

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 3045

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**TANZARELLA, JERVOLINO RUSSO, NARDINI, MARONI, SCIACCA, ANTONIO GUIDI, INDELLI, SAONARA, RINALDI, TOIA, MATTIOLI, MASELLI, MANGANELLI, SPINI, MOIOLI VIGANÒ, AGOSTINI, AYALA, ALBERTINI, ALTEA, ANGELINI, BANDOLI, BARTOLICH, BATTAFARANO, BEEBE TARANTELLI, BELLEI TRENTI, BERTOTTI, GIOVANNI BIANCHI, BIELLI, BINDI, BOGI, BOLOGNESI, BONSAI, BORDON, BRACCO, BRUNETTI, CALVANESE, CALZOLAIO, CAMPATELLI, CASTELLANI, CENNAMO, CHIAVACCI, DANIELI, DE ANGELIS, DIANA, DI LELLO FINUOLI, DI STASI, DORIGO, DUCA, FUSCAGNI, GALLETTI, GAMBALE, GARAVINI, GATTO, GERBAUDO, GIACCO, GIACOVAZZO, GIANNOTTI, GIULIETTI, GUERRA, GUERZONI, INCORVAIA, LA CERRA, LA VOLPE, LENTI, LIA, LODOLO D'ORIA, LOMBARDO, LOPEDOTE GADALETA, LUCA, MAGRONE, MARINI, MATTARELLA, MONTICONE, MORONI, MUZIO, NAPPI, NOVELLI, OLIVO, PAGGINI, PAOLONI, PARISI, PEPE, PERINEI, PISTONE, POLENTA, POZZA TASCA, PROCACCI, PULCINI, RASTRELLI, REALE, SAIA, SANZA, SARACENI, SBARBATI, SCALIA, SCANU, SCERMINO, SCHETTINO, SCOZZARI, SETTIMI, SODA, SOLDANI, SORO, STAMPA, TORRE, TRIONE, TURRONI, UGOLINI, VALIANTE, VALPIANA, VENDOLA, VIGNERI, VIVIANI, ZEN**

Modifiche all'articolo 5 del decreto legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, in materia di assistenza sanitaria ai cittadini stranieri temporaneamente non in regola con le norme sull'immigrazione

*Presentata il 4 agosto 1995*

**ONOREVOLI COLLEGHI!** — Secondo le stime più accreditate, sia di fonte ISTAT che dell'associazionismo, a circa un milione di immigrati regolarmente presenti in Italia (dei quali circa settecento mila extracomunitari) vanno aggiunte due-trecento mila

presenze variamente « irregolari ». Si va dai lavoratori irregolari, stagionali o stanziali, ai parenti ricongiunti « di fatto » (inclusi molti minori), ai profughi non riconosciuti, ai richiedenti asilo in attesa dell'esito del ricorso amministrativo contro

un primo rifiuto, agli immigrati o rifugiati dei quali sia impossibile l'espulsione ai sensi della convenzione di Ginevra, a coloro che ricorrano contro il diniego di rinnovo del permesso di soggiorno.

A queste persone, non tutte assimilabili — come si vede — alla definizione corrente di « clandestino », è sostanzialmente negata la tutela della salute, che va considerata bene e diritto primario, analogamente al diritto alla vita ed alla libertà, attinente quindi alle prerogative dell'*homo* e non del *cives*.

Tale affermazione trova preciso riscontro nell'articolo 25 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni unite nel 1948 (« Ogni persona ha diritto ad un tenore di vita sufficiente ad assicurare la salute ed il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo (...) alle cure mediche... »), nella definizione data dalla Conferenza dell'Organizzazione mondiale della Sanità di Alma Ata del 1978 (« La salute (...) è un diritto fondamentale dell'*essere umano*, e l'accesso al più alto grado possibile di salute è un obiettivo sociale di estrema importanza »), ed in particolare nell'articolo 32 della Costituzione italiana, che recita: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'*individuo* ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti ». Tutte le definizioni, citate in corsivo, dei titolari di questo fondamentale diritto escludono la nozione di cittadinanza come condizione per il suo godimento.

Quanto alla giurisprudenza internazionale, basti citare la vasta eco ed opposizione — fino all'obiezione di coscienza da parte di moltissimi medici e sanitari ed alla sostanziale sospensione da parte della Corte suprema statunitense — che ha trovato negli Usa la decisione dello Stato della California di privare dell'assistenza sanitaria di base gli immigrati « irregolari »: giustamente si è argomentato che nessuna maggioranza, neppure referendaria, può privare un solo essere umano di un diritto fondamentale e inalienabile come quello alla salute.

Fino ad oggi, per questa parte della popolazione straniera presente in Italia, l'erogazione dell'assistenza sanitaria è regolata dal decreto legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, della legge 29 febbraio 1980, n. 33, che all'articolo 5 assicura soltanto il ricovero ospedaliero in caso di urgenza, infortunio o maternità, con spese di degenza a carico degli interessati e possibilità di rimborso da parte dei Consolati in caso di indigenza, senza escludere la possibilità di segnalazione all'autorità di pubblica sicurezza. Gli stranieri, indipendentemente dal loro *status*, hanno inoltre accesso a quei servizi territoriali che nelle specifiche leggi di istituzione prevedano la gratuità delle prestazioni e non limitino l'utenza ai cittadini italiani (consultori familiari e pediatrici, Sert, servizi di tutela della salute mentale, prestazioni relative alla sindrome HIV correlata), con forti limitazioni attinenti al limite della territorialità dei servizi — difficilmente superabile per persone prive per definizione del requisito della residenza — ed alle differenziazioni territoriali nella loro diffusione e gestione.

Particolarmente grave è la sostanziale negazione di assistenza e tutela della salute — salvo i casi di urgenza e le eventuali prestazioni consultoriali — per i minori, ai quali la Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia approvata dall'Assemblea dell'Onu nel 1979 e ratificata dall'Italia l'11 giugno 1991, garantisce « (...) il diritto del minore di godere del migliore stato di salute possibile », precisando che è dovere degli Stati garantire che « nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi » (i servizi sanitari, cioè). Lo stesso articolo 24 specifica la necessità di intervenire sul tasso di mortalità infantile e sulla malnutrizione e di garantire l'igiene e la salubrità dell'ambiente familiare, le cure prenatali e postnatali alle madri, la prevenzione della malattia e l'informazione alle famiglie. È particolarmente contraddittorio che i minori stranieri « irregolari », ai quali giustamente, in applicazione di un'altra disposizione della stessa Convenzione, recenti normative consentono in Italia di iscriversi

a scuola, sia negata invece l'assistenza sanitaria, incluse le stesse profilassi vaccinali.

È evidente, ed è stato più volte rilevato sia da consessi medici e scientifici che da esponenti degli ultimi Governi (inclusi, per citarne alcuni, i Ministri della sanità e per la famiglia e la solidarietà sociale dell'attuale Governo ed i Ministri dell'interno e per la famiglia e la solidarietà sociale del precedente), che questa situazione va a discapito della salute non solo degli interessati, ma dell'intera collettività. Se è vero infatti che i migranti appartengono in genere alle fasce di età e di popolazione più robuste e meno affette da patologie, successivamente le loro condizioni di vita in Italia — ed in particolare l'impossibilità di fruire dell'assistenza sanitaria di base — ne fanno fasce di popolazione a forte rischio di morbilità. Non a caso l'Organizzazione mondiale della sanità raccomanda di « privilegiare » i gruppi più svantaggiati dal punto di vista igienico-sanitario, sia per ragioni di equità, sia per garantire la tutela della collettività rispetto a possibili patologie derivanti dall'assenza di prevenzione e dall'emarginazione ed esclusione sociale.

Dati relativi alla regione Lombardia, la seconda in Italia per presenza di immigrati, indicano un tasso di ricoveri ospedalieri nel 1992 di cinquantotto per mille stranieri, contro quello di centotré per mille che si riscontra fra i cittadini italiani di età paragonabile (15-44 anni). Un raffronto fra i dati elaborati dagli ambulatori del Naga di Milano e della Caritas di Roma, entrambi aperti agli stranieri « irregolari », dà risultati convergenti: si conferma l'auto-selezione in partenza (con ovvia eccezione per i rifugiati) e quindi il ben noto « effetto migrante sano », e successivamente la frequenza di patologie da raffreddamento, reumatiche e mialgiche, di gastroduodeniti collegabili all'alimentazione ed allo stress da adattamento, di patologie traumatiche (fra le quali uno studio condotto a Torino individua il forte tasso di infortuni sul lavoro). Si conferma anche la bassa incidenza di patologie cosiddette « di importazione », ad eccezione della tubercolosi, e la

scarsa diffusione di infezioni da HIV, inferiore a quella riscontrata nella popolazione italiana e spesso peraltro contratta in Italia. Tutti i dati indicano comunque un incremento delle patologie nelle aree e fasce più marginali ed escluse da interventi preventivi e curativi.

Le norme attuali, consentendo soltanto gli interventi a carattere di urgenza, obbligano spesso i servizi di pronto soccorso ad effettuare — od a negare — interventi impropri, e gli immigrati a richiedere il ricovero per patologie che potrebbero essere più adeguatamente curate a livello ambulatoriale. Si pongono spesso gravissimi problemi di coscienza per gli operatori sanitari, in particolare allorché, superata l'urgenza propriamente detta, siano necessarie analisi, prestazioni, cure ed interventi riabilitativi a carattere continuativo. Peraltro anche i soli interventi di urgenza, sproporzionati a causa della normativa citata, comportano per il Ministero dell'interno — che copre provvisoriamente le spese in caso di indigenza — un esborso calcolato in oltre 35 miliardi per anno, ben superiore alla dotazione annua di 10 miliardi dell'apposito capitolo di bilancio. Tale esborso ben difficilmente sarà rimborsato dai Paesi di appartenenza degli immigrati, come dimostra la mancata evasione della maggior parte delle pratiche di rivalsa. Si verifica quindi un grave spreco di risorse, con danno del bilancio statale e dello stesso paziente, che spesso si vede considerare « indesiderabile » dallo Stato di appartenenza a causa della pratica di rivalsa pendente.

Va infine rilevata la negatività dell'attuale procedura, che obbliga nella maggior parte dei casi gli operatori dei servizi a denunciare alla prefettura le generalità dei ricoverati e degli assistiti stranieri. È evidente che questa pratica — non obbligatoria per i normali utenti, salvo i casi in cui vi sia obbligo di refertazione — scoraggia gli immigrati dal ricorso alla sanità pubblica, incentivando pratiche sanitarie clandestine pericolose per gli interessati, con particolare gravità per le donne ed i minori, e per la collettività: è recente la scoperta di vere e proprie cliniche clande-

stine per immigrati cinesi. In particolare lo studio citato condotto a Torino rileva una forte incidenza di infortuni sul lavoro non denunciati da lavoratori stranieri, ed hanno sollevato scandalo i casi di decesso di ammalati che avrebbero potuto agevolmente curarsi ma hanno avuto timore della denuncia e dell'espulsione. Le stesse gestanti tendono a partorire in casa, da quando in alcune città si è verificato il fermo delle puerpere insieme ai neonati all'uscita dagli ospedali.

Onorevoli deputati, obblighi costituzionali ed internazionali, valori di umanità e di universalità dei diritti, ragioni di tutela della salute pubblica e necessità di razionalizzazione della spesa sanitaria, convergono dunque in direzione di un allargamento della tutela sanitaria di base a tutte le persone presenti in Italia, indipendentemente dal loro *status* giuridico. Per questo, raccogliendo la proposta elaborata da organismi che operano sul campo (« Naga », Ambulatorio popolare e Medicina democratica di Milano, « Camminare insieme » di Torino e Caritas diocesana di Roma) e già valutata favorevolmente dal Ministro della sanità, professor Guzzanti, proponiamo la seguente proposta di legge, che:

nell'articolo 1 sostituisce, nel citato decreto legge n. 663 del 1979, al concetto di « cura urgente » quello di « cura essenziale », nel senso di essenzialità diagnostica e terapeutica, includente tutte le patologie di un certo rilievo; introduce il concetto di « cura continuativa »; estende inoltre la sede di cura dal pronto soccorso ospedaliero all'ambulatorio, allarga a tutti i programmi di medicina preventiva, garantisce la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza così come prevista dalle vigenti norme per le cittadine italiane, sottolinea la necessità di uniformare la situazione dello straniero a quella del cittadino italiano per quanto

concerne la segnalazione all'autorità di pubblica sicurezza allo scopo di evitare la mancata richiesta della prestazione sanitaria;

nell'articolo 2 estende allo straniero la gratuità della prestazione in caso di indigenza, senza rivalsa, ed equipara il minore straniero all'italiano riguardo al diritto di iscrizione al Servizio sanitario nazionale, in applicazione della citata Convenzione di New York sui diritti del fanciullo.

Segnaliamo, a sostegno della presente proposta di legge, che il Senato della Repubblica ha approvato all'unanimità, nella seduta del 6 luglio 1995, un ordine del giorno che « ...impegna il Governo (...) a dare indirizzi per una piena attuazione del diritto alla salute dei cittadini non comunitari, mirando ad offrire anche agli irregolari alcuni servizi essenziali relativi alla prevenzione ed alla medicina di base (...) ed a riconoscere a tutti i minori extracomunitari, indipendentemente dal loro *status* giuridico, il pieno diritto alla salute ed alla sicurezza sociale ».

Nella stessa seduta il Senato ha approvato un emendamento che esclude il requisito della residenza, sostituendogli il criterio della « dimora », ai fini dell'iscrizione al Servizio sanitario nazionale dei cittadini stranieri regolarmente soggiornanti in Italia. Anche raccogliendo questa indicazione, il Ministro della sanità si è impegnato, in un recente incontro con le associazioni del volontariato, ad emanare norme e direttive tendenti a rimuovere gli ostacoli che limitano o impediscono il godimento del diritto all'assistenza sanitaria pubblica da parte degli immigrati in possesso di regolare permesso di soggiorno. Per questo motivo tali categorie di cittadini stranieri non sono state incluse nella presente proposta di legge.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

1. Il settimo comma dell'articolo 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, è sostituito dal seguente:

« Agli stranieri, temporaneamente presenti nel territorio nazionale, sono assicurate, nei presidi pubblici e convenzionati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali, ancorché continuative, per malattia ed 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 straniero alla struttura sanitaria non comporta la necessità di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano ».

## ART. 2.

1. L'ottavo comma dell'articolo 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, è sostituito dal seguente:

« Con il provvedimento previsto dall'articolo 63, quarto comma, della legge 23 dicembre 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 medesimo 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 economi-

che disagiate, accertate dal presidio sanitario tramite l'amministrazione comunale territorialmente competente, il pagamento è interamente a carico dello Stato. All'onere relativo si fa fronte con gli ordinari stanziamenti iscritti al capitolo 4294 dello stato di previsione del Ministero dell'interno. Sono considerati iscritti al Servizio sanitario nazionale, in esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989, ratificata ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176, i minori stranieri, così come definiti dalla stessa Convenzione, temporaneamente presenti nel territorio nazionale ».