

ACCESSO ALLE CURE/ Il monitoraggio della Simm sui servizi locali per gli immigrati

La salute in bilico dei migranti

Sono 10 le Regioni che non garantiscono il pediatra ai figli di irregolari

Mezza Italia non garantisce il pediatra di base ai minori stranieri privi del permesso di soggiorno. È il dato più allarmante che emerge da una prima mappatura, aggiornata al 21 marzo ed effettuata dalla Società italiana di medicina delle migrazioni (Simm), sull'applicazione a livello regionale delle normative riguardanti l'accesso degli immigrati all'assistenza sanitaria. Che il Paese presentasse la classica struttura a macchia di leopardo era già noto da una precedente indagine del 2010: l'aspetto preoccupante è che poco cambia - soprattutto negli orientamenti degli amministratori e nella prassi quotidiana dell'«accesso a ostacoli» delle persone immigrate alle prestazioni dei Ssr - nonostante lo scorso 20 dicembre i governi locali abbiano sottoscritto all'unanimità l'Accordo Stato-Regioni che ha adottato il documento sulle «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera». Una sorta di linea guida cogente (v. articolo di spalla) che traccia una rotta unica per tutti ribadendo l'universalità d'accesso alle cure e alle garanzie sanitarie previste dalla normativa. Un tentativo di contrastare il peso di burocrazia e discriminazione che in molte realtà sono la regola quando si guarda alla tutela degli stranieri. All'origine, anche un'interpretazione distorta del federalismo sanitario, che insieme alla possi-

I numeri dell'immigrazione in Italia		
● Cittadini stranieri regolarmente presenti: 5.011.000 (s)	● Permessi soggiorno scaduti nel corso dell'anno e non rinnovati: 262.688	● Visti per inserimento stabile: 231.750 di cui 87.271 per lavoro e 83.492 per famiglia
● Incidenza sulla popolazione residente: 8,2% (s)	● Occupati: 2.500.000 (s)	● Richieste di asilo presentate: 37.350
● Distribuzione territoriale: Nord 63,4% , Centro: 23,8% , Sud: 12,8% (p)	● Incidenza occupati: 10% (s)	● Richieste di asilo accolte: 7.155
● Aree di origine: Europa 50,8% , Africa 22,1% , Asia 18,8% , America 8,3% , Oceania 0,0% (s)	● Disoccupati: 310.000 (Istat)	● Nuovi nati: 79.587 (p)
● Soggiornanti non comunitari: 3.637.724 di cui soggiornanti di lungo periodo: 52,1%	● Tasso di disoccupazione: immigrati 12,1% - italiani 8,0%	● Minori non comunitari: 867.890
● Prime collettività non comunitarie: Marocco 506.309 , Albania 491.495 , Cina 277.570 , Ucraina 223.782	● Titolari imprese: 249.464	● Iscritti a scuola A.S. 2011-12: 755.939 , 8,4% del totale di cui nati in Italia: 44,2%
	● Incidenza sul totale degli infortuni: 15,9%	● Studenti universitari A.A. 2011-12: 65.437
	● Bilancio costi/benefici per le casse statali: +1,7 miliardi di euro	● Acquisizioni cittadinanza: 56.001 (p)
		● Matrimoni misti (2010): 17.169

(p) dato provvisorio - (s) dato di stima

Fonte: Dossier statistico immigrazione Caritas e Migrantes

bilità di programmare in modo autonomo i servizi ha portato con sé anche il rischio di derogare a criteri costituzionalmente garantiti. «La tematica "salute e immigrazione" - afferma Salvatore Geraci, coordinatore dei gruppi Sanità e Immigrazione della Simm - appare quindi ambiguamente sospesa tra la legislazione esclusiva e quella concorrente in un pendolo di competenze e responsabilità. Nella pratica, le numerose indicazioni normative da parte di vari ministeri, a cui si aggiungono quelle regionali ed europee recepite spesso in modo farraginoso, hanno ingenerato confusione e difficoltà interpretative. Gli stessi Ssr operano in modo molto difforme, spesso dero-

gando dai Lea e dal principio di equità, particolarmente per i gruppi più vulnerabili quali gli immigrati». L'Accordo del 20 dicembre è frutto del lavoro di concertazione svolto fin dal 2008 dal Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e servizi sanitari", in sede di Commissione Salute della Conferenza delle Regioni. Trasversale la composizione: assessori alla Salute, rappresentanti del ministero, esperti e la Simm, che ha fornito la propria consulenza tecnica. Molto, come detto, va ancora fatto. L'unica Regione che ha formalmente recepito il documento con un decreto del commissario ad acta è il Lazio. Se

l'intesa ha fatto da pungolo per determinate aree di applicazione (si veda la tabella sui dieci indicatori), troppe amministrazioni restano impermeabili malgrado l'adesione formale. E spesso piccoli passi in avanti si registrano solo sotto la spinta della magistratura. È il caso, più recente, della Lombardia, che dopo una sentenza del tribunale di Milano ha varato una circolare per fissare la tariffa forfetaria necessaria all'iscrizione al Ssr degli over 65 presenti regolarmente in Italia per ricongiungimento familiare. Altra maglia nera su questo indicatore va al Friuli Venezia Giulia (v. Il Sole-24Ore Sanità n. 9/2013). Eppure proprio su questo tema sette Regio-

ni avevano già cominciato a muoversi. Fanno buona compagnia al Friuli V.G. soltanto Sardegna e Campania. L'aspetto più grave è proprio la mancata assegnazione del pediatra di base in 10 Regioni. All'Accordo si sono adeguati solo in quattro (Umbria, Friuli, Pa Trento e, in queste ultime settimane, il Lazio) mentre Toscana e Puglia avevano già provveduto in precedenza. Una lacuna cruciale: lasciare il territorio sguarnito proprio sul fronte dell'assistenza ai minori significa non solo non tutelarli privandoli del diritto alla cura universalmente garantita, ma anche moltiplicare i costi e il rischio di patologie gravi a

La mappa dei diritti negati

Definizione dell'indicatore e riferimenti nell'Accordo Stato-Regioni	Descrizione dell'indicatore	
	Esistono atti formali/procedure regionali che sanciscono l'applicazione di quanto definito nell'Accordo, stabilendo le modalità attraverso cui...	Monitoraggio applicazione
Iscrizione obbligatoria al Ssr dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno (punto 1.1.1 dell'allegato)	... iscrivere obbligatoriamente al Ssr (con gli stessi diritti/doveri dei cittadini italiani) i minori non appartenenti all'Ue anche se sprovvisti di regolare permesso di soggiorno	<ul style="list-style-type: none"> ■ Toscana ■ Lazio; Puglia ■ Pa Trento; Friuli V.G.; Umbria ■ Piemonte; Lombardia; Liguria; Pa Bolzano; Veneto; Emilia R.; Campania; Calabria; Sicilia; Sardegna ■ V. Aosta; Marche; Abruzzo; Molise; Basilicata
Iscrizione obbligatoria al Ssr dei regolarizzandi (punto 1.1.1 dell'allegato)	... iscrivere obbligatoriamente al Ssr in maniera temporanea (con gli stessi diritti/doveri dei cittadini italiani) le persone non appartenenti all'Ue che hanno presentato domanda di regolarizzazione o emersione dal lavoro nero e che sono in attesa della definizione della pratica e del rilascio del permesso di soggiorno	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lombardia; Pa Trento; Veneto; Emilia R.; Lazio; Friuli V.G.; Sicilia ■ Liguria; Toscana; Campania ■ Piemonte; Puglia; Sardegna ■ Pa Bolzano; Calabria; ■ V. Aosta; Marche; Umbria; Abruzzo; Molise; Basilicata
Iscrizione obbligatoria al Ssr anche in fase di rilascio (attesa) del primo Pds per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al Ssr (punto 1.1.1 dell'allegato e "note generali per gli stranieri non comunitari regolarmente soggiornanti")	... iscrivere obbligatoriamente al Ssr in maniera temporanea (con gli stessi diritti/doveri dei cittadini italiani) le persone non appartenenti all'Ue che hanno fatto richiesta del permesso di soggiorno (primo rilascio o rinnovo) per motivi previsti al punto 1.1.1 dell'allegato dell'Accordo Stato-Regioni e ancora non lo hanno ricevuto, ma sono in possesso della documentazione attestante l'avvenuta richiesta del permesso di soggiorno	<ul style="list-style-type: none"> ■ Piemonte; Lombardia; Pa Trento; Veneto; Toscana; Lazio; Friuli V.G.; Puglia; Sicilia ■ Liguria; Emilia R.; Campania ■ Sardegna ■ Pa Bolzano; Calabria; ■ V. Aosta; Marche; Umbria; Abruzzo; Molise; Basilicata
Iscrizione volontaria al Ssr per gli over 65enni con tariffe attuali (punto 1.1.2 dell'allegato)	... garantire alle persone con 65 anni e oltre non appartenenti all'Ue, entrate in Italia per ricongiungimento familiare dopo il 5 novembre 2008, la possibilità di iscriversi volontariamente al Ssr utilizzando le tariffe vigenti per l'iscrizione volontaria	<ul style="list-style-type: none"> ■ Piemonte; Pa Trento; Veneto; Liguria; Emilia R.; Toscana; Lazio; Sicilia ■ Lombardia ■ Campania; Sardegna, Friuli V.G.; Pa Bolzano; Calabria ■ V. Aosta; Marche; Umbria; Abruzzo; Molise; Basilicata
Garanzia agli Stp delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti (punto 1.2 dell'allegato)	... erogare le cure terapeutiche e riabilitative alle persone non appartenenti all'Ue sprovviste di permesso di soggiorno (con codice Stp), includendo tutte le prestazioni (anche trapianti) che assicurano il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali e la risoluzione dell'evento morboso	<ul style="list-style-type: none"> ■ Piemonte; Pa Trento; Veneto; Liguria; Emilia R.; Lazio; Campania; Sicilia ■ Lombardia; Friuli V.G.; Puglia ■ Sardegna ■ Pa Bolzano; Calabria; ■ V. Aosta; Marche; Umbria; Abruzzo; Molise; Basilicata
Rilascio preventivo del codice Stp per facilitare l'accesso alle cure (punto 1.2.1 dell'allegato)	... rilasciare il codice Stp alle persone non appartenenti all'Ue sprovviste di permesso di soggiorno non solo al momento della prima erogazione delle prestazioni, ma anche precedentemente all'insorgenza del bisogno di assistenza in modo da facilitare l'accesso alle cure, in particolare ai programmi di prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lazio; Sicilia ■ Piemonte; Liguria; Emilia R.; Toscana ■ Lombardia; Pa Trento; Veneto; Friuli V.G.; Campania, Sardegna; Puglia ■ Pa Bolzano; Calabria; ■ V. Aosta; Marche; Umbria; Abruzzo; Molise; Basilicata
Definizione del codice di esenzione X01 per gli Stp (punto 1.2.1 dell'allegato, in particolare "partecipazione alla spesa - ticket")	... applicare il codice di esenzione X01 alla specifica prestazione effettuata per le persone non appartenenti all'Ue sprovviste di permesso di soggiorno (con codice Stp), e che non hanno risorse sufficienti per il pagamento del ticket	<ul style="list-style-type: none"> ■ Piemonte; Lombardia; Veneto; Toscana; Lazio; Campania; Puglia; Sicilia ■ Liguria; Emilia R.; Pa Trento; Sardegna ■ Pa Bolzano; Friuli V.G.; Calabria ■ V. Aosta; Marche; Umbria; Abruzzo; Molise; Basilicata
Iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani (punto 2.1 dell'allegato)	... iscrivere obbligatoriamente al Ssr (con gli stessi diritti/doveri dei cittadini italiani) le persone appartenenti all'Ue che sono genitori di un minore italiano, cioè che hanno avuto un figlio, che ancora non ha compiuto 18 anni, con una persona di cittadinanza italiana pur senza vincoli di matrimonio	<ul style="list-style-type: none"> ■ Piemonte; Veneto; Lazio; Sicilia ■ Lombardia; Pa Trento; Liguria; Emilia R.; Toscana; Campania; Puglia; Sardegna ■ Pa Bolzano; Calabria; ■ V. Aosta; Marche; Umbria; Abruzzo; Molise; Basilicata
Iscrizione volontaria per i comunitari residenti (punto 2.2 dell'allegato)	... garantire alle persone appartenenti all'Ue e residenti in Italia, privi di copertura sanitaria a carico dello Stato di provenienza e non aventi diritto all'iscrizione obbligatoria, la possibilità di iscriversi volontariamente al Ssr, in alternativa al contratto di assicurazione sanitaria privata	<ul style="list-style-type: none"> ■ Piemonte; Pa Trento; Toscana; Lazio; Campania; Puglia; Sicilia ■ Liguria ■ Lombardia; Veneto; Emilia R.; Sardegna ■ Pa Bolzano; Friuli V.G.; Calabria; ■ V. Aosta; Marche; Umbria; Abruzzo; Molise; Basilicata
Equiparazione dei livelli assistenziali e organizzativi del codice Stp al codice Eni (punto 2.4 dell'allegato)	... garantire alle persone appartenenti all'Ue, non residenti in Italia, senza requisiti per l'iscrizione obbligatoria, privi di copertura sanitaria a carico dello Stato di provenienza e impossibilitati a pagare le prestazioni perché indigenti, l'accesso alle stesse prestazioni che vengono assicurate a chi possiede il codice Stp, attraverso il rilascio di un codice che può essere denominato Eni secondo modalità organizzative analoghe a quelle previste per il rilascio del codice Stp	<ul style="list-style-type: none"> ■ Piemonte; Veneto; Liguria; Lazio; Puglia; Sicilia ■ V. Aosta; Pa Trento ■ Emilia R.; Campania ■ Lombardia; Toscana; Sardegna ■ Pa Bolzano; Calabria; Friuli V.G. ■ Marche; Umbria; Abruzzo; Molise; Basilicata

Legenda
 ■ Atti formali presenti prima Accordo ■ Atti formali di allineamento Accordo ■ Atti formali prima dell'Accordo da perfezionare
 ■ Assenza di atti formali di allineamento Accordo ■ Nessuna risposta ■ Non censito

Fonte: Società italiana medicina delle migrazioni



carico dell'assistenza ospedaliera.

Sette realtà, prevalentemente collocate al Nord-Est avevano adempiuto già prima dell'Accordo all'obbligo di iscrivere in maniera temporanea al Ssr, con gli stessi diritti dei cittadini italiani, gli immigrati extra-Ue che presentano domanda di regolarizzazione o emersione dal lavoro nero. Tre Regioni - Liguria, Toscana e Campania - si sono allineate dopo il 20 dicembre. E chissà che altre non stiano provvedendo, dal momento che mancano ancora i dati di una larga fetta d'Italia. Piemonte e Sardegna, di certo, restano al palo.

Il panorama migliora nettamente quando si guarda alle cure essenziali

prestate agli Stp: la metà delle Regioni è in linea; le altre vanno ancora censite.

Se si guardano i dati sugli stranieri comunitari, il quadro resta incerto in diverse aree. Sia per i residenti sia per i genitori comunitari di minori italiani.

Estremamente variegata, infine, la fotografia delle normative regionali per l'equiparazione dei livelli assistenziali tra "codici Eni" e "Stp". In questo caso, dove manca la normativa si priva di fatto un'ampia fascia di popolazione comunitaria dei servizi minimi essenziali.

Barbara Gobbi
Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PARERE DELL'ASSOCIAZIONE PER GLI STUDI GIURIDICI SULL'IMMIGRAZIONE

Il valore «cogente» dell'intesa Stato-Regioni sull'assistenza

Il documento detta le linee guida per un'applicazione uniforme della normativa

Il 20 dicembre 2012, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha adottato all'unanimità un Accordo dal titolo «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane». Una sorta di "testo unico" che non intende innovare l'ordinamento, ma chiarire le disposizioni già esistenti. Ciò che più qualifica l'Accordo è l'opzione di fondo per il riconoscimento della maggiore estensione possibile al diritto all'accesso alle cure degli stranieri e dei cittadini dell'Unione. Le diverse soluzioni proposte dall'Accordo sono, infatti, tra quelle possibili, le più favorevoli a un riconoscimento pieno del diritto alla salute.

A ragione, dunque, associazioni autorevoli come Simm, che molto hanno contribuito a raggiungere questo importante risultato, ne hanno condiviso il contenuto: se alcune previsioni contenute nell'Accordo costituivano patrimonio comune a tutte le aziende sanitarie, altri chiarimenti appariranno di carattere innovativo a molte Regioni. Si pensi alla previsione - forse la più importante - dell'iscrizione obbligatoria di tutti i minori al Ssn, indipendentemente dallo stato di regolarità del soggiorno, con conseguente diritto alla pediatria di base per tutti i minori presenti sul territorio italiano.

Anche in questo caso, l'Accordo ricorda che la posizione espressa non è innovativa, ma attuativa di precisi obblighi internazionali: viene richiamata la Convenzione dei diritti del fanciullo che prevede, al suo articolo 2, il diritto all'egualianza dei minori, indipendentemente da cittadinanza e condizione di soggiorno, e al suo articolo 24, il diritto del minore di godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione. Tale disposizione convenzionale deve considerarsi a tutti gli effetti vincolante in Italia: in forza dell'articolo 2, comma 1, del testo unico sull'immigrazione, Dlgs 286/1998, allo straniero «comunque presente» nel territorio dello Stato spettano «i diritti fondamentali

della persona umana previsti [...] dalle Convenzioni internazionali in vigore [...]». Nonostante tale obbligo, il riconoscimento della piena parità di trattamento ai minori irregolarmente presenti sul territorio non si poteva dire fino a oggi una prassi diffusa nelle aziende sanitarie: nella maggior parte delle Regioni, l'accesso alla pediatria di base era di fatto escluso. L'Accordo, dunque, si presenta come un testo unico che non innova le norme, ma impone di modificare notevolmente la prassi seguita finora.

Quanto alla forma giuridica scelta, anch'essa risulta innovativa. Fino a oggi, anche dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, il ministero della Salute aveva continuato a fornire le indicazioni in materia di assistenza sanitaria agli stranieri e ai cittadini dell'Unione per il tramite di circolari. La scelta di un accordo Stato-Regioni costituisce una benvenuta espressione del principio di "leale cooperazione" nella determinazione delle prestazioni di salute spettanti agli stranieri e ai cittadini dell'Unione. Quanto alla forza giuridica di tale atto, se è vero che nella prassi, gli accordi adottati in sede di Conferenza Stato-Regioni vengono formalmente recepiti da parte delle Regioni, occorre tenere presente che l'articolo 4 Dlgs 281/1998 dispone che l'accordo si perfeziona con l'assenso del Governo e dei presidenti delle Regioni: non sono richiesti, dunque, ulteriori passaggi per il suo perfezionamento. L'effetto giuridico dell'accordo è quello di obbligare le parti stipulanti (Stato, Regioni e Province) a ottemperare agli impegni assunti, nel rispetto delle competenze che caratterizzano ciascuna amministrazione. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sono, dunque, chiamate fin d'ora a dare immediata e piena attuazione a questo importante testo; gli stranieri e i cittadini dell'Unione a pretenderne l'applicazione.

Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione

© RIPRODUZIONE RISERVATA



APPASSIONATI ALLA VITA

CI SONO MOMENTI CHE VALGONO ANNI DI RICERCA.

Ogni giorno portiamo la passione per la vita nei nostri laboratori, nei nostri uffici, negli ospedali, nelle vostre case. Lavoriamo per migliorare la salute attraverso la ricerca e lo sviluppo di farmaci e vaccini innovativi. Il nostro impegno raggiunge tutti, anche attraverso programmi umanitari di donazione e distribuzione di farmaci. Per assicurare ad ogni singola persona un futuro migliore.

 **MSD**
 Be well.



ACCESSO ALLE CURE/ Le degenze pesano solo per lo 0,3% sulla spesa ospedaliera

Irregolari, costi light in corsia

Territorio grande assente: lo straniero arriva già grave al ricovero

La negazione del diritto all'assistenza primaria per gli immigrati irregolari genera distorsioni evidenti quando si guarda agli esiti dei ricoveri. Tanto che dal confronto della spesa stimata per singola degenza tra italiani e immigrati irregolari emerge un gap tra il 40 e il 60% a carico di questi ultimi. Un dato che non incide sul peso totale dei costi di degenza attribuibili a persone senza permesso di soggiorno: calcolato di appena lo 0,3% ed effetto del numero esiguo di stranieri Stp che occupano posti letto nel nostro Paese.

Sono queste le conclusioni a cui giunge l'Osservatorio disuguaglianze nella Salute/Ars Marche, che su mandato del ministero, dopo una prima analisi 2003-2005 ha aggiornato e confermato nel trend l'indagine - presentata in anteprima in questa pagina - al periodo 2007-2010. «Questi risultati sono relativi alla Regione Marche, ma dati analoghi sono presenti a livello italiano complessivo e nelle varie Regioni con cui si collabora», tiene a precisare **Patrizia Carletti**, dell'Osservatorio sulle disuguaglianze sulla salute e coordinatrice del tavolo interregionale "Immigrati e Servizi sanitari".

Il sovrappiù di spesa per gli irregolari è presto spiegato: in assenza di una efficace ed efficiente rete di cure primarie in grado di intercettare i bisogni e l'insorgere di patologie, lo straniero arriva al ricovero spesso in pessime condizioni di salute, tali da far schizzare in alto l'esborso per singola degenza. «È evidente - continua Carletti - che dovrebbero essere programmati servizi di base adeguati per questo gruppo di popolazione che risulta svantaggiato negli esiti di salute e più vulnerabile a causa di peggiori condizioni socio-economiche e che quando ricorre al ricovero necessita di assistenza più costosa. Nell'attuale contesto nazionale in cui la necessità di ottimizzare le risorse è acclarata, fornire le cure di base a chi ne ha bisogno, a partire dai gruppi più vulnerabili, significa anche assumere la responsabilità di operare in termini di efficienza, oltre che contrastare le disuguaglianze, che come noto, hanno ricadute negative su tutta la collettività».

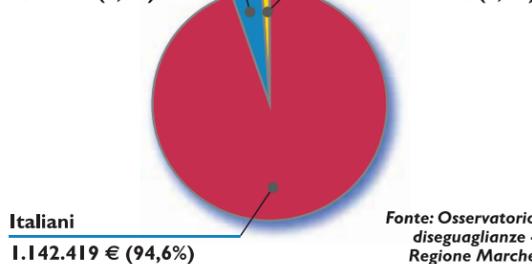
In diverse aree del Paese, si preferisce invece lasciare una fascia di popolazione in uno stato di «cittadinanza» minore, che impatta soprattutto sulla fascia di età pediatrica: nel range 0-14 anni, come si legge chiaramente nel grafico, il valore tariffario di ciascun ricovero è di gran lunga superiore negli immigrati non residenti rispetto



Stima spesa complessiva per i ricoveri per acuti

Per cittadinanza (x 1.000 euro) - Marche, anno 2010

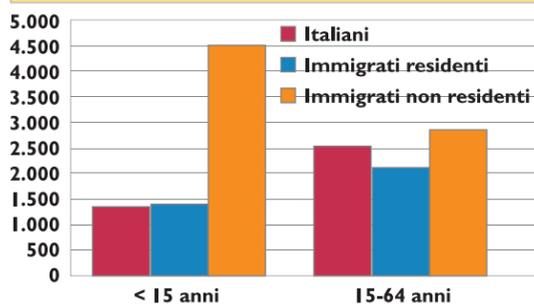
Immigrati residenti 61.454 € (5,0%)
Immigrati non residenti 4.158 € (0,3%)



Fonte: Osservatorio disuguaglianze - Regione Marche

Valore tariffario medio dei ricoveri totali

Per classe di età e cittadinanza - Marche, 2007-2010



Fonte: Osservatorio disuguaglianze - Regione Marche

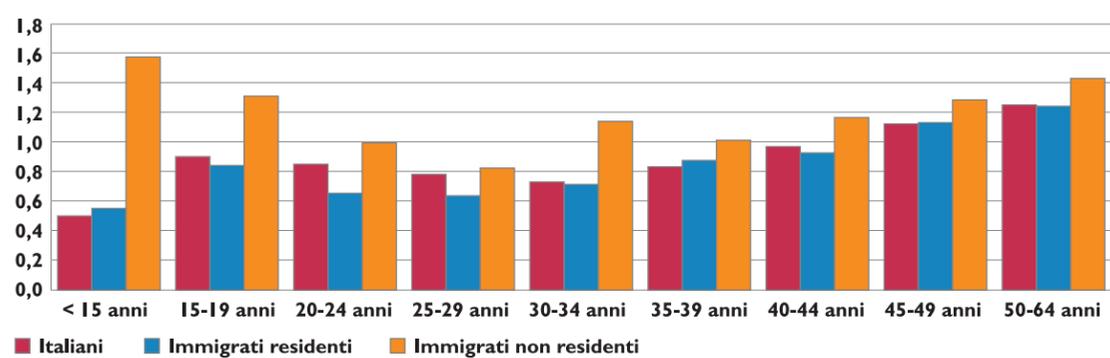
Valore tariffario dei ricoveri totali

Regione Marche, anni 2007-2010



Fonte: Osservatorio disuguaglianze - Regione Marche

Peso medio dei ricoveri ordinari per classe di età (regione Marche, anno 2010)



Fonte: Osservatorio disuguaglianze - Regione Marche

Il monito dell'Ue: «La salute dei migranti è interesse di tutti»

Includere immigrati e minoranze etniche, come i Rom, nelle strategie di salute e consentire loro di accedere alle cure risponde all'esigenza di tutelare un diritto umano fondamentale, sancito anche di recente dai documenti dell'Oms e della Commissione europea (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 10/2013). Ma non solo: significa anche perseguire obiettivi di salute pubblica. Perché evitare che si ammalino persone che, seppure marginalizzate, quotidianamente condividono con noi spazi di vita, pone un argine decisivo ai rischi di contaminazione.

Ormai il concetto è più che assodato, almeno a livello teorico. Eppure le disuguaglianze di salute e nell'accesso all'assistenza sono ben lungi dall'essere abbattute. Anzi, la crisi economica sta favorendo il processo inverso, causando una ulteriore divaricazione della forbice tra cittadini più o meno ab-

bienti, tra persone "inserite" o escluse dalle strategie sanitarie. Tra queste ultime, gli immigrati. «È chiaro - scrive in un commento Isabel de la Mata, consigliere della Dg Sanco dell'Unione europea - che alcuni di questi gruppi sono più esposti alle malattie per le loro condizioni socio-economiche svantaggiate, lo scarso accesso all'assistenza medica e la mancata consapevolezza dell'esistenza dei servizi, senza contare la stigmatizzazione sociale e la discriminazione». Per questo servono «lo scambio di buone pratiche, la creazione di indicatori e informazioni per gli immigrati» ed è a questo obiettivo che ha lavorato il secondo Programma di azione comunitaria in materia di salute (2008-2013). La necessità di ulteriori iniziative in questo settore, fra cui l'accesso all'assistenza sanitaria e alla prevenzione, figurava tra le priorità della comunicazione della

Commissione "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Ue". Nei prossimi tre anni la Dg Sanco assisterà l'Organizzazione internazionale per l'immigrazione nella collaborazione con gli Stati membri per garantire l'accessibilità e l'adeguatezza dei servizi nazionali per immigrati e minoranze etniche.

Nel 2011 la Commissione ha varato il quadro dell'Ue per le strategie nazionali di integrazione dei Rom (nomadi compresi) fino al 2020. L'assistenza sanitaria rientra tra gli obiettivi indicati. «Per assistere il lavoro degli Stati membri sulla salute dei Rom - ricorda ancora Isabel de la Mata - la commissione ha incaricato di preparare una relazione di valutazione dello stato di salute e di vita della popolazione Rom». I lavori dureranno 12 mesi e la pubblicazione è prevista a inizio 2014.

agli italiani e agli immigrati residenti il cui valore è simile. Questo quadro suggerisce la necessità di una presa in carico dei bambini da parte del pediatra di base, onde evitare che arrivino in ospedale in condizioni di maggiore gravità. Obiettivo, come illustrato nelle pagine precedenti, ancora molto lontano, dal momento che oltre la metà delle Regioni non prevede il PIs per i figli di stranieri privi di permesso di soggiorno.

Oltre al picco del peso medio dei ricoveri nelle fasce d'età più giovani, la categoria degli immigrati irregolari ne presenta un altro tra i 30 e i 34 anni, probabilmente frutto anche del ricorso all'ospedalizzazione per gravidanza, parto e Ivg. Drg tutti al femminile, che incidono per il 70% sul totale dei ricoveri relativi agli immigrati nel loro complesso; mentre per gli uomini la causa principale sono i traumi dovuti agli infortuni sul lavoro e agli incidenti.

Le stime dei costi di ricovero mediante il sistema tariffario unico (la Tuc o tariffa unica convenzionale) mostrano che il 94,57% è da attribuire agli italiani; il 4,09% agli stranieri residenti e, come detto, appena lo 0,34% ai non residenti, per lo più rappresentati da extracomunitari non regolari. Italiani che presentano una complessità assistenziale maggiore perché si tratta di una popolazione più anziana e le cui cause di ricovero sono spesso rappresentate da malattie croniche (cardiovascolari o tumori), ad alta intensità assistenziale.

Il ritratto dei costi di cura ospedaliera per gli immigrati irregolari tracciato dall'Osservatorio spunta quindi le armi a più di un preconcetto: innanzitutto l'idea che in tempi di crisi economica e di spending review sanitaria tagliare fuori o non ammettere lo straniero nel Ssn sia una ricetta utile. «In questi anni - sottolinea ancora Carletti - ci siamo trovati di fronte alla ricorrente domanda "Quanto costa l'assistenza sanitaria per gli immigrati?". Una domanda legittima che tuttavia nasce spesso da una visione pregiudiziale e ideologica e sottende un'altra domanda: "Siamo sicuri che l'Italia se lo può permettere?"».

In una visione politica più a lungo termine, probabilmente, la domanda dovrebbe essere piuttosto un'altra: e se cioè non sia più conveniente, sia sotto il profilo dell'equità, sia sotto la voce costi e nell'interesse della salute pubblica, garantire assistenza tempestiva e adeguata a tutti gli individui presenti sul territorio nazionale. A prescindere da un timbro della questura.