i bambini giunti in Italia dopo l'anno di età sale al 30% la percentuale di bambini che non sono stati vaccinati in Romania e non sono stati presi in carico dal sistema sanitario pubblico italiano.

Ricordiamo che in Italia le vaccinazioni obbligatorie previste per tutti i bambini sono: difterite, tetano, poliomielite, epatite B. Per Haemophilus influenzae di tipo B, morbillo, parotite, pertosse, rosolia la vaccinazione è raccomandata. Per altre tre malattie (malattie invasive da pneumococco, meningococco C e varicella) è prevista la vaccinazione dei soggetti a rischio.

Paker C. in una pubblicazione online documenta che la mortalità infantile in Italia è tre volte più elevata tra i rom che tra gli Italiani. Lorenzo Monasta, Am. J. Public Health, documenta che diarrea, bronchite, asma tra i bambini rom che vivono in campi nomadi a Firenze, Bergamo, Brescia, Mestre e Bolzano, sono correlate in modo statisticamente significativo con la durata della permanenza nei campi nomadi.

Samuel Loewenberg, Lancet 2010, una delle riviste mediche più autorevoli, commenta una ricerca a cura della Comunità S. Egidio di Roma nella quale sono poste in evidenza l'elevata percentuale di denutrizione (24%), scabbia (16%) e capacità motorie sottosviluppate per l'età (5%) ed evidenza un maggior rischio di morbillo e poliomielite dovuti alla carenza di vaccinazioni tra i bimbi rom. Una pubblicazione del Ministero della Sanità spagnolo, 2008, evidenzia un maggior rischio di epatite cronica tra i bambini rom, correlata alla carenza di vaccinazioni tra gli stessi. Una recente ricerca Naga, 2011, documenta le precarie condizioni di vita dei rom a Milano, e la carenza di assistenza medica.



Nessuna vaccinazione
 Profilassi vaccinale eseguita
 Situazione vaccinale non chiara

Grafico 5: situazione vaccinale dei bambini nei campi rom (campione: 71)

c. Il comportamento di alcune istituzioni sanitarie milanesi

Gli ospedali

I pazienti rumeni e bulgari che hanno perso il diritto al codice STP, quando affetti da patologie croniche o quando necessitano di accertamenti di natura tale da non richiedere un accesso in Pronto Soccorso, se si presentano al CUP (centro di prenotazione) di un ospedale milanese, con una richiesta di visita medica specialistica o di accertamenti diagnostici ospedalieri, compilata su un ricettario di un medico di una associazione di volontariato o da un medico privato, vengono di norma respinti e non ottengono nessun appuntamento. Vengono respinti con la motivazione che la richiesta non è formulata su ricettario regionale (il ricettario utilizzato dai medici di medicina generale), senza che peraltro possano ottenere ricette regionali proprio perché non hanno diritto al medico di base. La motivazione burocratica tenta di nascondere una volontà politica.

Unica eccezione è l'ospedale Niguarda che accetta di fissare appuntamenti a questi pazienti, previa dichiarazione d'indigenza, in modo che non debbano pagare il ticket. Evidentemente se c'è la volontà è possibile superare gli ostacoli burocratici posti da Regione Lombardia, e rispettare quanto previsto dal Testo Unico sull'Immigrazione, come peraltro ha chiesto la Regione stessa con la circolare n.4/SAN 2008, mai diventata operativa nei fatti. Parziale eccezione è l'ospedale San Paolo qualora il paziente acceda all'ambulatorio dedicato agli immigrati irregolari; se invece accede al CUP viene respinto come negli altri ospedali. All'ospedale San Paolo il paziente deve comunque pagare il ticket per la prima visita, in quanto l'esenzione per indigenza viene rilasciata solo per eventuali visite successive.

“Accompagnamenti”: il respingimento dei pazienti al CUP, oltre che dichiarato dai pazienti, è stato verificato più volte di persona dai volontari Naga che hanno accompagnato i pazienti agli sportelli CUP degli ospedali Policlinico, Niguarda, San Paolo, San Raffaele, Fatebenefratelli e San Carlo. Talvolta (all'ospedale Fatebenefratelli e all'ospedale San Carlo) la presenza del volontario Naga, che si è qualificato solo dopo il respingimento del paziente, ha permesso di sbloccare la situazione, e di ottenere la visita o l'accertamento richiesto, ma solo per quel singolo paziente, quasi fosse una benevola eccezione e non l'applicazione di un diritto previsto dalle leggi italiane.

I consultori familiari

La legge 29 luglio 1975, n. 405 istituisce i “Consultori di assistenza alla famiglia e alla maternità”, meglio noti come consultori familiari, ai quali vengono riconosciuti i seguenti scopi:

- assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità e alla paternità responsabile, per i problemi della coppia e della famiglia, per problematiche minorili;
- assistenza per la procreazione responsabile e le scelte contraccettive;
- tutela della salute della donna e del “*prodotto del concepimento*”;
- divulgazione delle informazioni ritenute idonee a promuovere o a prevenire la gravidanza consigliando i metodi e i farmaci maggiormente idonei a ciascuno.

Per quello che concerne l'onere retributivo, all'art. 4 della medesima legge si legge: *“L'onere delle prescrizioni di prodotti farmaceutici va a carico dell'ente o del servizio cui compete l'assistenza sanitaria. Le altre prestazioni previste dal servizio istituito con la presente legge sono gratuite per tutti i cittadini italiani e per gli stranieri residenti o che soggiornino, anche temporaneamente, su territorio italiano”*.

La legge 22 maggio 1978, n. 194 “*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*” prevede, inoltre, che spetti ai consultori assistere la donna in caso di richiesta di interruzione di gravidanza.

Come sottolinea il libretto informativo “*INFORMASALUTE, Accesso al Servizio Sanitario Nazionale per i Cittadini stranieri*”, progetto co-finanziato dall'Unione Europea, dall'Istituto Nazionale Salute, Migrazione e Povertà, dal Ministero della Salute Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione, dal Ministero dell'Interno Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione: **“Il Servizio Sanitario Nazionale assicura a tutte le donne gli interventi di prevenzione, quelli per la tutela della maternità, l'assistenza ai bambini, le vaccinazioni, la diagnosi e la cure delle malattie infettive”** (a p.20).

Queste affermazioni trovano conferma all'interno dell'apparato legislativo sull'immigrazione. Il Testo Unico sull'Immigrazione (art. 35) dispone, tra le altre cose, che tutte le donne immigrate abbiano garantiti i diritti di tutela della maternità, anche se sprovviste di permesso di soggiorno in regola.

Entrando nello specifico delle cittadine rumene e bulgare, la sopra citata Circolare N.4/SAN 2008, emanata dalla regione Lombardia in data 27/03/2008, dispone che ai “*cittadini comunitari presenti sul territorio nazionale ma privi di copertura sanitaria, in quanto non assistiti dagli Stati di provenienza e senza i requisiti per l'iscrizione al SSN (tipicamente, cittadini che si presentano senza TEAM o certificato sostitutivo)*” siano riconosciute le prestazioni indicate dall'art. 35 del Testo Unico sull'Immigrazione, e tra queste “*si devono considerare incluse le prestazioni sanitarie relative alla tutela della maternità, all'interruzione volontaria di gravidanza, a parità di condizione con le donne assistite iscritte al SSN, in applicazione delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, 22 maggio 1978 n. 194, e del decreto ministeriale 10 settembre 1998*”.

La circolare, anche in questo caso, non ha definito le procedure che sono ad oggi non chiare a tutti i consultori: è necessario che le pazienti siano prese in carico col codice fiscale o col codice CSCS o con altra procedura? Con quali modalità devono essere inviate agli ospedale per gli accertamenti necessari?

I consultori nascono per assicurare alle donne, tutte le donne, un servizio che sia in grado di accoglierle, ascoltarle, tutelarle, assisterle, soprattutto se gravide, invece l'accesso ai servizi dei consultori milanesi non è offerto in maniera omogenea a tutte le cittadine rumene e bulgare in stato di gravidanza presenti sul territorio.

Alcune tra le cittadine rumene e bulgare gravide sono costrette a pagare gli accertamenti necessari in gravidanza, erogati dagli ospedali. In alcuni consultori, infatti, i ginecologi e le ginecologhe compilano le

“ricette rosse” delle proprie pazienti utilizzando la sigla “CSCS” invece del codice fiscale come previsto. In questo modo, al momento della prenotazione degli esami, viene chiesto un pagamento pari a circa 150 euro per gli esami del sangue e circa 180 euro per le ecografie. Nella forma si tratta solo di un “disguido burocratico”, ma nella sostanza il consultorio stesso a volte non si preoccupa di rispettare la legge. Abbiamo anche raccolto testimonianze di cittadine rumene e bulgare intenzionate a portare avanti la loro gravidanza alle quali è stato rifiutato addirittura il primo colloquio presso il consultorio cui hanno fatto riferimento e, di conseguenza, la prima visita ginecologica.

Le cittadine cosiddette “neo-comunitarie”, nei fatti, incontrano spesso difficoltà maggiori rispetto alle cittadine “irregolari” provenienti da paesi non comunitari nell’accedere ai servizi a tutela della maternità, a causa della mancata definizione delle procedure da parte della regione Lombardia. A queste ultime è infatti garantito, in caso di gravidanza, il rilascio di un permesso di soggiorno per cure mediche, valido per tutta la gravidanza e fino ai sei mesi di vita del bambino, che permette di avere la tessera sanitaria nazionale.

6. CASI ESEMPLARI

a. Stremati e sconfitti dalla burocrazia

Il signor Paolo, uomo di 54 anni nato in Bulgaria, è un paziente dell’ambulatorio Naga da circa due anni. Da molti anni non vive più nel suo paese natale, dividendosi tra le case dei suoi due figli: qualche mese in Spagna, il resto dell’anno in Italia.

Nonostante l’età giovane per la patologia di cui soffre, è già stato ricoverato due volte all’ospedale San Carlo, nell’ottobre 2009 e a dicembre dello stesso anno, per ictus: “ischemia cerebrale vertebro basilare con infarto”. Inoltre, al momento della presa in carico da parte del Naga, soffriva anche di ipertensione arteriosa non controllata. Da allora il paziente si presenta regolarmente all’ambulatorio per monitorare i valori della pressione e per richiedere i farmaci necessari a proseguire la cura. Ma il rischio di un nuovo possibile ictus non può esser sottovalutato. Nella lettera di dimissioni del secondo ricovero, il medico del San Carlo aveva prescritto al paziente una visita di controllo da effettuare presso l’ambulatorio neurovascolare dell’ospedale stesso. Il signor Paolo ha cercato più volte di prenotare la visita, senza successo in quanto non in possesso di impegnativa “regionale” del medico curante, che non può avere.

A novembre 2011 decidiamo dunque di organizzare un accompagnamento all’Ospedale San Carlo, al quale chiediamo la presa in carico continuativa del paziente, soprattutto in virtù dei controlli da loro stessi richiesti.

Come avevamo già intuito, il CUP del San Carlo non è abilitato a prenotare visite ai cittadini neocomunitari senza copertura sanitaria o assicurativa, né tantomeno ha la facoltà di utilizzare, con questi cittadini, il codice STP e un’eventuale dichiarazione di indigenza. Continuando a sottolineare l’inadempienza dell’ospedale che non esegue visite richieste dai suoi stessi operatori sanitari, veniamo accolti dalla dottoressa “A” della Direzione Medica di Presidio, la quale si dichiara disponibile a risolvere personalmente la situazione. Viene fissata la data della visita con il responsabile dell’ambulatorio neurovascolare e viene chiarito che si sarebbe fatta carico lei stessa di compilare la “ricetta rossa” necessaria alla prenotazione della visita e alla richiesta di esenzione ticket per indigenza. Il giorno previsto ci presentiamo puntuali all’appuntamento; veniamo accolti in modo cordiale e professionale dalla dottoressa “B” dell’ambulatorio neuro vascolare, che ci avvisa che il nome del signore compare in prima posizione nella lista delle visite programmate, ma che non ha ricevuto nessuna disposizione dalla dott.ssa “A”, né tantomeno una “ricetta rossa” intestata al paziente. Comincia così un andirivieni tra il CUP, l’ambulatorio neurovascolare e la Direzione di Presidio Medico durato all’incirca cinque ore. Una volta riusciti a parlare direttamente con la dott.ssa “A”, ci riferisce di non ricordare il colloquio avuto con noi qualche settimana prima, nonostante il

nome del signor Paolo comparisse tra le visite che l'Ospedale avrebbe dovuto erogare quel giorno; incarica comunque la dott.ssa "B" di visitare il paziente e dà a lei le istruzioni su come compilare la ricetta rossa necessaria. Nonostante queste disposizioni, il CUP non ha possibilità alcuna di rilascio codice CSCS e non accetta la ricetta rossa; la visita che ci accingiamo a fare non può essere ufficializzata e in qualità di "accompagnatore Naga" mi viene chiesto un contatto telefonico per una futura richiesta di rimborso! Veniamo ugualmente chiamati dall'infermiera dell'ambulatorio, il signor Paolo può finalmente accomodarsi; la dott.ssa "B". esegue la visita di controllo.

A visita conclusa la dott.ssa ritiene che il paziente necessiti di una tac cranica e di una nuova e successiva visita, e compila le impegnative su ricettario rosso.

E' come se fossimo al punto di partenza! Le impegnative vengono rifiutate dal CUP! Stremati dalle 8 ore complessive di permanenza in ospedale, per ora abbandoniamo il campo: il caso del signor Paolo non è stato risolto, dovremo tornare nuovamente al San Carlo per cercare di prenotare gli esami richiesti.

E' importante sottolineare che per tutta la durata dei vari colloqui, nessuno dei dipendenti dell'ospedale da noi incontrati, ad eccezione della dottoressa "B", si è rivolto direttamente al signor Paolo che ha ottima padronanza della lingua italiana e segue senza alcun problema qualsiasi tipo di discorso.

b. Storia di Anna – tumore all'utero

Anna ha 56 anni, ha lavorato regolarmente in Romania dove ha vissuto fino al 2006 ed è quindi in possesso di tessera TEAM che la dà diritto all'assistenza sanitaria. A ottobre 2009 le viene riscontrato un tumore all'utero e viene operata alla Mangiagalli. A novembre 2009 le scade la tessera TEAM, viene comunque sottoposta a chemioterapia presso la Mangiagalli fino a maggio 2010. Da allora è stata cancellata dal programma di *follow up* dell'ambulatorio di ginecologia oncologica, e non ha più eseguito visite di controllo fino a novembre 2011 quando si presenta di sua iniziativa per un controllo. Le chiedono 150 euro per la visita, viene cioè trattata come se si trattasse di una visita in regime "libero professionale". La signora si presenta al Naga per chiedere aiuto, e il medico Naga scrive una lettera ai colleghi della Mangiagalli in seguito alla quale la paziente è nuovamente presa in carico dall'ambulatorio di ginecologia oncologica. Senza il pur semplice intervento da parte del Naga la paziente avrebbe dovuto pagare cifre per lei rilevanti, oppure avrebbe continuato ad essere esclusa dal *follow up*.

c. Malattia congenita e nazionalità sbagliata

Maria è una bimba di due anni. La sua mamma, rumena, è stata abbandonata dal marito e si occupa da sola della bimba. Maria è affetta da sindrome di Prader Willi, una malattia genetica rara (colpisce 1 su 15.000-25.000 nati vivi), caratterizzata dall'alterazione del cromosoma 15. I nati con questa sindrome presentano subito una ipotonia marcata che va scomparendo con l'età adolescenziale. Successivamente, dai due ai sei anni, questi bambini sviluppano un appetito insaziabile dovuto ad una disfunzione dell'ipotalamo che li accompagnerà per tutta la loro vita. Alcuni di loro presentano un ritardo mentale che può essere lieve o grave a seconda dell'individuo, ipogonadismo, strabismo, mani e piedi piccoli. L'iperfagia però è il problema più grave; infatti, se non controllata con un regime di dieta ferrea, può portare ad un'obesità eccessiva con tutti i problemi che da essa ne derivano (vascolari, diabete ecc.) fino a compromettere la salute del soggetto stesso.

I bimbi affetti da questa sindrome dovrebbero essere aiutati con la somministrazione dell'ormone della crescita (GH), che fa in modo di dar loro più vitalità, di farli crescere in maniera corretta e di limitare le loro disfunzioni metaboliche che li spingono ad aumentare di peso più facilmente rispetto ai soggetti sani. L'ormone della crescita deve ovviamente essere prescritto e richiesto tramite ricetta (a cura del pediatra).

Oltre alla somministrazione dell'ormone GH è fondamentale che i bimbi affetti da questa sindrome si sottopongano a regolari sedute di fisioterapia. Anche queste devono essere richieste e prescritte con ricetta, dal pediatra.

La mamma di Maria però non ha la tessera sanitaria perché non ha la tessera TEAM e non ha un lavoro. Nemmeno Maria può avere quindi la tessera sanitaria, l'iscrizione al sistema sanitario nazionale e un pediatra che prescriva per lei le cure e le terapie necessarie e adeguate, che non sono risolutive della sua malattia ma sono fondamentali per poter vivere.

L'ospedale San Raffaele, dove c'è il centro di riferimento per questo tipo di patologia, continua a fare visite periodiche alla bimba, gratuitamente, per monitorare il suo stato di salute, ma per disposizione regionale non può prescrivere nessuna terapia senza tessera sanitaria; Maria quindi non ha la possibilità di condurre una vita migliore, nei limiti della malattia che l'ha colpita, perché è nata in Italia (Europa) ma è di nazionalità "sbagliata".

d. Respinto al CUP malgrado la gravità del caso

Nicola ha 58 anni, è in Italia dal 2005, e lavora in nero come muratore. Durante i sei anni di permanenza in Italia non è mai stato visitato da un medico. A dicembre 2011 si presenta al Naga lamentando proctorragia (sangue dal retto) da circa un mese, e calo ponderale negli ultimi mesi. Alla visita non si rilevano emorroidi esterne, pertanto le diagnosi differenziali più probabili sono emorroidi interne non visibili alla visita medica, oppure tumore del retto, dato anche il calo ponderale e l'età. Il medico dell'ambulatorio Naga compila su carta intestata una richiesta di visita chirurgica urgente differibile (da eseguire cioè entro qualche giorno, non immediatamente), e una volontaria accompagna il paziente al CUP del Policlinico per fissare un appuntamento. L'impiegata allo sportello è molto gentile, ma non c'è niente da fare, il paziente viene respinto e non c'è possibilità di ottenere un appuntamento, malgrado le insistenze della volontaria e la gravità potenziale del caso. Il paziente torna al Naga e viene inviato all'ospedale San Paolo, ambulatorio per "irregolari", dove viene preso in carico e dopo qualche giorno viene ricoverato per accertamenti.

e. La piccola Luisa e il tenace volontario

Luisa ha 4 anni, ha i denti in pessime condizioni. Viene visitata da un odontoiatra privato che stabilisce che la bimba necessita di cure odontoiatriche importanti che prevedono la necessità di rimuovere molti denti. Ma la bimba è affetta anche da una cardiopatia congenita, la rimozione dei denti comporta rischi correlati alla cardiopatia, e non può essere eseguita in uno studio odontoiatrico, bensì in ospedale previa esecuzione di una radiografia panoramica dentaria. A giugno 2011 un volontario accompagna la bimba all'ambulatorio di odontoiatria infantile del Paolo Pini. La bimba viene respinta malamente (il volontario è disponibile a testimoniare). Pochi giorni dopo lo stesso volontario ottiene da un medico di medicina generale una richiesta di panoramica dentaria su ricettario regionale, con apposizione sulla ricetta stessa del "codice CSCS", e accompagna la bimba all'ospedale Buzzi. Anche al Buzzi la bimba viene respinta. A luglio la famiglia viene sgomberata dal campo rom in cui vive, e torna in Romania. In Romania Luisa esegue a pagamento la panoramica dentaria. A ottobre la famiglia torna in Italia e vive ancora in campi irregolari. A novembre il tenace volontario riesce a ottenere una visita all'ospedale San Paolo, dove la bimba viene presa in carico e visitata da un anestesista e da un cardiologo, oltre che dall'odontoiatria, data la complessità del caso clinico; viene espresso parere favorevole all'intervento di rimozione dei denti, e la bambina viene inserita in lista d'attesa per un ricovero ospedaliero.

f. Amore o assunzione?

Il giorno 16 novembre 2011 si presenta al Naga la signora Alma. E' una giovane donna di 34 anni, nata in Bulgaria ed emigrata in Italia da pochi mesi. Parla un italiano perfetto, nel paese d'origine era occupata come disegnatrice grafica in un importante studio bulgaro. E' accompagnata dal compagno, Alehandro, cittadino dell'Ecuador, in Italia da quasi quindici anni. Si sono conosciuti su internet e per anni hanno mantenuto un saldo rapporto a distanza, fino a quando Alma ha preso una decisione importante: lasciare la Bulgaria, il contratto di lavoro a tempo indeterminato, la famiglia, per ricongiungersi al compagno, in Italia.

Ma l'Italia, probabilmente, non è il luogo più ospitale per questa nuova famiglia multiculturale.

Durante il colloquio la signora Alma riferisce di essere preoccupata per la situazione in cui si trova. E' alla nona settimana di gravidanza e non le è ancora stato possibile prendere un appuntamento per la prima visita di controllo, in quanto cittadina bulgara senza tessera sanitaria. Mi spiega che il compagno Alehandro, grazie alla buona conoscenza che ha dei servizi offerti dal Comune di Milano, l'ha accompagnata al Consultorio XXX, immaginando che non ci sarebbero stati problemi nel chiedere a loro una presa a carico per la gravidanza. Così non è stato. Alehandro, spaventato, ripete la stessa domanda: "Com'è possibile che rifiutino le visite ad una donna incinta?". La visita è stata rifiutata con la motivazione che la paziente era priva di tessera TEAM. E' stato un abuso, la legge prevede che tutte le donne gravide siano assistite.

Dopo esserci confrontati con i volontari dello Sportello Immigrazione del Naga, consigliamo alla coppia di recarsi in Comune a richiedere l'iscrizione all'Anagrafe. Per fare ciò è necessario presentarsi all'Ufficio Anagrafe, portando con sé la Dichiarazione di Presenza sul territorio italiano (rilasciata dal Commissariato locale, entro 48 ore dall'entrata in Italia). Le suggeriamo di munirsi di certificato di gravidanza e, soprattutto, di provare a richiedere in Bulgaria la tessera TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia), con la quale non dovrebbe più avere problemi ad accedere ai servizi sanitari milanesi.

Due settimane dopo la signora Alma ritorna da noi molto spaventata. L'Ufficio Anagrafe non ha accettato la richiesta di iscrizione in quanto sprovvista del requisito della copertura sanitaria e, per la seconda volta, il Consultorio YYY le ha rifiutato la prima visita. Il signor Alehandro, preoccupato all'idea che la compagna sia costretta a far ritorno in Bulgaria per poter proseguire la gravidanza, chiede un consiglio per far in modo che la coppia non venga divisa.

Questa volta la strada da percorrere corre parallela alla via legale. Stante l'assurdità della legge italiana la soluzione più semplice e veloce è un'assunzione lavorativa figurativa. Avendo il signor Alehandro un reddito sufficiente, gli consigliamo di assumere Alma come collaboratrice familiare, condizione necessaria per il rilascio della tessera sanitaria nazionale.

Perché si è costretti a fare di una bella storia d'amore una questione di assunzione?

g. Diabetico abbandonato a se stesso

Giuseppe vive in Italia da 10 anni. Per 8 anni ha lavorato regolarmente come operaio, dal 2008 è disoccupato. Giuseppe ha un diabete che richiede terapia insulinica e da tre anni è assistito solo dalle associazioni di volontariato che prescrivono la costosa terapia insulinica a proprio carico. Recentemente (dicembre 2011) non si è sentito bene, si è presentato al Pronto Soccorso del San Raffaele, vicino alla propria casa, dove è stata riscontrata una glicemia di 234 mg%, il che significa diabete non controllato, ed è stato dimesso col consiglio di rivolgersi al medico curante, che ovviamente il paziente non ha e non può avere. Senza le associazioni di volontariato che pagano in proprio la costosa terapia insulinica, quale sarebbe stata la fine del paziente?

Altre decine di diabetici e ipertesi subiscono la stessa sorte di Giuseppe.

h. Infarto miocardico

Alessandro ha 48 anni, è in Italia dal 2008 e lavora in nero facendo le pulizie. A settembre 2009 ha un infarto miocardico e viene ricoverato e curato a Niguarda con posizionamento di uno stent coronarico. Viene dimesso senza appuntamenti per visite di controllo, e da allora è seguito solo al Naga. L'infarto miocardico acuto è stato curato bene, sono stati spesi migliaia di euro, ma non un euro e non un momento di attenzione è stato speso per ridurre il rischio di un secondo eventuale episodio, costoso per il paziente in termini di salute e per il sistema sanitario nazionale in termini di euro (la quota maggiore di spesa per il servizio sanitario nazionale è costituita dai ricoveri ospedalieri).

i. Telefonata miracolosa?

Qualche mese fa si rivolge al Naga Vica, una giovane ragazza rom rumena, accompagnata da una altrettanto giovane amica italiana, Veronica. Vica vive nel campo di via XXX da qualche anno assieme alla famiglia e al compagno. La coppia ha già un bambino di un anno e mezzo che vive con i nonni in Romania e Vica è ora in attesa del secondo figlio. Parla poco la lingua italiana ed è molto disorientata, è per questo che Veronica è con lei. E' infatti Veronica a raccontarmi ciò che è accaduto. Pochi giorni prima Vica si è rivolta al Consultorio familiare di via YYY per prenotare la prima visita di controllo per gravidanza. La ginecologa, dopo aver fissato la data per il controllo medico, l'ha avvisata telefonicamente che ci sarebbero state ingenti spese da sostenere per poter eseguire gli esami di controllo in ospedale (esami del sangue, urine, ecografia); le cittadine rumene e bulgare infatti, a suo dire, se non in possesso di tessera sanitaria, devono pagare in ospedale 150 euro per gli esami del sangue e 180 euro per un'ecografia. E' un abuso, la legge prevede piena assistenza per la gravidanza, in tutti i casi, senza spese a carico della gravida, soprattutto se indigente. La ginecologa avverte anche che se Vica non sarà in grado di consegnare i referti degli esami durante le visite successive, non potrà più esser seguita dal consultorio familiare. E' questo un ulteriore abuso: nessun medico può obbligare un paziente a fare alcun accertamento clinico, il medico può e deve consigliare gli accertamenti che ritiene necessari, ma è il paziente a decidere se eseguirli o meno. Qualificandomi come volontaria del Naga telefono al consultorio e riesco a parlare con la ginecologa che ribadisce il suo punto di vista; io peraltro ribadisco quali siano i termini di legge. La settimana successiva Vica si presenta al consultorio per la visita di controllo, senza gli esami prescritti, e il clima è misteriosamente cambiato, la dottoressa le prescrive su "ricettario rosso" gli accertamenti necessari, apponendo il codice di "gravidanza a rischio", e nei giorni seguenti Vica non riscontra problemi nella prenotazione degli esami che eseguirà gratuitamente presso un ospedale. Può essere che l'effetto benefico sia derivato dalla telefonata Naga?

7. CONCLUSIONI

I dati raccolti confermano le discriminazioni cui i cittadini rumeni e bulgari sono sottoposti in Lombardia. Queste persone, per motivi culturali, di scolarizzazione ed economici, sono sottoposte a uno svantaggio sociale che è noto essere predittivo di precarie condizioni di salute; e la Regione Lombardia non solo non fa nulla per tentare di ridurre questo svantaggio sociale, ma lo accentua, relegandole ai margini del sistema sanitario.

E' particolarmente grave il problema dei numerosi bambini (41%) che non sono mai stati visitati da un medico in vita loro e di quelli (42%) che non hanno ricevuto nessuna vaccinazione, o hanno ricevuto vaccinazioni incomplete. In letteratura è già documentato (Loewenbreg, Paker) un maggior rischio di morbillo, epatite, poliomielite per i bimbi rom, a causa della carenza del programma vaccinale; è

documentato inoltre un maggior rischio di contrarre il tetano per i bimbi non vaccinati. Secondo le leggi vigenti in Italia i minori avrebbero diritto a una piena assistenza medica, ma questo resta solo sulla carta: la realtà è ben diversa.

L'art. 32 della Costituzione italiana sancisce la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e prevede la garanzia di cure gratuite agli indigenti.

La Corte Costituzionale ha autorevolmente affermato che le previsioni contenute nell'art. 35 del Testo Unico 286/98 (con riferimento alle cure non solo urgenti ma anche essenziali) costituiscono attuazione del "nucleo irriducibile" del diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione, da riconoscersi a ogni individuo, rispetto al quale non sono ammessi bilanciamenti con altri valori, quali il contenimento della spesa pubblica, né discriminazioni, in ragione della regolarità o meno del soggiorno (sent. Corte Costituzionale n. 252 del 2001).

Dal 2007 i cittadini comunitari rumeni e bulgari, se privi di un lavoro regolare, hanno meno diritti degli immigrati irregolari, in tema di salute. Il trattamento deteriore del cittadino comunitario rispetto al cittadino extracomunitario, oltre a rappresentare una irragionevole disparità di trattamento in violazione del principio di non discriminazione sancito dall'art. 3 della nostra Costituzione, si pone in aperto contrasto con l'art. 1, comma 2, del Testo Unico sull'immigrazione di cui al D. Lgs. n. 286/98, che impone l'estensione ai cittadini comunitari delle disposizioni di cui allo stesso Testo Unico, relative ai cittadini extracomunitari, qualora più favorevoli.

Si sottolinea infine come la mancata garanzia dell'accesso all'assistenza sanitaria a tutti i minori rappresenti una violazione della Convenzione ONU sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva con legge 176/91, che stabilisce *"il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione"* e l'obbligo per lo Stato di *"garantire che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi"* (art. 24), *"senza distinzione di sorta ed a prescindere[...] dall' origine nazionale, etnica o sociale, dalla situazione finanziaria [...] o da ogni altra circostanza"* (art. 2).

8. PROPOSTE

- **Tutti i cittadini rumeni e bulgari senza discriminazione alcuna abbiano accesso al medico di medicina generale.** In Lombardia la sola applicazione del codice ENI non permetterebbe l'accesso alle cure di questi pazienti in quanto continuerebbero a mancare i medici prescrittori, i medici cioè abilitati ad utilizzare il ricettario regionale. La sola applicazione anche in Lombardia del codice ENI sarebbe una misura "solo di facciata", del tutto inefficace sul piano operativo.
- **Tutti i bambini abbiano accesso al pediatra di base.** Questa stessa proposta è già stata avanzata dalle società scientifiche SIP (Società Italiana di Pediatria) e SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni).
- La Direzione Sanitaria dell'ASL di Milano si renda garante del fatto che i Consultori Familiari rispettino la legislazione vigente che prevede **piena assistenza per le donne gravide.**
- La ASL di Milano sviluppi programmi di educazione sanitaria e di intervento con l'obiettivo di individuare tutti i bambini rumeni e bulgari non vaccinati, e di sottoporli alle **vaccinazioni obbligatorie.**
- In ogni Ospedale sia organizzato un **presidio di riferimento** al quale possano accedere questi pazienti per facilitarne l'accesso ai servizi sanitari.

9. BIBLIOGRAFIA

- Colombo, C. e Galli, A. (2011), *Situazione sociodemografica e condizioni di salute della popolazione rom di Milano*, *Epidemiologia e Prevenzione* 2011, 35 (5-6); 282-291.
- Fundacion Secretariado Gitano Health Area (2009), *Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe*, Madrid, Fundacion Secretariado Gitano
- Geraci, S., Motta, F. e Rossano, R. (2002), *Il bisogno di salute nelle popolazioni zingare*, *Ann Ig* 2002; 14: -31.
- ISMU – Rapporto 2010 *Immigrazione straniera in Lombardia*
- Loewenberg, S. (2010), *Pligh of Roma worsen in Italy*, *Lancet* 2010 2; 375 (9708): 17-8
- Ministero de sanidad (2011), *Health and the Roma Community*, Madrid, Centro de Publicaciones. Disponibile al link:
http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Health_and_the_Roma_Community.pdf
- Monasta, L. (2008), *A case study of living conditions and health of children in 5 foreign Roma' camps in Italy*, *Am. J. Public Health* 2008; 98: 2035-2041
- Naga (2011), *La Doppia Malattia. Indagine sulla (non) applicazione della normativa sanitaria per i cittadini Stranieri irregolari a Milano*. Disponibile al link:
http://www.naga.it/tl_files/naga/documenti/rapporto_doppia_malattia.pdf
- Paker, C. (2005), *The Health Status of Roma: Priorities for Improvement*, *Human Rights Tribune des droits humains* 2005;11 (1). Disponibile al link:
<http://www.hri.ca/pdfs/HRT%20Volume%2011,%20No.%201,%20Winter%202005.pdf>
- Sepkowitz, KA. (2006), *Health of the world's Roma population*, *Lancet*, 367; 17 200607-08

10. APPENDICE

Assistenza sanitaria per i cittadini neocomunitari

Per approfondire e meglio comprendere la questione del difficile accesso alle cure per i cittadini rumeni e bulgari a Milano e in Lombardia si rende necessaria una presentazione della normativa nazionale relativa ai cittadini comunitari e sui regolamenti adottati in varie regioni italiane e nella regione Lombardia in particolare.

Dal 31 Dicembre 2007 i rumeni e bulgari sono cittadini europei. Nel 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011 (Circolare dei Ministeri dell'Interno e del Lavoro n. 704 del 31 gennaio 2011) è stato confermato il regime transitorio per l'assunzione di cittadini comunitari provenienti da Romania e Bulgaria. La misura fu adottata quando nel 2007 Romania e Bulgaria fecero ingresso nell'UE e il Governo italiano si sentì in dovere di mettere in campo una misura presentata come una "*graduale gestione dei flussi di ingresso*" provenienti da quei paesi. Questa misura, abolita dal 01/01/2012, ha comportato il fatto che, escluse le assunzioni nei settori agricoltura, turismo alberghiero, lavoro domestico e di assistenza alla persona, edilizio, metalmeccanico, dirigenziale, alimentare qualificato e lavoro stagionale, per tutti gli altri settori rimanesse l'obbligo di presentare una richiesta di nulla osta. Sebbene questa misura sia stata revocata nel 2012, vi sono comunque altre regole che per i cittadini comunitari rumeni e bulgari in particolare diventano oltremodo restrittive. Di seguito cercheremo di capire perché.

I cittadini comunitari che si trovano in Italia (residenti o dimoranti), hanno diritto agli stessi livelli di assistenza di cui usufruiscono gli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale nei seguenti limiti:

- i titolari di TEAM¹ (o attestato equipollente) hanno diritto alle sole prestazioni medicalmente necessarie;
- i titolari di modelli E106 (lavoratori, studenti) e E121 (pensionati) hanno diritto all'assistenza sanitaria completa;
- completamente parificati agli iscritti al SSN sono coloro che svolgono attività lavorativa sulla base di un contratto di diritto italiano;
- inoltre, godono dell'assistenza sanitaria, con iscrizione al Servizio Sanitario nazionale, anche alcune fasce di popolazione particolarmente vulnerabili come le persone vittime della tratta o le vittime di schiavitù, ai sensi della legge n. 17/2007, dell'art.18 del Dlgs.286/1998, dell'art. 13 della legge 228/2003, così come indicato nella nota informativa del 3 agosto 2007.

Il cittadino dell'unione che soggiorna sul territorio nazionale per un periodo superiore a tre mesi, sarà iscritto al Servizio Sanitario Nazionale, solo nei seguenti casi:

1. è un lavoratore subordinato o autonomo nello Stato;
2. è familiare, anche non cittadino dell'unione, di un lavoratore subordinato o autonomo nello Stato;
3. è familiare di cittadino italiano;

¹ Tessera Europea di Assicurazione Malattia. Essa viene rilasciata, in Italia, salvo alcune eccezioni, dall'1 novembre 2004 a tutte le persone iscritte e a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) in possesso della cittadinanza italiana che hanno la residenza in Italia. La tessera TEAM è di fatto un attestato che garantisce il diritto alle prestazioni durante il soggiorno temporaneo in uno dei Paesi dell'Unione Europea o in uno degli stati che aderiscono allo Spazio Economico Europeo (Svizzera, Liechtenstein, Norvegia, Islanda). Questa tessera sanitaria va richiesta al proprio Paese e il rilascio è subordinato alla sussistenza di specifici requisiti, nel caso della Romania ad esempio è possibile ottenerla solo se il cittadino abbia versato almeno 5 anni di contributi al Fondo nazionale di Sanità, pari a circa 900 euro. Qualora il cittadino comunitario interessato – nella fattispecie il rumeno o bulgaro – non presenti neppure tale documento, è tenuto a provvedere autonomamente al pagamento delle prestazioni richieste, salvo poi chiedere il rimborso in forma indiretta alla propria istituzione.

4. è in possesso di una Attestazione di soggiorno permanente maturato dopo almeno 5 anni di residenza in Italia;
5. è un disoccupato iscritto nelle liste di collocamento o iscritto ad un corso di formazione professionale;
6. è titolare di uno dei seguenti formulari comunitari: E106, E109(o E37), E120, E121 (o E33)

Rimangono al di fuori di questo quadro quei cittadini comunitari che sono presenti sul territorio nazionale ma privi di copertura sanitaria, in quanto non risultano assistiti dagli Stati di provenienza (non hanno quindi tessera TEAM o certificato sostitutivo) e non hanno i requisiti per l'iscrizione al SSN. Essendo cittadini comunitari questi soggetti non hanno più diritto ad essere assistiti con l'erogazione del codice STP (a partire dal 1 gennaio 2008). A loro dovrebbe comunque essere garantita la tutela della salute in base ai principi di solidarietà e universalità del Servizio sanitario nazionale (art. 35 Testo Unico sull'Immigrazione).

E' a questo punto necessario delineare una panoramica della normativa vigente a livello nazionale, nelle diverse regioni del paese e nella regione Lombardia.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO NAZIONALE

- Art. 32 della Costituzione Italiana che sancisce *“la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”*;
- Decreto legislativo 6 Febbraio 2007, n.30, *Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri*, e successive modificazioni introdotte dal Decreto legislativo 28 Febbraio 2008, n. 32, *Modifiche e integrazioni al decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30, recante attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri*; dalla Legge 2 Agosto 2011, n. 129, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 23 Giugno 2011, n. 89, recante disposizioni urgenti per il completamento dell'attuazione della direttiva 2004/38/CE sulla libera circolazione dei cittadini comunitari e per il recepimento della direttiva 2008/115/CE sul rimpatrio dei cittadini di Paesi terzi irregolari*; dal Decreto legislativo 1 Settembre 2011, n. 150, *Disposizioni complementari al codice di procedura civile in materia di riduzione e semplificazione dei procedimenti civili di cognizione, ai sensi dell'articolo 54 della legge 18 Giugno 2009, n. 69*;
- Ministero della Salute, Nota informativa 3 Agosto 2007: *Diritto di soggiorno per i cittadini comunitari- direttiva 3812004 e Dlgs 3 febbraio 2007 n. 30*;
- Circolare Ministero della Salute del 19 febbraio 2008, *Precisazioni concernenti l'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia*.

Quest'ultima in particolare afferma che: *“Come si è detto, rimangono al di fuori di questo quadro, quei cittadini comunitari privi di copertura sanitaria e presenti sul territorio nazionale.*

Al riguardo, ferme restando le competenze in materia sanitaria di spettanza regionale, si è del parere che il decreto legislativo 30/2007 debba essere armonizzato con le norme di principio dell'ordinamento italiano che sanciscono la tutela della salute e garantiscono cure gratuite agli indigenti (art. 32 Cost.), dai cui principi discende il carattere solidaristico ed universale del Servizio Sanitario Nazionale.

Pertanto, come sottolineato nella nota informativa del 3 agosto 2007, i cittadini comunitari hanno diritto alle prestazioni indifferibili ed urgenti.

Tra queste si intendono incluse anche le prestazioni sanitarie relative:

- *alla tutela della salute dei minori, ai sensi della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989. ratificata e resa esecutiva con legge 27 maggio 1991, n. 176;*
- *alla tutela della maternità, all'Interruzione volontaria di gravidanza, a parità di condizione con le donne assistite iscritte al SSN, in applicazione delle leggi 29 luglio 1975, n. 405. 22 maggio 1978 n. 194, e del decreto ministeriale 10 settembre 1998.*

Infine, devono essere attivate, nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale [...]

Le regioni sono invitate ad assicurare alle aziende sanitarie ed ospedaliere un adeguato supporto per una omogenea e uniforme applicazione della normativa vigente al fine di assicurare ai propri cittadini una piena tutela del diritto alla salute”.

NORMATIVE DI RIFERIMENTO REGIONALI

Alcune Regioni hanno previsto l'emissione di un codice, simile all'STP, ma chiamato ENI (Europeo Non Iscritto) al fine di garantire ai cittadini neocomunitari non iscritti e non iscrivibili al SSN la possibilità di accedere alle prestazioni urgenti, essenziali e continuative, alle cure a tutela della gravidanza, della maternità e della salute del minore e alle prestazioni relative alla pratiche di interruzione della gravidanza.

Utilizzano questo codice, solo per fare alcuni esempi, le regioni Marche (circolare Prot. N. 446/10/sal/ass del 9 Marzo 2010), Puglia (circolare Prot. N. 24/4185/P45/coord del 7 Ottobre 2008), Sicilia (circolare Prot. N. DIRS/2/0781 del 17 Aprile 2008) e Lazio (circolare del 13 Marzo 2008). Queste regioni, inoltre, diversamente dalla Lombardia, hanno istituito ambulatori per gli immigrati irregolari, che se in possesso del codice STP, accedono all'utilizzo del ricettario regionale per farmaci e accertamenti diagnostici. A questi stessi ambulatori e, con le stesse modalità accedono i titolari di codice ENI.

NORMATIVA REGIONE LOMBARDIA

La Regione Lombardia non ha ancora previsto l'erogazione del codice ENI per i cittadini comunitari non iscritti e non iscrivibili al SSN.

L'unico riferimento "normativo" è la Circolare n.4/SAN 2008 del 27 marzo 2008, Giunta Sanità, che prevede che i cittadini comunitari presenti sul territorio nazionale e privi di copertura sanitaria, abbiano diritto alle prestazioni indicate dall'art. 35 del Testo Unico sull'Immigrazione, tra le quali le prestazioni relative alla tutela della salute dei minori, alla tutela della maternità, all'interruzione volontaria di gravidanza, alle campagne di vaccinazione e agli interventi di profilassi internazionale. La Circolare prosegue dicendo che delle prestazioni erogate ai cittadini comunitari privi di copertura sanitaria deve essere tenuta una contabilità separata e che per le prestazioni di ricovero si debba indicare la sigla CSCS (Comunitario Senza Copertura Sanitaria). **Ma la sigla CSCS è utilizzata solo per classificare i ricoveri ospedalieri di questi pazienti, non per dare loro accesso agli ambulatori medici pubblici o al ricettario regionale per esami diagnostici o per terapie.**

La Regione Lombardia ha dunque emanato una circolare con la quale stabilisce che i cittadini comunitari hanno diritto alle prestazioni indicate dall'art. 35 del Testo Unico sull'Immigrazione, ma, a differenza di altre regioni, non ha definito le modalità con le quali questo diritto possa essere garantito. Conseguenze di questa lacuna sono state il nascere di prassi diverse nei diversi ospedali della regione e quindi trattamenti differenziati nei confronti dei pazienti comunitari, i quali vengono nella maggior parte dei casi respinti dagli ospedali.

11. RINGRAZIAMENTI

Il Naga ringrazia tutti i cittadini stranieri che si sono rivolti al nostro ambulatorio medico e che hanno deciso di condividere con noi un pezzo della loro esperienza migratoria.

Un ringraziamento a tutti i volontari del Naga (servizio accoglienza, servizio di medicina di strada, medici dell'ambulatorio) che hanno reso possibile la realizzazione della ricerca. Un ringraziamento particolare alle "accompagnatrici" Giulia Olivo, Maria Vittoria Mora e Silvana Di Palma, che hanno permesso di raccogliere testimonianze precise circa il comportamento delle istituzioni sanitarie milanesi. Un ringraziamento a Elisa Morellini per l'assistenza sugli aspetti legislativi, Anna Cravero, Giulia Binazzi e Ilaria Tavasci per la revisione del rapporto.

12. CONTATTI

Associazione Sant'Angelo Solidale - Onlus

Via Marco d'Agrate, 11 - 20139 Milano
Telefono: 02 65 90 239 - Cell. 335 24 59 10
santangelosolidale@tiscali.it

Per donazioni:

- Conto Corrente Bancario:

Presso Banca Popolare Etica - Filiale 02 Milano Intestato a Associazione Sant'Angelo Solidale Onlus
Codice IBAN: IT79 B050 1801 6000 0000 0121 631

Casa per la Pace di Milano

Via Marco d'Agrate 11
20139 Milano - Italia
Tel. 02 55 23 03 32 - Fax 02 89 05 90 35
www.casaperlapacemilano.it
info@casaperlapacemilano.it

Per donazioni:

- Conto corrente bancario presso Banca Popolare Etica
IBAN IT93X0501801600000000101720

Centro Internazionale Helder Camara ONLUS

Via Gassendi 13 -20155 Milano
Tel./Fax 02 33 61 43 19
www.heldercamara.it
segreteria@heldercamara.it

Per donazioni:

- Conto corrente bancario:

Presso Banca Popolare Etica intestato a Ass. Centro Internazionale Helder Camara ONLUS
Codice Iban IT 66 E0 50 18 01 60 00 00 00 01 38 571

NAGA

Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti
Via Zamenhof, 7/A -20136 Milano
Tel. 02 58 10 25 99 – Cell. 349 16 033 05 - Fax 02 83 929 27
www.naga.it
naga@naga.it

Per donazioni:

- Conto corrente bancario:

Presso Banca Popolare Etica intestato a Naga Onlus

Codice Iban IT 76 FO 50 18 01 60 00 00 00 01 24 107

- Conto corrente postale: n. 19428200

- PayPal su www.naga.it

Le donazioni effettuate a mezzo bonifico o assegno intestato alla associazione sono detraibili dalla dichiarazione dei redditi.