



Politiche e servizi sociali

Margherita Giannoni,  
Paola Casucci, Zahara Ismail

**DISUGUAGLIANZE  
DI SALUTE ED EQUITÀ  
NEL RICORSO AI SERVIZI  
SANITARI DA PARTE  
DEI CITTADINI STRANIERI  
NELLE REGIONI ITALIANE**

**FrancoAngeli**

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

*In copertina: Mihkail Larionov, Strada con fanali (1912)*

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

Margherita Giannoni,  
Paola Casucci, Zahara Ismail

**DISUGUAGLIANZE  
DI SALUTE ED EQUITÀ  
NEL RICORSO AI SERVIZI  
SANITARI DA PARTE  
DEI CITTADINI STRANIERI  
NELLE REGIONI ITALIANE**

**FrancoAngeli**

# Indice

<b>Introduzione</b> , di <i>Margherita Giannoni</i>	pag.	9
<b>Ringraziamenti</b>	»	11
<b>1. Le politiche sanitarie sull'immigrazione in Europa</b> , di <i>Philipa Mladovsky</i>	»	13
1. Introduzione	»	13
2. Analisi delle politiche sanitarie per i migranti	»	14
3. Gruppi di popolazione destinatari	»	14
4. Politiche indirizzate ai migranti in generale	»	15
5. Politiche indirizzate a gruppi specifici di emigranti	»	18
6. I richiedenti asilo	»	18
7. Migranti privi di documenti	»	20
8. Questioni sanitarie affrontate	»	21
9. Concentrarsi sui pazienti o su chi eroga i servizi	»	23
10. Attuazione	»	27
11. Considerazioni	»	28
12. Conclusioni	»	30
13. Ringraziamenti	»	30
Riferimenti bibliografici	»	31
<b>2. Il paradosso epidemiologico ispanico</b> , di <i>Luisa Franzini</i> e <i>Cecilia Ganduglia</i>	»	34
1. La popolazione ispanica negli Stati Uniti	»	34
2. Problemi relativi ai dati	»	34
3. Gli effetti dovuti al fenomeno delle migrazioni	»	36
4. Acculturazione e fattori culturali	»	38

5. L'accesso al sistema sanitario e l'utilizzo del sistema sanitario	pag. 39
6. Conclusioni	» 41
Riferimenti bibliografici	» 41
<b>3. L'effetto delle politiche sull'immigrazione sulle disuguaglianze socio-economiche nella salute degli individui: un'analisi per alcuni paesi europei, di Margherita Giannoni, Luisa Franzini, Giuliano Masiero e Zahara Ismail</b>	» 43
1. Metodologia	» 43
2. Introduzione	» 44
3. I dati	» 46
4. Risultati delle stime	» 51
5. Conclusioni	» 54
Riferimenti bibliografici	» 54
<b>4. Migrazione e salute: sperimentazione di un modello olistico di cura. L'esperienza dell'INMP, di Concetta Mirisola, Gianfranco Costanzo e Raffaele Di Palma</b>	» 57
1. La salute delle persone straniere presenti sul territorio italiano	» 62
2. La salute delle persone migranti al momento dello sbarco a Lampedusa	» 64
Riferimenti bibliografici	» 66
<b>5. Evoluzione delle politiche nazionali relative alla popolazione immigrata, di Zahara Ismail, Paola Casucci e Edvige Mancinelli</b>	» 67
1. Cenni storici	» 67
2. Evoluzione delle politiche socio-sanitarie per gli immigrati	» 68
Riferimenti bibliografici	» 75
<b>6. Risultati principali dell'indagine condotta dal PEHRG e dall'INMP sulle politiche sanitarie e sociali adottate dalle Regioni e dalle Province Autonome italiane relativamente alla tutela della popolazione fragile e immigrata, di Zahara Ismail, Paola Federici, Lamberto Briziarelli, Alessia Biribanti e Giancarlo Pocetta</b>	» 78
1. Regione Piemonte	» 79
2. Regione Friuli Venezia Giulia	» 85

3. Regione Umbria	pag. 89
4. Regione Molise	» 94
5. Regione Sicilia	» 98
6. Regione Marche	» 102
7. Regione Liguria	» 107
8. Provincia Autonoma di Bolzano	» 109
<b>7. Stima di indicatori di performance dei servizi sanitari delle Regioni italiane in termini di disuguaglianze di salute e uso dei servizi ospedalieri tra la popolazione italiana e quella straniera (2006-2008), di Margherita Giannoni, Veronica Favilli e Valentina Fanini</b>	<b>» 114</b>
1. Metodologia utilizzata nell'elaborazione del set di indicatori	» 114
2. Tasso standardizzato di ospedalizzazione	» 122
2.1. Scheda	» 122
2.2. Elaborazioni	» 123
2.2.1. Risultati per la suddivisione di popolazione italiana e straniera	» 124
2.2.2. Risultati per la suddivisione di popolazione PSA, PFPM a confronto con quella di cittadinanza italiana	» 138
3. Ricovero per TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio)	» 142
3.1. Scheda	» 142
3.2. Elaborazioni	» 143
4. Tasso di dimissione per patologie psichiatriche	» 149
4.1. Scheda	» 149
4.2. Elaborazioni	» 151
5. Tasso standardizzato di ricovero per diabete	» 163
5.1. Scheda	» 163
5.2. Elaborazioni	» 164
6. Tasso standardizzato di ricovero per polmonite	» 170
6.1. Scheda	» 170
6.2. Elaborazioni	» 171
7. Tasso standardizzato di ricovero per HIV	» 177
7.1. Scheda	» 177
7.2. Elaborazioni	» 178
7.2.1. Risultati per la suddivisione di popolazione PSA, PFPM vs italiana	» 181
8. Tasso standardizzato di ricovero per TBC	» 183
8.1. Scheda	» 183

8.2. Elaborazioni	pag. 184
9. Tasso standardizzato di ricovero per malattie cardiovascolari	» 188
9.1. Scheda	» 188
9.2. Elaborazioni	» 189
9.2.1. Risultati per la suddivisione di popolazione PSA, PFFPM vs italiana	» 194
10. Tasso standardizzato di ricovero per Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)	» 196
10.1. Scheda	» 196
10.2. Elaborazioni	» 197
11. Considerazioni di sintesi	» 201
Riferimenti bibliografici	» 204
<b>8. Modalità di finanziamento della assistenza sanitaria erogata ai pazienti stranieri nelle Regioni italiane, di     Valentina Fanini, Carla Brusco, Margherita Giannoni e     Massimiliano Raponi</b>	» 206
Riferimenti bibliografici	» 214
<b>9. L'esperienza dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma: analisi dei flussi di ricovero dei pazienti stranieri e strategie di accoglienza, di Massimiliano Raponi e     Carla Brusco</b>	» 216
<b>Conclusioni, di Paola Casucci</b>	» 219
<b>Postfazione, di Lamberto Briziarelli</b>	» 222

# *Introduzione*

*di Margherita Giannoni\**

Questo volume riporta i risultati principali del lavoro svolto nell'ambito del progetto di ricerca "Assessment and quantification of the health and health care access inequalities among the migrant and fragile population in Italian Regions" commissionato al PEHRG (Poverty and Equity in Health Research Group) dell'Università di Perugia dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP).

La ricerca aveva come fine di valutare le disuguaglianze di salute e l'equità nell'accesso ai servizi sanitari sperimentate dalla popolazione straniera nelle Regioni italiane. L'attività di ricerca condotta dal PEHRG è stata mirata al raggiungimento di una serie di obiettivi.

Un primo obiettivo era di identificare sulla base di una rassegna dell'evidenza disponibile sul tema sia in Italia che in altri sistemi sanitari caratterizzati da una forte connotazione multi-etnica, quale il caso degli USA, un sistema di indicatori atti a monitorare nel tempo e a livello geografico (nazionale/regionale/locale) le disuguaglianze di salute e l'equità nell'accesso ai servizi sanitari sperimentate da questi gruppi di popolazione nonché una metodologia atta a misurare indicatori di appropriatezza dei servizi sanitari pubblici erogati dalle Regioni italiane alla popolazione straniera.

Un secondo obiettivo era di tentare di fornire una prima stima degli indicatori suddetti in modo da verificare la fattibilità concreta di tale monitoraggio.

Ulteriore obiettivo, da svolgersi in parallelo alle analisi di cui sopra, era di effettuare, nel contesto più ampio delle politiche in atto a livello europeo, una rassegna sistematica delle politiche sanitarie e sociali delle Regioni italiane relative alla popolazione immigrata miranti a garantire ed a miglio-

\* Dipartimento di Economia Finanza e Statistica dell'Università degli Studi di Perugia.

re per questa via l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari e a ridurre le disuguaglianze di salute.

Relativamente al primo obiettivo, è stato richiesto dall'INMP al PEHRG di definire criteri per stimare un set di indicatori da presentare e proporre alle Regioni per il monitoraggio della performance dei servizi sanitari regionali relativamente all'uso degli stessi da parte della popolazione straniera. Gli indicatori sono stati individuati e sviluppati dopo aver verificato le fonti di dati utilizzabili allo scopo ed effettuato una rassegna sistematica di letteratura sulle disuguaglianze di salute e l'uso dei servizi sanitari sperimentati dalla popolazione straniera in Italia negli ultimi anni. Tale rassegna è stata già riportata nel primo capitolo del precedente rapporto di ricerca intermedio consegnato a gennaio 2010 all'INMP, essendo stata pubblicata nel volume edito da FrancoAngeli editore insieme ai risultati delle elaborazioni relative all'Umbria che nel frattempo sono state aggiornate agli anni 2007-2009 insieme al gruppo di ricerca della Regione Umbria presso il PEHRG. Nel suddetto testo sono inoltre riportate le schede degli indicatori proposti, unitamente ad una loro stima per il periodo 2005-2009 effettuata utilizzando i dati amministrativi (SDO e CEDAP) messi a disposizione dalla Regione dell'Umbria. Lo stesso volume riporta anche un'analisi della spesa ospedaliera per gli immigrati nella Regione Umbria per gli anni 2007-2009.

Relativamente al secondo obiettivo, sulla base dell'esperienza condotta per la Regione Umbria, l'attività di calcolo di indicatori relativi ai tassi di ospedalizzazione è successivamente proseguita per le altre Regioni d'Italia utilizzando i dati SDO messi a disposizione dal Ministero della Salute all'INMP relativamente al periodo 2006-2008. L'analisi è terminata nel settembre 2011.

Relativamente al terzo obiettivo del progetto, ovvero alla raccolta delle informazioni relative alle politiche sanitarie promosse dalle Regioni, è stato stilato all'inizio del progetto un questionario distribuito ai referenti regionali individuati con la collaborazione e coordinamento dell'INMP.

Il volume riporta i risultati principali delle analisi condotte, unitamente ad ulteriori contributi che descrivono alcuni degli aspetti oggetto delle ricerche svolte a livello internazionale.

## *Ringraziamenti*

Gli autori desiderano ringraziare l'INMP per aver finanziato la ricerca e per il sostegno alle attività scientifiche e amministrative. Si ringraziano, in particolare, la dott.ssa Concetta Mirisola, il dott. Costanzo e il dott. Raffaele Di Palma per aver partecipato alla redazione del volume, e per aver supportato e consentito la sua pubblicazione.

Si ringrazia il Dipartimento di Economia Finanza e Statistica dell'Università di Perugia ed il CdL in Economia e Amministrazione delle Imprese della Facoltà di Economia dell'Università di Perugia (sede di Terni) e il Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università di Perugia, per il supporto allo svolgimento della ricerca presso le rispettive sedi.

Un particolare ringraziamento va alla Direzione della D.G. Sanità Regione dell'Umbria, particolarmente alla dott.ssa Paola Casucci, alla dott.ssa Ombretta Checconi, al dott. Marcello Catanelli, al dott. Marcello De Giorgi, per aver collaborato alle analisi svolte.

Si ringraziano le Regioni che hanno partecipato al progetto e risposto al questionario e i referenti che hanno collaborato attivamente alla raccolta delle informazioni.

Si ringrazia la dott.ssa Philipa Mladowsky (LSE – Health – UK) per averci consentito la traduzione del suo lavoro in lingua inglese.

Si ringrazia la prof.ssa Luisa Franzini (University of Texas – USA) per la validazione metodologica delle stime degli indicatori di ricovero e per il contributo prodotto sulle disuguaglianze di salute sperimentate dagli immigrati ispanici negli USA.

Si ringraziano il dott. Massimiliano Raponi e la dott.ssa Carla Brusco (Ospedale Bambino Gesù – Roma) per aver contribuito alla stesura del libro portando anche l'esperienza dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma.



# *1. Le politiche sanitarie sull'immigrazione in Europa*

*di Philipa Mladovsky\**

## **1. Introduzione**

Alcuni studi condotti nell'Unione Europea (UE) dimostrano l'esistenza di disparità di salute considerevoli, anche se di diversa natura, tra migranti e non migranti (Mladovsky, 2007). Se da un lato alcuni tipi di migranti, quali i richiedenti asilo e quelli privi di documenti, incorrono in restrizioni relative al diritto di accesso alle prestazioni sanitarie, dall'altro la maggior parte dei paesi dell'Unione garantisce la piena uguaglianza di trattamento tra i cittadini di altri paesi UE e i "cittadini di paesi terzi" (cittadini extracomunitari) che hanno ottenuto il permesso di soggiorno a lungo termine (si veda il Capitolo 3 sulle politiche di asilo, residenza e cittadinanza e i modelli d'integrazione dei migranti). Tuttavia diviene sempre più evidente che i migranti debbano far fronte a difficoltà specifiche nell'accesso alle prestazioni sanitarie che esulano dai limiti normativi, quali la mancanza d'informazione e le barriere culturali e linguistiche, oltre ad altri fattori sociali tra cui le difficili condizioni socio-economiche e il livello di istruzione. L'UE, a tal riguardo, ha avviato una serie di politiche e iniziative volte a migliorare l'accesso dei migranti alle cure sanitarie (Peiro e Benedict, 2009). Inoltre, un numero ristretto, ma crescente, di paesi dell'UE sta adottando politiche specifiche a livello nazionale.

Il presente capitolo fornisce una panoramica delle politiche e dei programmi sanitari destinati ai migranti, adottati in dieci paesi europei.

\* The London School of Economics and Political Science – LSE-HEALTH – London – UK. Questo contributo è la traduzione, su gentile concessione dell'autrice, dell'originale pubblicato in lingua inglese dalla stessa in un volume di prossima pubblicazione.

## **2. Analisi delle politiche sanitarie per i migranti**

Le informazioni suddivise per paese presentate in questo capitolo si basano su diverse fonti. La prima è un'indagine condotta nel 2008 presso gli esperti di politiche sanitarie provenienti da 19 paesi europei (compreso un paese extracomunitario): Austria, Belgio, Bulgaria, Repubblica Ceca, Danimarca, Inghilterra, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Romania, Slovenia, Spagna, Svezia e Turchia.

Informazioni aggiuntive su altri sei paesi (Grecia, Ungheria, Norvegia, Polonia, Portogallo e Svizzera) sono state tratte dai rapporti Mighealthnet e dagli wiki sui paesi interessati (si veda: <http://mighealth.net> e Chimienti, 2009). Per le politiche riguardanti i richiedenti asilo ci si è basati su alcune pubblicazioni fondamentali (Norredam, Mygind *et al.*, 2006; Huber, 2008), mentre le informazioni relative ai migranti privi di documenti sono state ricercate nei rapporti nazionali del progetto “Health Care in Nowhereland” (si veda: <http://www.nowhereland.info>).

I risultati indicano che nella maggior parte dei paesi europei la salute dei migranti e il loro accesso alle prestazioni sanitarie non sono regolati da politiche specifiche. Soltanto dieci dei 25 paesi per i quali vi era disponibilità di informazioni hanno adottato politiche nazionali volte a migliorare le condizioni di salute dei migranti che andassero oltre i diritti stabiliti per legge: Austria, Inghilterra, Germania, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna, Svezia e Svizzera. In questo capitolo vengono presentate le politiche sanitarie per i migranti adottate in questi dieci paesi e suddivise secondo quattro dimensioni: i gruppi di popolazione destinatari, le questioni sanitarie affrontate, se l'obiettivo degli interventi sia chi eroga le prestazioni o i pazienti e se tali politiche siano in fase di attuazione.

## **3. Gruppi di popolazione destinatari**

Le politiche sanitarie per i migranti sono rivolte ai migranti in generale o a particolari gruppi di migranti, quali ad esempio i richiedenti asilo e i migranti irregolari. Tali politiche possono inoltre essere rivolte a gruppi più ampi di popolazione, quali ad esempio “le minoranze etniche” e i “gruppi fragili dal punto di vista socio-economico”.

#### 4. Politiche indirizzate ai migranti in generale

In **Inghilterra, Irlanda** e nei **Paesi Bassi** le politiche in materia di immigrazione sono integrate in politiche più ampie che comprendono anche le minoranze etniche. In **Inghilterra**, le politiche sanitarie per i migranti rientrano perlopiù in altre politiche di natura razziale e rivolti a gruppi e minoranze etniche. Questo è quanto emerge ad esempio nell'*Independent Enquiry into Inequalities in Health* (Acheson, 1998) di sir Donald Acheson e in *Race Equality Scheme 2005-2008* (Department of Health, 2005) del Dipartimento della Sanità. Tale classificazione non considera il paese natale e non fa distinzioni tra generazioni diverse di migranti. È quindi possibile che vengano trascurate le esigenze sanitarie specifiche dei nuovi arrivati (Jayaweera, 2010). La recente pubblicazione di una “guida sanitaria per i migranti” (<http://www.hpa.org.uk/MigrantHealthGuide/>) da parte dell'Agenzia per la Tutela Sanitaria dimostra che sono stati compresi i limiti di tale approccio.

La prima Strategia Sanitaria Nazionale Interculturale dell'**Irlanda** che va dal 2007 al 2012 è stata pubblicata dal servizio sanitario nel febbraio 2008. Oltre ai migranti (i richiedenti asilo, i rifugiati e i migranti privi di documenti), tale strategia comprende anche i viaggiatori, altre minoranze etniche e i figli nati in Irlanda da migranti. Le raccomandazioni politiche della strategia sono focalizzate su integrazione e “interculturalismo” nella fornitura di prestazioni sanitarie per gli utenti di diverse culture ed etnicità.

Nei **Paesi Bassi** il governo affronta le disuguaglianze sanitarie dei migranti e delle minoranze etniche sotto l'ampia mappa concettuale della “differenza culturale”. Nel 1997, la Fondazione Scientifica Olandese ha istituito un gruppo di lavoro su “cultura e salute” per promuovere la ricerca e le innovazioni in questo ambito, e nel 2000 il Consiglio per la Sanità Pubblica e l'Assistenza Sanitaria ha pubblicato due rapporti, che evidenziano le esigenze sanitarie dei migranti e delle minoranze etniche e le difficoltà che incontrano nell'accedere ai servizi (RVZ, 2000a; RVZ, 2000b). Nel 2001, in risposta a questi sviluppi, il ministro della Sanità ha istituito un gruppo di ricerca che ha sviluppato una strategia per rendere l'assistenza sanitaria “interculturale”. Il gruppo di ricerca ha rassegnato le proprie dimissioni nel 2003, quando il nuovo ministro della Sanità affermò di non vedere alcun ruolo del governo in tale ambito.

In **Austria, Germania, Italia, Portogallo, Spagna, Svezia e Svizzera** l'attenzione delle politiche e dei programmi sanitari si concentra in maniera più specifica sui migranti. In **Austria**, il Ministero della Sanità ha istituito un gruppo di lavoro di esperti con il compito di analizzare le problematiche sanitarie dei migranti. Il gruppo di lavoro ha elaborato una relazione

sulla competenza interculturale nel settore sanitario (*Bundesministerium für Gesundheit und Frauen*, 2005), che si concentra sugli emigranti e i richiedenti asilo, ma non prende in considerazione i migranti privi di documenti.

Nel 1997, in Germania è stato istituito un comitato di lavoro su migrazione e sanità pubblica (Berens, Spallek *et al.*, 2009). Il comitato ha redatto una guida sui modelli di best practice in materia di “Sanità e Integrazione” (*Beauftragte der Bundesregierung für Migration*, 2007). Tuttavia, le raccomandazioni specifiche di politica nazionale non sono state realizzate fino al luglio del 2007, quando è stato pubblicato il Piano d’Integrazione Nazionale (Governo Federale Tedesco, 2007). Il piano presenta una serie di aree di intervento per valorizzare l’integrazione. Sebbene non sia incentrato sulle questioni sanitarie, il programma richiede ai governi dei Länder (*Länderregierungen*) l’istituzione di progetti volti a ridurre le barriere all’accesso e perseguire una “apertura interculturale” del sistema sanitario, compresa la creazione di servizi specifici per i migranti e informazioni su misura sulle questioni sanitarie. Tuttavia, il piano non affronta in maniera specifica la questione della sanità per i richiedenti asilo e i migranti privi di documenti. Nel sito del governo federale sono riportati ulteriori sviluppi nell’ambito della sanità per i migranti ([http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/BeauftragtefuerIntegration/ThemeNeu/GesellschaftlicheIntegration/Gesundheit/gesundheit\\_\\_soziales.html](http://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Bundesregierung/BeauftragtefuerIntegration/ThemeNeu/GesellschaftlicheIntegration/Gesundheit/gesundheit__soziales.html)).

In **Italia**, il Ministero della Salute ha istituito l’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà.

Nel 2004, in Svezia, le agenzie governative che si occupavano di sanità, affari sociali, istruzione, impiego, integrazione e servizi per l’immigrazione hanno adottato un documento di politica comune, il *Nationell samsyn kring hälsa och första tiden i Sverige* (Accordo nazionale sulla sanità e i primi anni in Svezia), volto a coordinare i servizi in modo da tutelare la salute dei migranti (richiedenti asilo e altri) nei loro primi 2-5 anni in Svezia (Integrationsverket, 2004).

Nel 2004, in Portogallo è stato istituito l’Ufficio Sanitario del Centro nazionale per il sostegno ai migranti, che fornisce le informazioni circa i diritti dei migranti all’assistenza sanitaria e mira a migliorare l’accesso dei migranti (sia regolari sia irregolari) ai servizi sanitari. Durante la Presidenza portoghese dell’UE, nel 2007, la questione della migrazione internazionale rappresentava una priorità della politica sanitaria. Il “Piano per l’integrazione degli immigrati 2007-2009” ha affrontato una serie di ostacoli nell’accesso dei migranti al Servizio Sanitario Nazionale e mirava a valorizzare la qualità dei servizi (Fonseca, Silva *et al.*, 2009).

Nel 2001, in Spagna è stato adottato il Programma Globale per la rego-

larizzazione e il coordinamento per gli stranieri e per l'Immigrazione. Nel 2005 sono state regolarizzate le relazioni tra i datori di lavoro e i lavoratori stranieri irregolari (non autorizzati a risiedere e a lavorare in Spagna). Nel febbraio del 2007, il Segretario di Stato per l'Emigrazione e l'Immigrazione (presso il Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali) ha approvato il Piano Strategico sulla Cittadinanza e l'Integrazione, 2007-2010. Gli obiettivi relativi alla salute consistevano nel garantire ai migranti il diritto alla tutela della salute, comprendere meglio le loro esigenze sociali e sanitarie e formare i professionisti sanitari. Inoltre, dal 2008, 15 delle 17 comunità autonome del paese (fatta eccezione per le Asturie e la Galizia) hanno attuato dei piani regionali d'immigrazione. Esempi di progetti contenenti obiettivi sanitari sono i seguenti.

In Catalogna, tra gli obiettivi del Piano di Cittadinanza e Immigrazione 2005-2008 vi era quello di assicurare un migliore accesso dei migranti all'assistenza sanitaria. Il Piano Generale sull'Immigrazione catalana per la sanità, pubblicato nel 2006, specificava una serie di obiettivi in materia di sanità per i migranti.

Il Dipartimento Regionale della Sanità dell'Aragona ha stilato un documento dal titolo "Immigrazione e Sanità", contenente le norme per i professionisti sanitari che prestano assistenza ai migranti.

Il Piano d'Immigrazione dei paesi Baschi 2007-2009 individua la fornitura di prestazioni sanitarie ai migranti come una delle aree di intervento prioritarie.

Il Piano Sanitario di Madrid 2006-2007 dedica un capitolo specifico al miglioramento delle condizioni sanitarie dei migranti.

Il Piano d'Immigrazione di Valencia 2004-2007 comprende sei sottopiani correlati a diverse aree della sanità dei migranti.

Il Dipartimento Sanitario Andaluso ha elaborato una guida alla fornitura di prestazioni sanitarie agli immigrati. All'interno del secondo Piano integrale d'Immigrazione dell'Andalusia, il dipartimento ha inoltre pubblicato un documento intitolato "Fornire prestazioni sanitarie ai migranti".

In **Svizzera** la "Strategia di Migrazione e Sanità Pubblica 2002-2006" prevedeva che le iniziative politiche in materia di migrazione e sanità e le misure di sensibilizzazione fossero adottate da tutte le istituzioni sanitarie in quello che è un sistema sanitario altamente decentralizzato. A una piccola unità presso l'Ufficio di Sanità Pubblica spetta il compito di favorire le misure contenute in questo programma. Nel 2006-2007 è stata condotta una valutazione sul programma ed è stata formulata una nuova strategia per il periodo 2008-2013 che mira a proseguire e consolidare le misure della prima fase (Chimienti, 2009).

Molti dei paesi trattati in questa sezione hanno attuato politiche sanitarie

per i migranti all'interno di politiche d'integrazione più ampie. Alcuni di questi (per esempio l'Italia, il Portogallo e la Spagna) hanno conosciuto l'immigrazione su larga scala in epoca più recente rispetto all'Inghilterra e ai Paesi Bassi, ed è quindi comprensibile la loro maggiore attenzione verso i nuovi migranti. In ogni caso, saranno presto necessarie politiche indirizzate ai migranti di seconda e terza generazione. Altri paesi come la Germania e l'Austria, invece, contano già numerosi migranti di seconda e terza generazione tra la loro popolazione e probabilmente l'accesso all'assistenza sanitaria per questi gruppi godrà di una maggiore attenzione politica.

## **5. Politiche indirizzate a gruppi specifici di emigranti**

Sebbene i richiedenti asilo e i migranti privi di documenti tendano ad avere maggiori probabilità di incorrere in problemi sanitari (Ingleby, 2004; Cuadra e Cattacin, 2010), spesso incontrano delle barriere all'accesso all'assistenza sanitaria. Le politiche indirizzate ai richiedenti asilo e ai migranti privi di documenti in Europa variano per estensione dell'assistenza fornita (per esempio se va oltre i casi d'emergenza), entità della copertura finanziaria (in termini di maggiori addebiti per gli utenti ed esenzioni), qualità dell'assistenza fornita, livelli di accesso all'assistenza sanitaria tra i diversi gruppi di richiedenti asilo (quelli le cui domande sono state respinte, coloro che sono detenuti o che si sono appellati a una decisione) e prestatori di assistenza sanitaria (il sistema sanitario centrale, i servizi indipendenti forniti presso i centri d'accoglienza per i richiedenti asilo o le ONG).

## **6. I richiedenti asilo**

Il Consiglio dell'Unione Europea ha delineato gli standard minimi per l'accoglienza dei richiedenti asilo che prevedono l'assistenza d'urgenza, il trattamento di base delle malattie e l'assistenza medica o di altro genere ai richiedenti che abbiano particolari esigenze (Consiglio dell'UE, 2003). Uno studio comparativo tra i 25 Stati membri dell'UE al 2004 (tranne il Portogallo) ha mostrato che nel 2004 esistevano restrizioni normative all'accesso all'assistenza sanitaria da parte dei richiedenti asilo in Austria, Danimarca, Estonia, Finlandia, Germania, Ungheria, Lussemburgo, Malta, Spagna e Svezia (Norredam, Mygind *et al.*, 2006). In tutti questi paesi, eccetto l'Austria, le restrizioni normative erano dovute al fatto che i richiedenti asilo avessero diritto unicamente alle cure d'urgenza. In Austria i richiedenti asilo avevano diritto alle terapie d'urgenza solo una volta usciti

dai centri di accoglienza. In Germania, Lussemburgo, Spagna e Malta l'accesso dei richiedenti asilo all'assistenza sanitaria cambiava nel corso del tempo. In Germania i richiedenti asilo ottenevano il pieno accesso all'assistenza dopo 36 mesi dal loro arrivo. In Lussemburgo ai richiedenti asilo veniva accordato un accesso ai servizi sanitari paragonabile a quello dei cittadini residenti dopo 3 mesi di permanenza, mentre in Spagna non appena si fossero registrati presso un Comune. Malta non ha fornito dettagli sull'evoluzione dello status (Norredam, Mygind *et al.*, 2006). In tutti i paesi oggetto dello studio, tranne Cipro, Lettonia e Lussemburgo, ai richiedenti asilo vittime di tortura o di traumi veniva fornito un qualche tipo di terapia specialistica.

*Tab. 1.1 – Regole di copertura dei richiedenti asilo nei paesi UE selezionati*

Finlandia	Vengono forniti servizi gratuiti attraverso centri di accoglienza designati; per cure urgenti si può anche ricorrere al sistema sanitario comunale
Germania	L'accesso è limitato alla terapia intensiva, all'assistenza in gravidanza e alla terapia del dolore
Grecia	Vengono forniti servizi gratuiti solo a chi possiede la tessera sanitaria
Paesi Bassi	La sanità e l'assistenza a lungo termine sono gratuite, con una copertura paragonabile ai modelli standard. Tuttavia, non è possibile scegliere il medico e l'assistenza dentistica per gli adulti è limitata ai trattamenti intensivi o alla terapia del dolore
Polonia	Vengono forniti servizi gratuiti, prima presso il centro di accoglienza e poi su indicazione del medico. Vengono rimborsati anche i costi di trasporto
Spagna	Vengono forniti servizi gratuiti presso centri di accoglienza e dal sistema sanitario centrale
Regno Unito	Vengono forniti servizi gratuiti ai rifugiati le cui domande siano state accolte, a coloro che abbiano ricevuto permessi di permanenza, a quelli in attesa di risoluzione, che abbiano fatto ricorso o che siano in custodia presso i centri di detenzione. I richiedenti asilo le cui domande siano state respinte, non hanno diritto alle prestazioni sanitarie fornite dal Servizio Sanitario Nazionale, eccetto nei casi di emergenza, malattie trasmesse sessualmente (tranne HIV/AIDS), malattie contagiose, pianificazione familiare, assistenza psichiatrica obbligatoria e terapie d'urgenza. All'utente viene applicata una tassa per l'assistenza secondaria non considerata "immediatamente necessaria"

Fonte: adattamento (Huber, 2008).

Lo studio ha inoltre esaminato le pratiche di diagnosi medica rilevando che nel 2004, per i richiedenti asilo appena arrivati, tali pratiche erano in vigore in tutti i paesi in esame tranne in Grecia, dove venivano offerte solo