

**Memoria dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà – INMP consegnata alla Commissione Affari Costituzionali della Camera in occasione dell'audizione dell'Istituto per la conversione del Decreto legge n. 113 *“Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del Ministero dell'interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata”*.**

Onorevole Presidente, Onorevoli Deputate e Deputati,

mi preme innanzitutto richiamare che l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà – INMP, ente pubblico del SSN vigilato dal Ministero della salute, ha nel proprio mandato legislativo lo studio dei fenomeni derivanti dall'azione dei principali determinanti sociali sulla salute delle persone, con enfasi sulle persone particolarmente svantaggiate (per status e per condizione). L'INMP, in forza del fatto che eroga, attraverso il proprio personale sanitario e socio-sanitario, assistenza alle predette popolazioni, incluse quelle migranti, è in grado di elaborare modelli assistenziali razionali ed efficienti per garantire l'accesso a bassissima soglia ai servizi, promuovendone l'adozione presso le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Tali attività sanitarie sono promosse ed erogate dall'INMP presso il proprio Poliambulatorio di Roma, attraverso *azioni di prossimità* sul territorio regionale e nei *setting* di prima accoglienza, quali gli Hotspot e i corridoi umanitari organizzati dal Ministero dell'Interno.

Quanto premesso è rilevante per comprendere che la conoscenza delle modalità di accesso ai servizi sanitari e dei relativi effetti sulla salute delle persone straniere è frutto, nel caso dell'Istituto, non solo di elaborazione cognitivo-metodologica ma è anche prodotto dell'esperienza quotidiana nell'assistenza sanitaria all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Perché promuovere l'accesso pieno ai servizi di prevenzione e di cura delle persone straniere? Da un lato perché l'art. 32 della Costituzione italiana considera il diritto alla salute quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, diritto che il SSN deve assicurare assumendosi il compito di realizzare tutte le condizioni affinché ciò avvenga. In altri termini, in un servizio sanitario nazionale universalistico come quello italiano, le principali barriere di accesso ai servizi (linguistico-culturali, economiche e organizzative, ma anche legislative) contrastano per definizione la fruizione piena del diritto alla salute e, pertanto, debbono essere combattute, nell'alveo del complesso ordinamentale di cui si dispone e delle competenze e della capacità organizzativa di cui si può e si deve disporre. E l'occasione odierna è utile a identificare il prevedibile impatto, in termini di minore o maggiore qualità e quantità di salute erogabile alle persone per effetto dell'entrata in vigore del Decreto legge n. 113 e della sua conversione in legge.

Con la lente di osservazione del diritto alla salute, l'attuazione del Decreto produrrebbe effetti essenzialmente su quattro aree della legislazione in vigore, derivante dal combinato disposto del TU sull'immigrazione (D.Lgs. 25 luglio 1998, n. 286 e s.m.i.), del D.Lgs 18 agosto 2015, n. 142 e del D.L. 20 febbraio 2017, n. 14, convertito con modificazioni dalla Legge 18 aprile 2017, n. 48.

La prima area riguarda il permesso di soggiorno per motivi umanitari; la seconda il tempo di trattenimento dello straniero per la verifica dell'identità o per il rimpatrio; la terza il Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (Sprar) e la quarta l'allontanamento urbano nei confronti di soggetti affetti da gravi patologie.

**Il permesso di soggiorno per motivi umanitari è abrogato** e al suo posto sono previsti permessi di soggiorno per motivi di “protezione sociale” (sfruttamento della prostituzione, violenza o grave sfruttamento nei confronti dello straniero – art. 18 del T.U.), per le “vittime di violenza domestica” (art. 18bis del T.U.), per “cure mediche” (art. 19 comma 2 – dbis del T.U.), per “calamità” (art. 20-bis del T.U.) e per “sfruttamento lavorativo” (art. 22-comma 12-quater del T.U.).

Tali “casi speciali”, benché formalmente continuino a coprire gran parte delle fattispecie precedentemente assicurate dal permesso per protezione umanitaria, lo fanno in modo meno estensivo, in quanto, per periodo di durata del permesso di soggiorno e per modalità del suo rilascio, restringono, di fatto, il più completo accesso alle prestazioni sanitarie che, invece, erano assicurate dalla protezione umanitaria. Inoltre, risulta difficile valutare l'**eccezionale gravità** delle condizioni di salute previste all'art. 19, comma 2 - dbis del T.U. e, soprattutto, fornirne un'interpretazione omogenea sul territorio nazionale, così come si corre il rischio di confondere tale caso speciale con quanto previsto all'art. 36 del T.U., dove è normato “l'ingresso e il soggiorno per cure mediche” (in tale ultima fattispecie è esclusa la possibilità di iscrizione al SSN ed è richiesta la copertura economica dell'intero costo delle cure da parte della persona), potendosi ingenerare il rischio di richiedere le garanzie previste all'art. 36 anche in tale specifica fattispecie. Coloro poi che non rientrano tra i casi normati dal Decreto legge non potranno più accedere in modo estensivo al SSN ma, semmai, alle sole “cure urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio” (art. 35 del T.U.). Con uno sguardo più ampio ai determinanti sociali di salute, nei nuovi casi di permesso della durata di sei mesi non sarà possibile accedere alle prestazioni di assistenza sociale dedicate ai titolari di permessi di soggiorno che abbiano una durata di almeno un anno, così come non sarà possibile l'assegnazione degli alloggi di edilizia residenziale pubblica in assenza di un permesso di soggiorno di almeno due anni. Inoltre, alcune fattispecie di casi ricadenti in tale area non potranno più beneficiare della convertibilità in un permesso per motivi di lavoro, venendo a mancare un importante fattore integrativo della comunità che provvede talvolta e in modo efficace al mantenimento di un buono stato di salute psico-fisica da parte del migrante.

**I tempi di trattenimento dello straniero** per la verifica dell'identità negli Hotspot e per il rimpatrio nei CPR sono, con il decreto, estesi sensibilmente, rispettivamente da settantadue ore a trenta giorni (art. 6, comma 3bis del D.Lgs 18 agosto 2015, n. 142) e da novanta giorni a centottanta giorni (art. 14, comma 5 del T.U.). Vale ricordare che tali centri sono comunità ristrette, all'interno delle quali raramente opera personale del SSN ma professionisti sanitari privati contrattualizzati dall'ente gestore. Per tale motivo, le prestazioni erogate ai migranti trattenuti vengono mediate, nel percorso diagnostico-terapeutico, da soggetti differenti con competenze professionali e qualificazioni non omogenee. Tale durata della permanenza può, di per sé, costituire un importante elemento in grado di deteriorare lo stato di salute psico-fisica del migrante nonché determinare, in alcuni casi, un importante elemento di iniquità nell'accesso ai servizi sanitari a causa di una necessità di tipo meramente amministrativo. In tali contesti ristretti, i determinanti sociali di salute agiscono negativamente sullo stato psichico del migrante e, laddove lo stesso giunga in Italia con problemi di salute (detenzione, tortura) o di cronicità tali da richiedere una continuità assistenziale attraverso la professionalità dei servizi specialistici territoriali, il trattenimento rischia di determinare anche il peggioramento del suo stato fisico. Al riguardo, appare importante che vengano sviluppati chiari protocolli di collaborazione con i servizi territoriali delle Aziende sanitarie competenti e con i presidi ospedalieri in esse insistenti, allo scopo di minimizzare la laboriosità della presa in carico della salute delle persone straniere trattenute nei Centri, a beneficio del loro diritto alla salute costituzionalmente garantito.

Con il Decreto n. 113 il **sistema SPRAR** è ormai destinato esclusivamente alle persone **titolari** di protezione internazionale e dei nuovi permessi di soggiorno per “casi speciali” così come è destinato ai minori stranieri non accompagnati. Le persone **richiedenti** asilo, quindi, oltre a non essere più ammesse ai percorsi di inserimento e formazione socio lavorativi, considerati il punto forte del sistema di accoglienza dello SPRAR, rischiano di non beneficiare più dell'accesso pieno al servizio sanitario nazionale. Vale rappresentare che una

siffatta evenienza, oltre a negare in parte il diritto alla salute alla persona interessata, concorre a determinare un rischio potenziale per la salute dell'intera collettività nella quale tale persona si inserisce, con conseguenze anche sui costi sanitari da sostenere. L'innovazione apportata dal Decreto, infatti, può dimostrarsi incapace di assicurare il diritto alla salute proprio a quelle persone che più necessitano di tale tipo di tutela, essendo esse state maggiormente esposte a violenze, torture e privazioni di ogni tipo nel paese di partenza o nei luoghi di transito oppure appartenendo a classi di fragilità quali donne in gravidanza, anziani, disabili, genitori soli con figli minori, malati cronici e/o psichici. Infatti, i Centri di Accoglienza Straordinaria istituiti dalle Prefetture, che devono accoglierli, non prevedono un'organizzazione sanitaria interna e procedure idonee alla presa in carico di così importanti problemi di vulnerabilità, costituendo purtroppo un determinante in grado di influire negativamente sullo stato di salute di tali soggetti, i quali potrebbero incorrere anche nel rischio di "ritraumatizzazione". Non va inoltre dimenticato l'articolo 13 del Decreto che sancisce che il permesso di soggiorno per richiesta di asilo non costituisce titolo per l'**iscrizione all'anagrafe dei residenti**, e questo, nonostante non rappresenti formale ostacolo all'iscrizione al SSN e ad altre misure di accoglienza quali, ad esempio, l'iscrizione scolastica dei figli, può comunque ingenerare difficoltà nell'iscrizione al SSN derivante da errate interpretazioni da parte degli operatori degli uffici preposti.

Il Decreto legge prevede anche, all'art. 21, una modifica della lista dei luoghi in cui attuare il divieto di accesso a opera del Questore nei casi di cui alla legge 18 aprile 2017, n. 48. **Vengono inseriti i "presidi sanitari"**, luoghi deputati all'erogazione di prestazioni sanitarie essenziali. Si comprende che tale previsione, con la finalità di tutelare il decoro di particolari aree urbane, allontanerebbe da tali presidi alcune persone, interessate dal provvedimento restrittivo del Questore, le quali non potranno più contare, nel caso siano affette da patologie croniche, sulla necessaria continuità assistenziale delle cure. Ciò è possibile solo con limitazione, dal lato del diritto, di quanto sancito all'art. 32 della Costituzione, e dal lato della deontologia medica, di quanto previsto dal Codice Deontologico per la professione medica laddove esso impone che il medico operi per la tutela della salute nel senso più ampio della sua accezione e senza alcuna discriminazione.

L'INMP è fiducioso che anche grazie alla presente audizione emergano da parte del Parlamento spunti emendativi al testo del Decreto, tali, se approvati, da correggere le evidenziate problematiche, nell'ottica della più piena attuazione del dettato costituzionale e del codice deontologico della professione medica, a beneficio della salute individuale e collettiva.