

Salute degli immigrati

Il nostro Paese sperimenta ormai da diversi anni flussi migratori di una certa consistenza. Ciò impone ai *policy maker* la predisposizione di politiche sociali finalizzate all'inclusione ed all'integrazione delle diverse etnie, la pianificazione di interventi di Sanità Pubblica mirati a bisogni di salute specifici e l'implementazione di strumenti di monitoraggio delle condizioni di vita e di salute di queste popolazioni migranti.

Il presente Capitolo intende contribuire alle riflessioni su questi argomenti, fornendo una descrizione della struttura demografica della popolazione degli immigrati e delle loro condizioni di salute ed accesso ai servizi sanitari. Inoltre, verrà documentato il frammentario panorama delle realtà regionali italiane in tema di politiche sanitarie, organizzazione dei servizi e diritto all'assistenza da parte della popolazione immigrata.

Per quanto riguarda i dati demografici, sarà dato un accenno ai primi dati pubblicati successivamente al Censimento 2011 per la popolazione straniera e, per quanto riguarda la salute e l'accesso alle cure, saranno illustrati i risultati dell'indagine campionaria "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri", che l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) ha svolto nel 2011-2012, intervistando circa 10.000 famiglie con stranieri residenti in Italia.

Il Capitolo si presenta con una struttura modificata rispetto a quella dello scorso anno, a causa della mancanza di stime aggiornate sulla presenza straniera in Italia, che non permettono la costruzione degli indicatori *core* su malattie infettive, ospedalizzazione, abortività volontaria e mortalità¹. Tuttavia, gli indicatori costruiti sulla base dell'indagine campionaria Istat, consentono di fornire rilevanti informazioni che permettono di approfondire le differenze di salute e di accesso al Servizio Sanitario Nazionale esistenti tra la popolazione straniera e quella italiana, al fine di procedere ad una prima valutazione dello stato del processo di inclusione degli stranieri nel nostro Paese.

L'indagine, condotta con tecnica *Computer Assisted Personal Interview* (CAPI) attraverso interviste faccia a faccia, con questionario tradotto in dieci lingue, ha accolto un modulo specifico per indagare le condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri². Per ciascuna famiglia sono stati intervistati tutti i componenti con cittadinanza straniera o naturalizzati (italiani per acquisizione)³, per un totale di circa 21.000 individui stranieri di tutte le età. Inoltre, sono state raccolte informazioni socio-strutturali per gli eventuali componenti italiani (dalla nascita) presenti nella famiglia, al fine di ricostruire le diverse tipologie di famiglie con stranieri. Nel Capitolo si descrivono i dati, riferiti ai soli cittadini stranieri residenti, con particolare riferimento agli aspetti di salute percepita, all'utilizzo dei servizi e alle barriere che a tutt'oggi ne ostacolano la piena fruibilità.

L'indagine condotta dall'Istat conferma che i cittadini stranieri godono, mediamente, di migliori condizioni di salute rispetto agli italiani, ma si trovano spesso a dover affrontare problemi di accesso ai servizi sanitari, per la presenza di ostacoli di natura linguistica e burocratica. Questi risultati, validi per il complesso della popolazione straniera, si differenziano quando si analizzano le singole cittadinanze, fornendo importanti indicazioni ai *policy maker* per interventi mirati a migliorare le condizioni di salute e l'accessibilità ai servizi da parte della popolazione immigrata.

Il Capitolo si conclude con un *Focus* in cui vengono illustrati gli importanti sviluppi registrati nel frammentario panorama delle realtà regionali italiane in tema di politiche sanitarie, organizzazione dei servizi e diritto all'assistenza da parte della popolazione immigrata, con particolare riferimento al documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane" approvato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA il 20 dicembre 2012 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale S.O. n. 32 del 7 febbraio 2013.

¹Ci si riferisce alle stime della popolazione straniera residente per regione, genere, anno di età e Paese di cittadinanza fornite dall'Istat ed utilizzate come denominatori degli indicatori.

²Il modulo è stato realizzato su interesse e a seguito del finanziamento del Ministero della Salute.

³Sono considerati naturalizzati i cittadini stranieri alla nascita e divenuti italiani per acquisizione (matrimonio, adozione, nascita e prolungata residenza in Italia fino ai 18 anni di età, residenza prolungata in Italia, altro motivo).

Popolazione straniera residente in Italia

Il 15° Censimento della popolazione e delle abitazioni¹ ha consentito di raccogliere le informazioni di natura socio-demografica su tutta la popolazione residente in Italia, con un elevato dettaglio territoriale. Ad oggi, non sono stati ancora rilasciati i dati relativi ai residenti stranieri per singola cittadinanza o macroarea di provenienza, pertanto vengono descritti i dati per il complesso della popolazione residente con cittadinanza straniera.

Al Censimento 2011 risultano risiedere in Italia 4 milioni e 29.145 cittadini stranieri (il 6,8% del totale della popolazione residente), di cui il 53,3% costituito da donne. Gli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria² rappresentano circa il 95% del totale degli stranieri residenti. La presenza degli stranieri, tuttavia, non è omogenea sul territorio, ma risente della capacità attrattiva (da un punto di vista economico e sociale) di quest'ultimo. Le regioni in cui si registra il maggior numero di stranieri residenti sono quelle del Nord del Paese, con in testa la Lombardia, in cui risiede poco meno di un quarto di tutti gli stranieri residenti in Italia, seguita dal Veneto (11,4%) e dall'Emilia-Romagna (11,2%). Al Centro le regioni con la percentuale più elevata di stranieri sono il Lazio (10,6%) e la Toscana (8,0%). Parallelamente, si registra una presenza più limitata nelle regioni meridionali (in Campania, per esempio, risiede il 3,7% del totale degli stranieri).

La struttura per età della componente straniera differisce molto dalla struttura per età dei cittadini italiani. I cittadini stranieri residenti in Italia hanno una struttura per età tipica di una popolazione giovane: infatti, il 45,9% degli stranieri residenti ha tra i 25-44 anni (negli italiani questa classe di età pesa per il 26%). L'età media di tutto il contingente è di 31,1 anni (per la componente maschile l'età media degli stranieri è pari a 29,7 anni, per quella femminile 32,3 anni). L'analisi della struttura per età della popolazione straniera evidenzia come tale segmento di popolazione sia particolarmente vivace: le classi di età più numerose sono quelle in età da lavoro e le nuove generazioni, frutto di una dinamica migratoria che vede lo stabilizzarsi della popolazione arrivata e l'istaurarsi di un ciclo di vita che porta alla nascita in Italia dei figli degli stranieri immigrati nel nostro Paese.

Come più volte sottolineato nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, la struttura per età e genere della popolazione in esame influenza direttamente la domanda di servizi sanitari. Per poter operare azioni di *policy* volte a fornire risposte adeguate ai bisogni di salute della popolazione straniera, sembra essere sempre più opportuno avere un quadro conoscitivo della molteplicità di aspetti e della differenziazione di bisogni che questo segmento di popolazione potenzialmente esprime.

¹Cfr. 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni. Disponibile sul sito: http://www.istat.it/it/files/2012/12/volume_popolazione-legale_XV_censimento_popolazione.pdf.

²Si considerano Paesi a Forte Pressione Migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all'Unione Europea) e Malta, i Paesi dell'Africa, dell'Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda).

Salute percepita

Significato. Per una valutazione globale delle condizioni di salute, la percezione dello stato di salute rappresenta un importante riferimento in quanto consente di cogliere la multidimensionalità del concetto di salute inteso, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come stato di “completo benessere fisico, mentale e sociale”. La salute percepita nelle indagini dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) è misurata attraverso un singolo quesito validato e armonizzato in ambito internazionale (Come va in generale la sua salute?) le cui modalità di risposta sono: molto bene, bene, né bene né male, male e molto male.

Tasso di cittadini stranieri/italiani che dichiarano buone condizioni di salute*

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani che dichiarano di stare bene o molto bene	
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani	x 100

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati”.

Validità e limiti. L'indicatore relativo alla salute percepita in letteratura è molto utilizzato come *proxy* dello stato di salute globale degli individui e si è rivelato anche un utile predittore dei livelli di consumo sanitario. Il limite principale della salute percepita e, in generale, di tutti gli indicatori basati su una valutazione soggettiva, è che è influenzato sia dalle caratteristiche individuali che da aspetti culturali. Pertanto, nell'effettuare i confronti tra gruppi di popolazione con provenienze e storie di vita molto diverse, occorre tenere in considerazione che intervengono sia fattori legati alle condizioni oggettive della persona, che fattori soggettivi legati ad atteggiamenti frutto del contesto in cui si è nati e cresciuti.

Per quanto riguarda il titolo di studio, in genere utilizzato come *proxy* dello *status* sociale, nel caso della popolazione straniera esso è influenzato dal fenomeno dell'*over education* (svolgimento di una attività lavorativa che richiede un livello di istruzione inferiore a quello posseduto). Pertanto, non consente di interpretare in modo univoco la relazione tra titolo di studio e *status* sociale. Tuttavia, si ritiene che il diverso livello di istruzione possa evidenziare importanti differenze nella percezione dello stato di salute.

L'analisi per territorio è effettuata considerando la ripartizione di residenza, in quanto la dimensione campionaria non consente di scendere al dettaglio regionale.

I confronti con gli italiani sono fatti utilizzando i tassi standardizzati per età. La standardizzazione è effettuata con il metodo diretto e la popolazione standard di riferimento è la popolazione residente straniera al Censimento 2011.

Valore di riferimento/Benchmark. La salute percepita dei cittadini stranieri, standardizzata per età, viene confrontata con quella dei cittadini italiani rilevata nell'Indagine Istat “Aspetti della vita quotidiana”, anno 2012.

Al quesito “Come va in generale la sua salute?”, l'87,5% dei cittadini stranieri ha risposto con una valutazione positiva (“molto bene” o “bene”). Il corrispondente valore per gli italiani è pari a 83,5%. Sia per gli stranieri che per gli italiani la percentuale si riduce all'aumentare dell'età, risultando superiore alla media fino ai 34 anni e assumendo valori significativamente più bassi della media dopo i 45 anni.

Descrizione dei risultati

In tutte le classi di età gli stranieri fanno registrare percentuali di “buona salute” più elevate degli italiani e il divario aumenta nel passare dalle età più giovani a quelle più anziane. Nella classe 55 anni ed oltre, il 59,9% degli stranieri ha dichiarato di stare bene o molto bene, contro il 42,4% degli italiani (Grafico 1). Nel confronto di genere emerge una peggiore percezione del proprio stato di salute nelle donne, sia tra gli stranieri che tra gli italiani. Questa caratteristica si conferma anche nelle diverse classi di età. Tuttavia, nelle età più avanzate (55 anni ed oltre) gli uomini stranieri che dichiarano una buona salute (depurando dall'effetto età) sono il 57,6% contro il 61,9% delle donne straniere, mentre tra gli italiani lo svantaggio femminile rimane elevato (48,2% negli uomini *versus* 36,9% nelle donne) (Grafico 2).

Eliminando l'effetto della diversa struttura per età, gli uomini provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) che dichiarano di stare bene o molto bene sono l'88,7% contro l'86,2% delle donne (Grafico 3).

Approfondendo l'indicatore di buona salute nei due generi rispetto alle principali cittadinanze degli stranieri presenti sul territorio italiano, emerge che i filippini dichiarano nel 90,2% dei casi di stare bene o molto bene, sia gli uomini che le donne. Percentuali superiori al 90% si sono registrate tra le donne cinesi (92,4%) e tra gli uomini albanesi (90,3%). I valori più bassi si riscontrano nei cittadini marocchini (in entrambi i generi) e nelle donne moldave. Tali valori

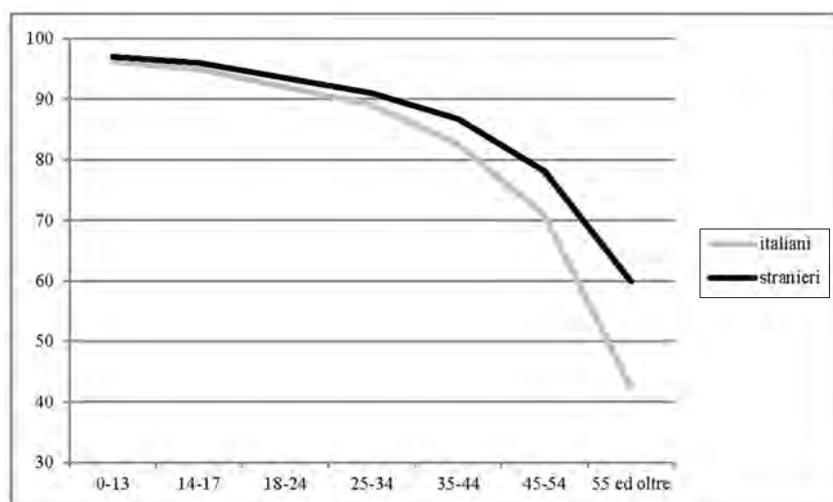
sono, comunque, più elevati di quelli registrati per gli italiani (Grafico 3).

Con riferimento all'area geografica, si evidenzia uno svantaggio dei cittadini stranieri residenti nel Mezzogiorno: l'85,3% ha dichiarato buone condizioni di salute rispetto all'88% circa dei residenti al Centro-Nord. Tale svantaggio non emerge, invece, tra gli italiani, per i quali le percentuali non mostrano differenze significative rispetto alla ripartizione di residenza (Grafico 4).

Considerando il titolo di studio nella sottopopolazione di 25 anni ed oltre (che si presume in massima par-

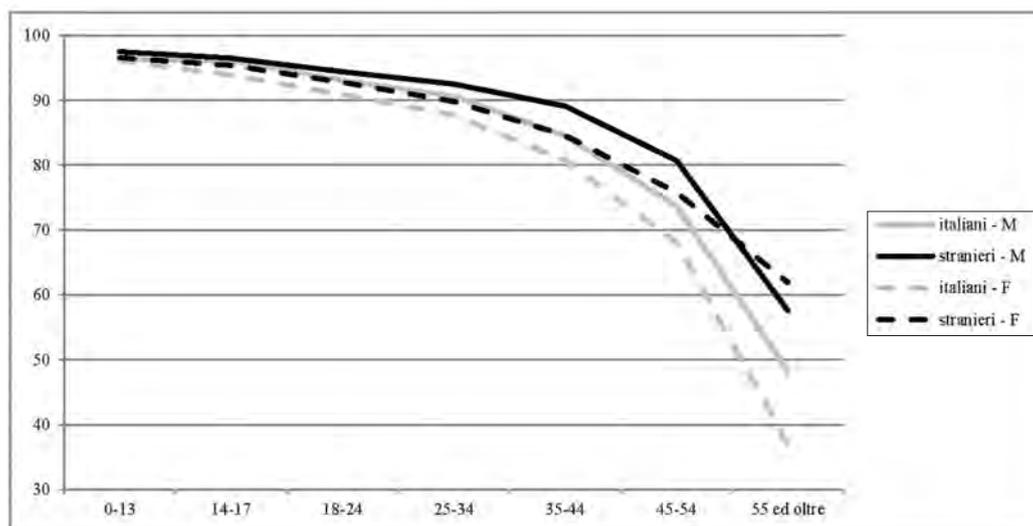
te abbia completato i percorsi scolastici), si rileva che la quota di stranieri che afferma di sentirsi "molto bene" o "bene" cresce all'aumentare del titolo di studio. Lo stesso si evidenzia per gli italiani, per i quali, però, il divario tra chi non ha nessun titolo o ha la licenza elementare e chi possiede il diploma o la laurea è molto più ampio: la differenza è pari a 42,4 punti percentuali negli italiani ed a 13,3 punti percentuali tra gli stranieri, probabilmente anche per effetto del fenomeno dell'*over education*, richiamato in premessa, che riduce le differenze secondo il livello di istruzione degli stranieri (Tabella 1).

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri e italiani che dichiarano buone condizioni di salute per classe di età - Anni 2011-2012



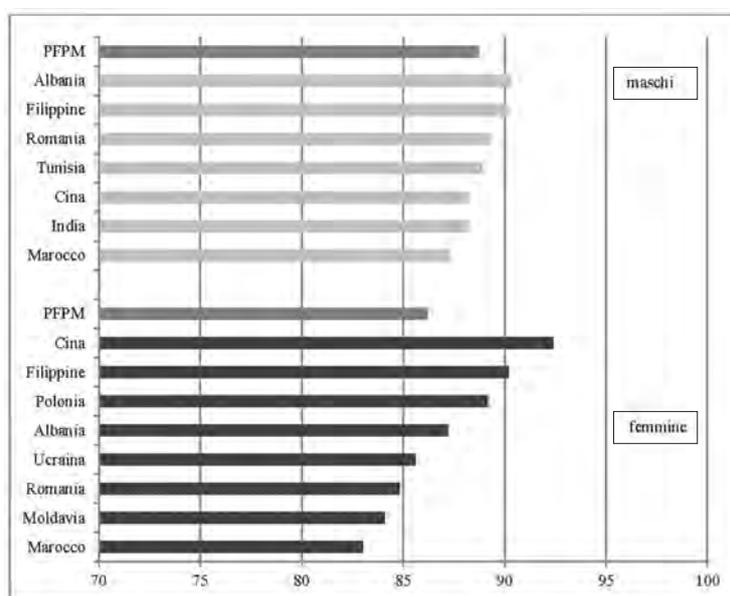
Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012 - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Grafico 2 - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri e italiani che dichiarano buone condizioni di salute per classe di età e genere - Anni 2011-2012



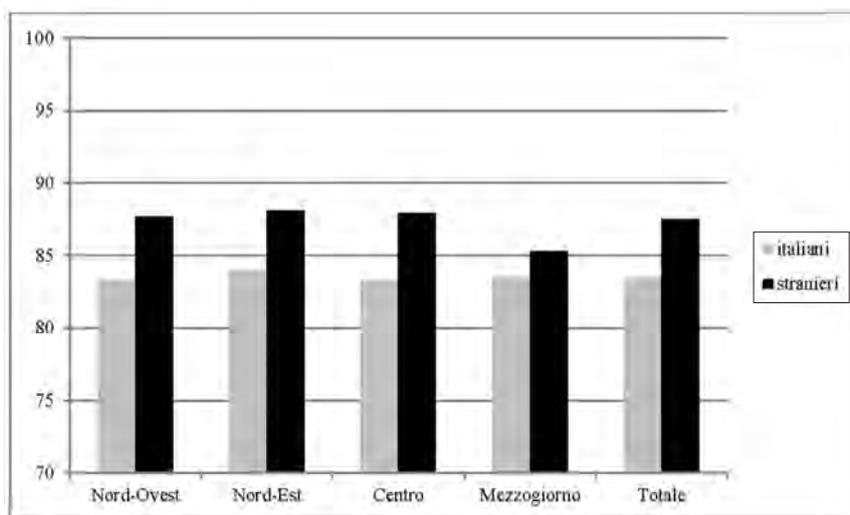
Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012 - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Grafico 3 - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri che dichiarano buone condizioni di salute per genere e cittadinanza - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

Grafico 4 - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri e italiani che dichiarano buone condizioni di salute per macroarea - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012 - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Tabella 1 - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri e italiani di età 25 anni ed oltre che dichiarano buone condizioni di salute per titolo di studio - Anni 2011-2012

Titoli di studio	Stranieri	Italiani
Laurea o diploma	86,0	85,2
Licenza media	84,7	74,9
Licenza elementare/nessun titolo	72,7	42,8
Totale	83,4	77,9

Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012 - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Benessere fisico, mentale e psicologico

Significato. L'indagine consente la costruzione di indici sintetici relativi alla percezione delle condizioni psicofisiche degli individui. Tali indici sono strumenti per la misura dell'*Health Related Quality of Life*, già sperimentati e validati in ambito internazionale, e sono denominati "Indice di stato fisico" (*Physical Component Summary - PCS*), "Indice di stato psicologico" (*Mental Component Summary - MCS*) e "Indice di salute mentale" (*Mental Health - MH*) (1). Gli indicatori sono espressi attraverso punteggi

Indice di stato fisico, Indice di stato psicologico, Indice di salute mentale

Non è possibile sintetizzare mediante una formula il calcolo di tali indici. Pertanto, si rinvia alla descrizione disponibile sul sito: <http://crc.marionegri.it/qdv>.

Validità e limiti. Come per l'indicatore di salute percepita, essendo indici basati su una valutazione soggettiva delle proprie condizioni psicofisiche, essi sono influenzati, oltre che dalle caratteristiche individuali, anche da aspetti culturali. Pertanto, nell'effettuare i confronti tra diversi gruppi di popolazione occorre tener conto di tali fattori.

L'analisi per territorio è effettuata considerando la ripartizione di residenza, in quanto la dimensione campionaria non consente di scendere al dettaglio regionale.

I tassi standardizzati per età sono calcolati con il metodo diretto e la popolazione standard di riferimento è la popolazione residente straniera al Censimento 2011.

Valore di riferimento/Benchmark. Attualmente, non si dispone di analoghi indici per i cittadini italiani. Tuttavia, è possibile confrontare l'indice PCS e quello MCS con le stime provvisorie riferite al secondo semestre del 2012, ottenute per il complesso della popolazione nell'Indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari. Per l'indice MH tale benchmark non è disponibile e, pertanto, i confronti sono effettuati tra cittadinanze diverse considerando come valore di riferimento quello relativo al totale degli stranieri.

Descrizione dei risultati

Il punteggio medio dell'indice PCS degli stranieri di 14 anni ed oltre è pari a 54,6, più elevato di circa 4 punti rispetto al valore registrato per il complesso della popolazione residente nell'Indagine Istat sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari.

Come gli altri indicatori di salute, anche il PCS è più elevato nelle classi di età giovanili, mentre si riduce in maniera significativa a partire dai 45 anni (nella classe di età 45-54 anni è pari a 53,6 e tra gli *over* 54 anni

medi. Punteggi molto alti sono associati a condizioni di assenza di limitazioni e disabilità, livelli molto alti di benessere e presenza di più che favorevoli valutazioni del proprio stato generale di salute.

All'opposto, livelli molto bassi dell'indicatore riflettono limitazioni funzionali, importanti disabilità sociali e personali, disagio psicologico e un giudizio sul proprio stato di salute generale veramente poco favorevole.

scende a 50,1).

Il punteggio medio dell'indice MCS degli stranieri di 14 anni ed oltre è pari a 53,9. In questo caso il divario con il complesso della popolazione residente è ancora più elevato in quanto il valore registrato nell'Indagine Istat sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari è più basso di 5 punti.

Pertanto, si confermerebbero le migliori condizioni di salute, sia fisica che psicologica, degli stranieri rispetto alla media della popolazione.

L'indice PCS degli stranieri assume valori simili nei due generi fino ai 34 anni, mentre nelle classi di età successive si evidenzia un vantaggio degli uomini rispetto alle donne. Le differenze di genere risultano, invece, meno evidenti per l'indice MCS (Grafico 1).

Il punteggio medio dell'indice MH degli stranieri di 14 anni ed oltre è pari a 78; sale oltre gli 80 punti nei giovani tra 14-24 anni e scende a circa 75 dopo i 44 anni. Negli uomini l'indice assume un valore pari a 78,4, mentre nelle donne ammonta a 77,6.

Per l'indice PCS e l'indice MCS non si registrano differenze significative a livello territoriale, mentre in relazione all'indice MH gli stranieri residenti nel Nord-Ovest e nel Mezzogiorno presentano punteggi medi inferiori a quelli riportati dalla totalità della popolazione. In queste ripartizioni l'indice MH è più basso nelle donne (Grafico 2).

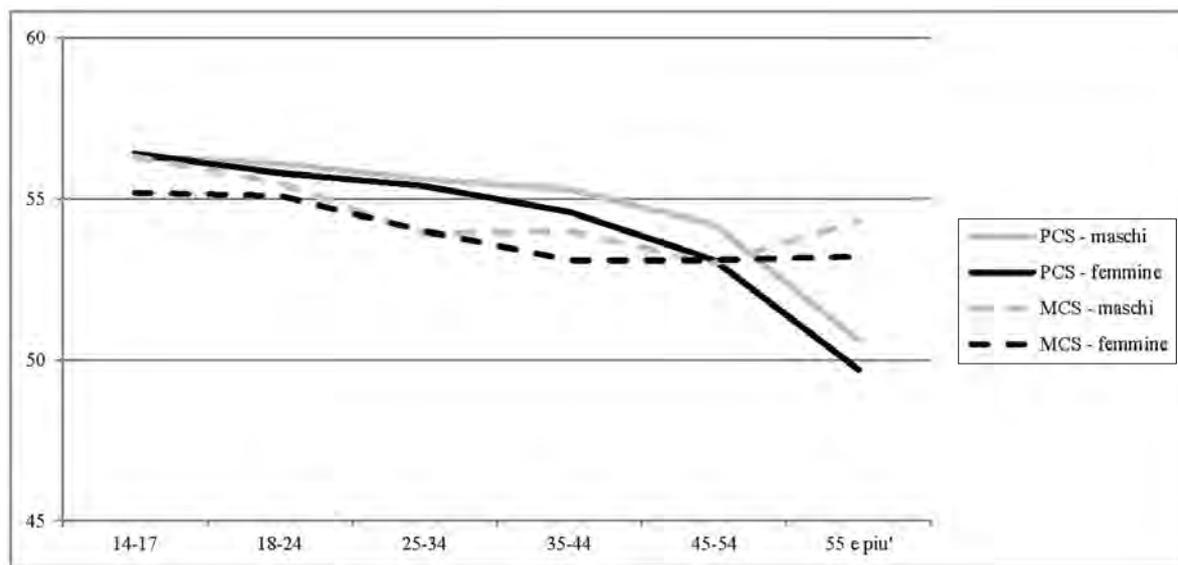
Considerando le principali cittadinanze degli stranieri presenti sul territorio italiano, non si rileva una elevata variabilità dello stato di benessere fisico e psicologico: i valori sono piuttosto vicini alla media degli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) (54,6 per l'indice PCS e 53,8 per l'indice MCS).

Diverso è il quadro relativo alle singole cittadinanze che emerge per l'indice MH. A fronte di un punteggio medio pari a 77,8 per il totale degli stranieri provenienti dai PFPM, si evidenzia una situazione di mag-

gior svantaggio per i cittadini provenienti dalla Tunisia (75,3) e dal Marocco (76,0). All'opposto, gli stranieri per i quali l'indice MH assume valori più alti sono gli indiani (82,4, con valore più elevato nel gene-

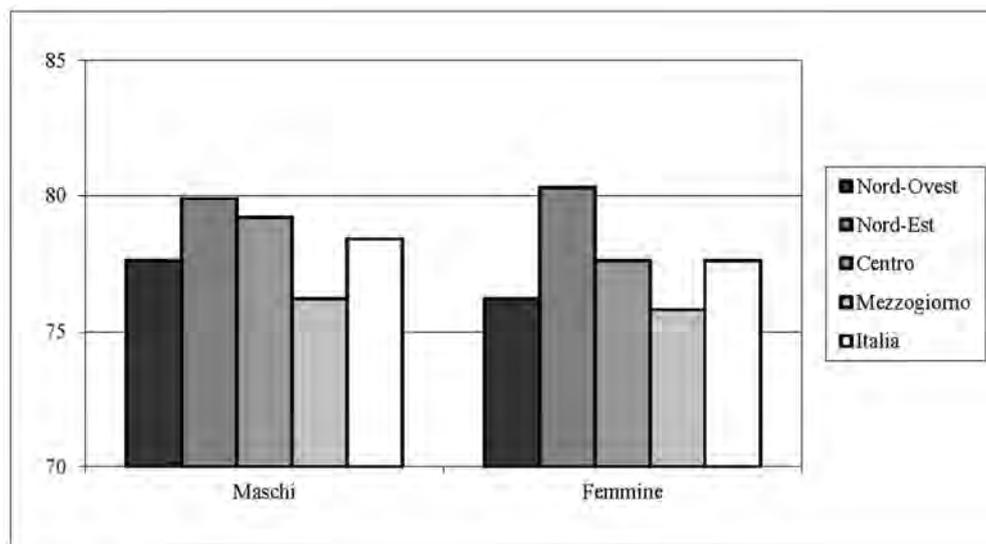
re femminile e pari a 84,4) e i filippini (80,4, con valore più elevato nel genere maschile e pari a 82) (Grafico 3).

Grafico 1 - *Indice di stato fisico e Indice di stato psicologico (punteggi medi standardizzati) dei cittadini stranieri per genere e classe di età - Anni 2011-2012*



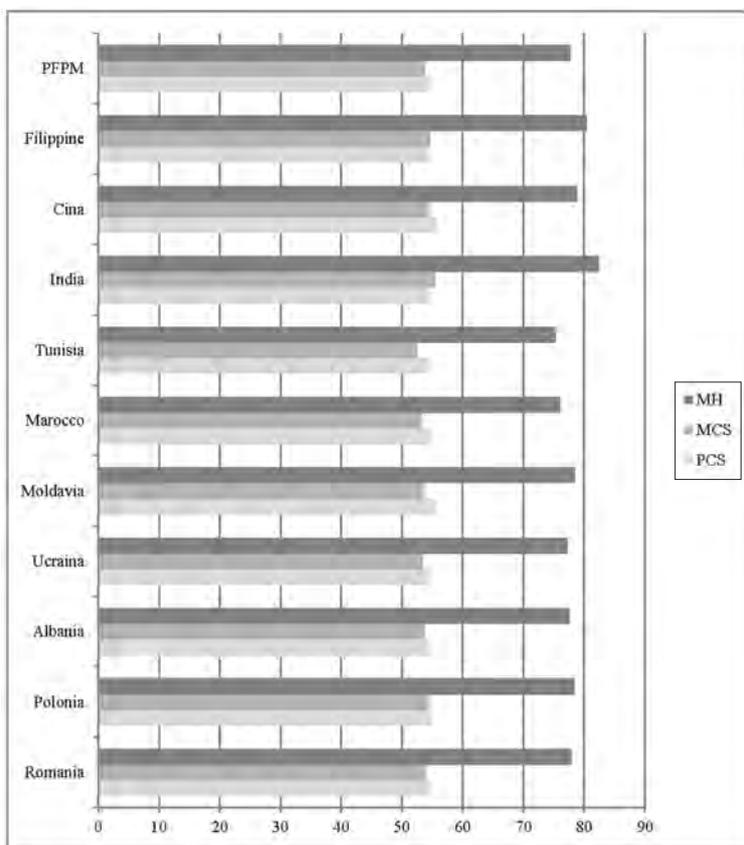
Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

Grafico 2 - *Indice di salute mentale (punteggi medi standardizzati) dei cittadini stranieri di età 14 anni ed oltre per genere e macroarea - Anni 2011-2012*



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

Grafico 3 - *Indice di stato fisico, Indice di stato psicologico e Indice di salute mentale (punteggi medi standardizzati) dei cittadini stranieri di età 14 anni ed oltre per cittadinanza - Anni 2011-2012*



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

Ricorso ai servizi sanitari di emergenza: Pronto Soccorso

Significato. Il ricorso al Pronto Soccorso tra i cittadini stranieri è stato rilevato con il quesito: “In Italia,

negli ultimi 3 mesi è andato/a al Pronto Soccorso?”

Tasso di cittadini stranieri/italiani che dichiarano di essere andati al Pronto Soccorso*

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani che dichiarano di essere andati al Pronto Soccorso negli ultimi 3 mesi	
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani	x 1.000

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati”.

Validità e limiti. Il ricorso al Pronto Soccorso, essendo misurato mediante un quesito retrospettivo posto all'intervistato, può essere influenzato dall'effetto del *recall bias* (l'interessato non ricorda) e dall'effetto *telescoping* (spostamento temporale di un evento: la persona percepisce un avvenimento recente come più remoto oppure un avvenimento lontano come più recente).

L'analisi per territorio è effettuata considerando la ripartizione di residenza, in quanto la dimensione campionaria non consente di scendere al dettaglio regionale.

I confronti con gli italiani sono fatti utilizzando i tassi standardizzati per età. La standardizzazione è effettuata con il metodo diretto e la popolazione standard di riferimento è la popolazione residente straniera al Censimento 2011.

Valore di riferimento/Benchmark. Il ricorso al Pronto Soccorso dei cittadini stranieri, standardizzato per età, viene confrontato con quello dei cittadini italiani rilevato nell'Indagine Istat “Aspetti della vita quotidiana”, anno 2012.

Descrizione dei risultati

Gli stranieri che sono ricorsi al Pronto Soccorso nei 3 mesi precedenti l'intervista sono stati 66 per 1.000 (67 per 1.000 negli uomini e 65 per 1.000 nelle donne). Considerando il tasso standardizzato per età, il valore

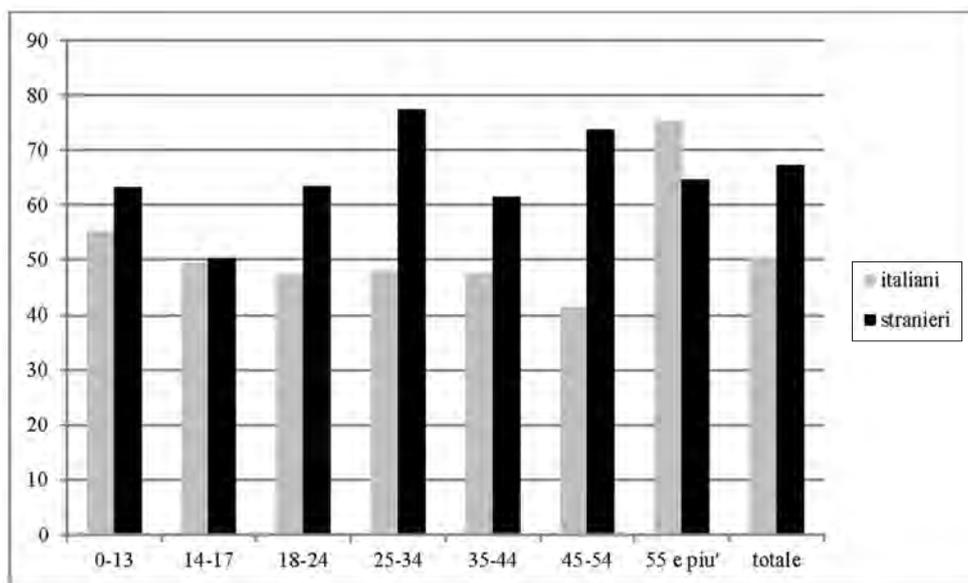
sale a 67,2 (per 1.000) contro un valore pari a 50,5 (per 1.000) tra gli italiani. Nella classe di età 25-34 anni il ricorso è più elevato e pari a 77,5 (per 1.000) (81,3 per 1.000 negli uomini e 74,2 per 1.000 nelle donne), mentre negli italiani è dopo i 55 anni che aumenta la quota di persone che si rivolge al Pronto Soccorso (Grafico 1).

Analogamente agli italiani, ricorrono di più al Pronto Soccorso i cittadini stranieri che risiedono nelle regioni del Nord, con un picco nel Nord-Ovest (85 per 1.000)

Negli uomini l'utilizzo del Pronto Soccorso è molto più elevato della media degli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) (68,0 per 1.000) per i tunisini (125,0 per 1.000), i marocchini (93,1 per 1.000) e gli albanesi (81,5 per 1.000). I tassi sono molto più elevati anche degli uomini con cittadinanza italiana (53 per 1.000).

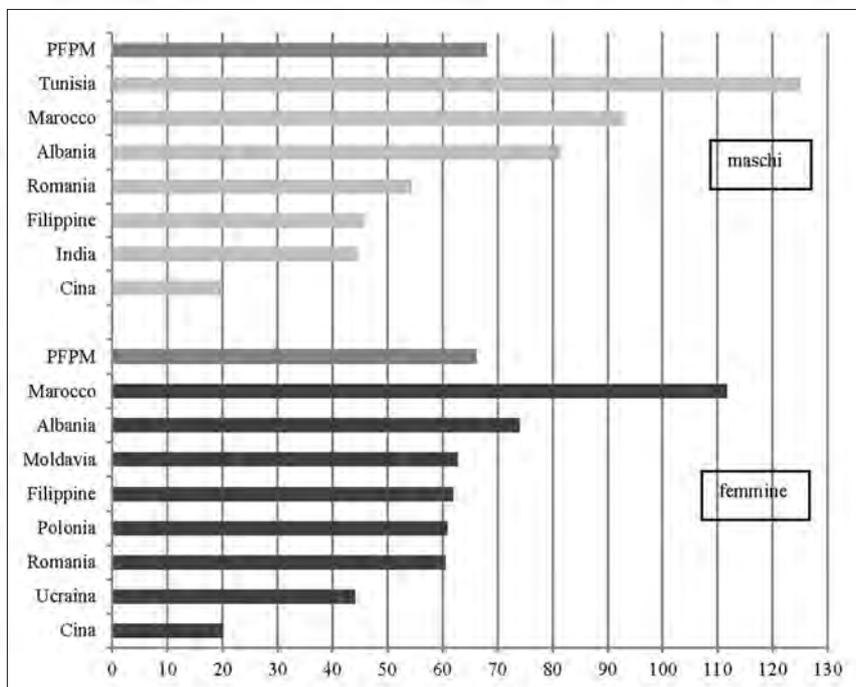
Nelle donne le maggiori utilizzatrici del Pronto Soccorso, rispetto alla media di quelle che provengono dai PFPM (66,2 per 1.000), sono le marocchine (111,6 per 1.000) e le albanesi (74,0 per 1.000). Tali valori sono significativamente più alti del valore stimato per le italiane (48 per 1.000). Al di sotto della media il ricorso al Pronto Soccorso per alcune comunità asiatiche, soprattutto per i cinesi che, in entrambi i generi, dichiarano di ricorrervi solo nel 20 per 1.000 circa dei casi (Grafico 2).

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di cittadini stranieri e italiani che sono ricorsi al Pronto Soccorso nei 3 mesi precedenti l'intervista per classe di età - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012 - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Grafico 2 - Tasso standardizzato (per 1.000) di cittadini stranieri che sono ricorsi al Pronto Soccorso nei 3 mesi precedenti l'intervista per genere e cittadinanza - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

Ricorso ai servizi sanitari di emergenza: Guardia Medica

Significato. Il ricorso alla Guardia Medica tra i cittadini stranieri è stato rilevato con il quesito: “In Italia,

negli ultimi 3 mesi si è rivolto/a alla Guardia Medica?”

*Tasso di cittadini stranieri/italiani che dichiarano di essersi rivolti alla Guardia Medica**

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani che dichiarano di essersi rivolti alla Guardia Medica negli ultimi 3 mesi	
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani	x 1.000

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati”.

Validità e limiti. Il ricorso alla Guardia Medica, essendo misurato mediante un quesito retrospettivo posto all’intervistato, può essere influenzato dall’effetto del *recall bias* (l’interessato non ricorda) e dall’effetto *telescoping* (spostamento temporale di un evento: la persona percepisce un avvenimento recente come più remoto oppure un avvenimento lontano come più recente).

L’analisi per territorio è effettuata considerando la ripartizione di residenza, in quanto la dimensione campionaria non consente di scendere al dettaglio regionale.

I confronti con gli italiani sono fatti utilizzando i tassi standardizzati per età. La standardizzazione è effettuata con il metodo diretto e la popolazione standard di riferimento è la popolazione residente straniera al Censimento 2011.

Valore di riferimento/Benchmark. Il ricorso alla Guardia Medica dei cittadini stranieri, standardizzato per età, viene confrontato con quello dei cittadini italiani rilevato nell’Indagine Istat “Aspetti della vita quotidiana”, anno 2012.

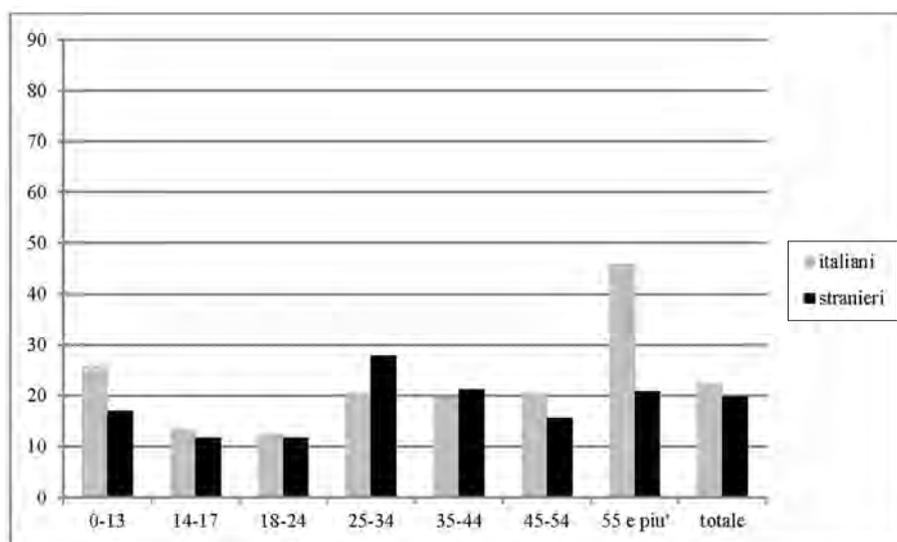
Descrizione dei risultati

Gli stranieri che sono ricorsi alla Guardia Medica nei 3 mesi precedenti l’intervista sono stati 21 per 1.000, senza differenze significative secondo il genere. Il tasso standardizzato per età è pari a 19,9 (per 1.000) ed è analogo al valore stimato per gli italiani (22,2 per 1.000). Come per il Pronto Soccorso, è tra i 25-34 anni che il ricorso è più elevato e pari a 27,8 (per 1.000) (27 per 1.000 negli uomini e 29 nelle donne), mentre negli italiani i tassi più elevati si registrano dopo i 55 anni (Grafico 1).

Analogamente agli italiani, ricorrono di più alla Guardia Medica i cittadini stranieri che risiedono nel Mezzogiorno (28 per 1.000). Pertanto, la geografia del ricorso al Pronto Soccorso e alla Guardia Medica riflette la distribuzione dell’offerta di questi servizi nel nostro Paese: la maggiore offerta di Guardia Medica nel Mezzogiorno fa sì che sia elevato il ricorso a questo tipo di servizio e più contenuto l’utilizzo del Pronto Soccorso.

Rispetto al totale degli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria, il cui ricorso alla Guardia Medica è pari a 19,8 per 1.000, i tassi standardizzati sono più elevati per gli uomini tunisini (31 per 1.000 *versus* 21 per 1.000 negli italiani) e le donne romene (25 per 1.000 *versus* 23 per 1.000 nelle italiane), mentre il servizio risulta quasi inutilizzato dai cinesi (2,6 per 1.000).

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di cittadini stranieri e italiani che sono ricorsi alla Guardia Medica nei 3 mesi precedenti l'intervista per classe di età - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012 - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

Consultorio Familiare

Significato. Il ricorso al Consultorio Familiare tra i cittadini stranieri è stato rilevato con il quesito: “In

Italia, negli ultimi 3 mesi si è rivolto/a al Consultorio Familiare?”

Tasso di cittadini stranieri che dichiarano di essersi rivolti al Consultorio Familiare*

Numeratore	Cittadini stranieri che dichiarano di essersi rivolti al Consultorio Familiare negli ultimi 3 mesi	
Denominatore	Cittadini stranieri	x 1.000

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati”.

Validità e limiti. Il ricorso al Consultorio Familiare, essendo misurato mediante un quesito retrospettivo posto all'intervistato, può essere influenzato dall'effetto del *recall bias* (l'interessato non ricorda) e dall'effetto *telescoping* (spostamento temporale di un evento: la persona percepisce un avvenimento recente come più remoto oppure un avvenimento lontano come più recente).

I tassi standardizzati per età sono calcolati con il metodo diretto e la popolazione standard di riferimento è la popolazione residente straniera al Censimento 2011.

Valore di riferimento/Benchmark. Attualmente, non si dispone di dati relativi al ricorso al Consultorio Familiare per i cittadini italiani. Pertanto, i confronti sono effettuati tra cittadinanze diverse considerando come valore di riferimento quello relativo al totale degli stranieri.

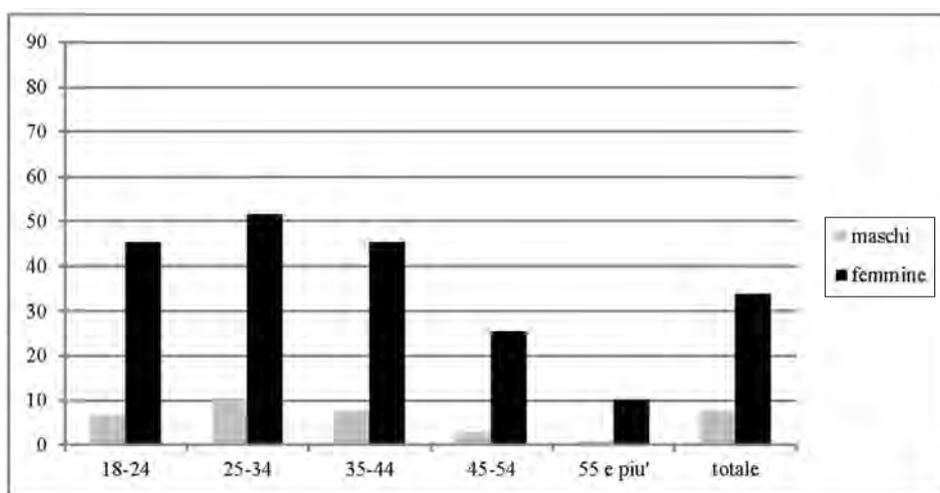
Descrizione dei risultati

Gli stranieri che sono ricorsi al Consultorio Familiare nei 3 mesi precedenti l'intervista sono stati 21,6 per 1.000.

Al servizio, notoriamente dedicato all'assistenza alla famiglia e alla maternità, si rivolgono più frequentemente le donne rispetto agli uomini (33,7 per 1.000 *versus* 7,8 per 1.000) ed il ricorso è maggiormente diffuso nell'età riproduttiva (18-44 anni) (Grafico 1).

Nel confronto tra nazionalità, si osserva che al consultorio ricorrono di più le donne di nazionalità polacca (52 per 1.000) o moldava (46,3 per 1.000), seguite al terzo posto dalle donne filippine (39,2 per 1.000), mentre solo 11 donne cinesi su 1.000 utilizzano i servizi offerti dai consultori.

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di cittadini stranieri che sono ricorsi al Consultorio Familiare nei 3 mesi precedenti l'intervista per classe di età e genere* - Anni 2011-2012



*Il totale è riferito al complesso dei cittadini stranieri e non ai cittadini stranieri di età 18 anni ed oltre.

Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

Barriere linguistiche per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari

Significato. Le difficoltà linguistiche nell'accesso ai servizi di cura sono state rilevate con due quesiti, in modo da tenere distinto, nell'ambito della comunicazione orale, sia l'aspetto dell'espressione che quello dell'ascolto nel momento della relazione con il personale medico.

Il primo aspetto è stato rilevato con il quesito "In Italia, andando da un medico (italiano) ti è capitato di avere difficoltà a spiegargli in italiano i tuoi sintomi o disturbi?", mentre il secondo con il quesito "In Italia, andando da un medico (italiano) ti è capitato di avere difficoltà a capire quello che ti diceva?".

Tasso di cittadini stranieri che, andando da un medico, dichiarano di avere difficoltà linguistiche*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre che, andando da un medico, dichiarano di avere difficoltà linguistiche

Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Come per gli altri indicatori basati su una valutazione soggettiva, il limite consiste nel fatto che può essere influenzato sia dalle caratteristiche individuali sia da aspetti culturali. Pertanto, nell'effettuare i confronti tra gruppi di popolazione con provenienze e storie di vita molto diverse, occorre tenere in considerazione che intervengono sia fattori legati alle condizioni oggettive della persona, che fattori soggettivi legati ad atteggiamenti frutto del contesto in cui si è nati e cresciuti.

Valore di riferimento/Benchmark. I confronti sono effettuati tra cittadinanze diverse considerando come valore di riferimento quello relativo al totale degli stranieri.

Descrizione dei risultati

Nell'accesso ai servizi sanitari, il limite dettato dalle barriere linguistiche può costituire un vero e proprio ostacolo per la popolazione straniera. Tra gli stranieri di 14 anni ed oltre, il 13,8% dichiara di avere difficoltà¹ nello spiegare in italiano i disturbi o i sintomi del proprio stato di salute al medico e il 14,9% riferisce di avere difficoltà a comprendere ciò che dice il medico; il problema è più accentuato per le donne (16,6% delle donne ha difficoltà ad esprimersi e il 17,3% a comprendere) che per gli uomini (12,7% degli uomini ha difficoltà ad esprimersi e il 14,3% a comprendere) e, con l'eccezione della classe 35-44 anni, tende a coinvolgere una quota sempre maggiore di persone con il crescere dell'età, arrivando ad essere un elemento ostativo per circa il 24,4% degli stranieri di 55 anni e oltre (26,4% sul piano della comprensione) (Grafico 1).

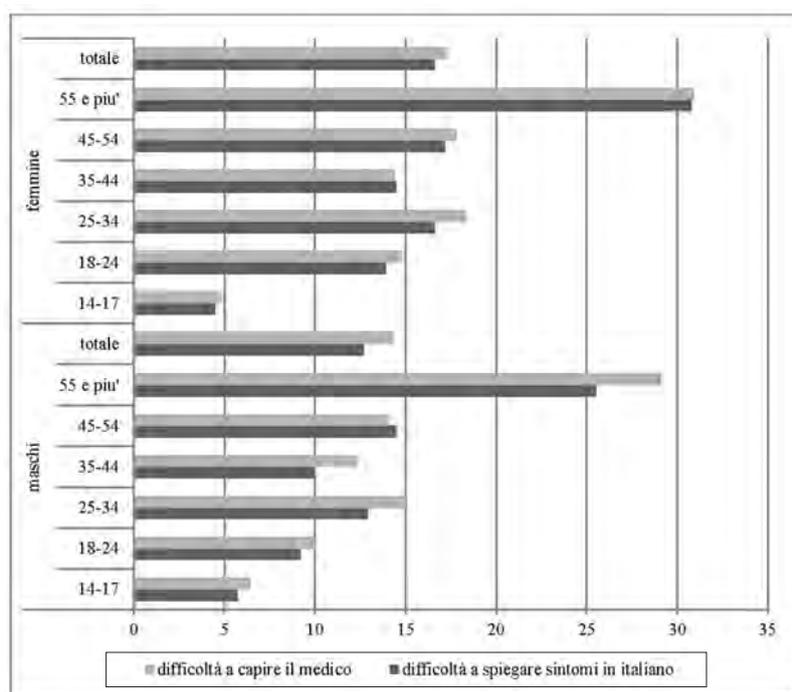
Le difficoltà ad esprimersi in italiano con i medici risultano decisamente contenute per i cittadini che provengono dalla Polonia (il 3,5% delle persone di 14 anni ed oltre), dalla Moldavia (4,4%) e dalla Romania (5,4%), mentre appaiono notevolmente più accentuate per quanti provengono dalla Cina (46,3%), dall'India (39,4%) e dalle Filippine (28,9%). Queste stesse comunità mostrano anche le difficoltà maggiori a comprendere quello che dice il medico (Grafico 2).

La quota di stranieri che sul piano linguistico trova difficoltoso relazionarsi con il personale medico è massima, e pari al 28,8%, tra quanti, arrivati dopo il 2008, si trovano in Italia da minor tempo e raggiunge il picco del 34,7% tra le donne. Le difficoltà si attenuano con il prolungarsi della permanenza in Italia, interessando il 18,5% degli stranieri arrivati tra il 2006 e il 2008 e il 12,1% di coloro che sono in Italia da almeno 7 anni. Va osservato, tuttavia, che, anche a distanza di più di 10 anni dall'ingresso in Italia, permane una quota pari al 10,7% di cittadini stranieri che incontra ancora difficoltà linguistiche con il personale medico.

Lo svantaggio linguistico nell'accesso ai servizi sanitari, inoltre, si osserva maggiormente tra gli stranieri più vulnerabili sul piano socio-economico interessando, infatti, circa un terzo degli stranieri di 25 anni ed oltre che hanno al più un titolo di studio elementare. Lo svantaggio derivante dal possesso di un basso titolo di studio è evidente in tutte le fasce di età, ma è particolarmente significativo tra gli adulti di 45 anni ed oltre, tra i quali la quota di chi ha difficoltà a relazionarsi in italiano con il medico raggiunge il 38,4%.

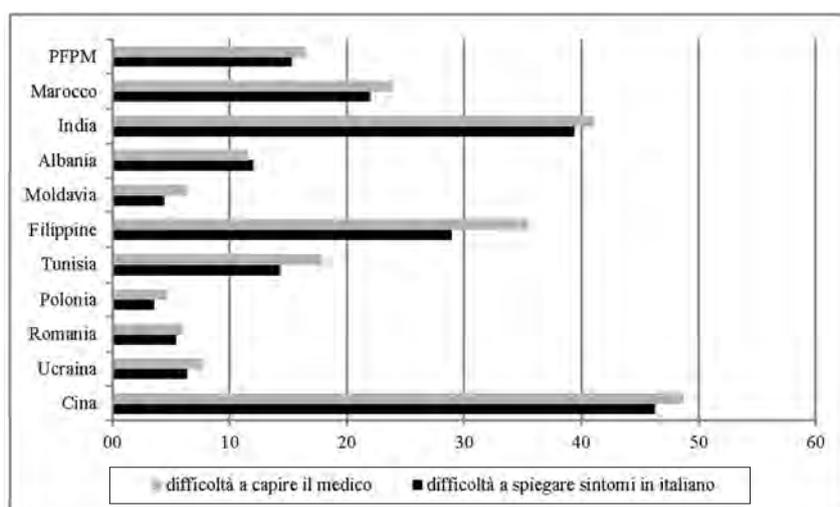
¹La difficoltà è ricavata considerando congiuntamente le risposte fornite alle modalità "molto" e "abbastanza" della scala ordinale usata nel modello di rilevazione.

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri che dichiarano di avere difficoltà linguistiche per classe di età e genere - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

Grafico 2 - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri di età 14 anni ed oltre che dichiarano di avere difficoltà linguistiche per cittadinanza - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

Barriere organizzative per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari

Significato. Le difficoltà organizzative nell'accesso ai servizi di cura sono state rilevate attraverso due quesiti: l'uno, che indaga le eventuali incompatibilità tra gli orari di accesso ai servizi e gli impegni familiari/personali ("In Italia, quando hai necessità di fare visite o esami medici hai difficoltà dovute a orari

incompatibili con i tuoi impegni familiari/personali (esclusi impegni di lavoro)?"), l'altro, finalizzato alle eventuali incompatibilità tra gli orari di accesso ai servizi e gli impegni di lavoro ("In Italia, quando hai necessità di fare visite o esami medici hai difficoltà dovute a orari incompatibili con il tuo lavoro?").

Tasso di cittadini stranieri che, per visite o esami medici, dichiarano di avere difficoltà organizzative*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre che, per visite o esami medici, dichiarano di avere difficoltà organizzative

Denominatore: Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

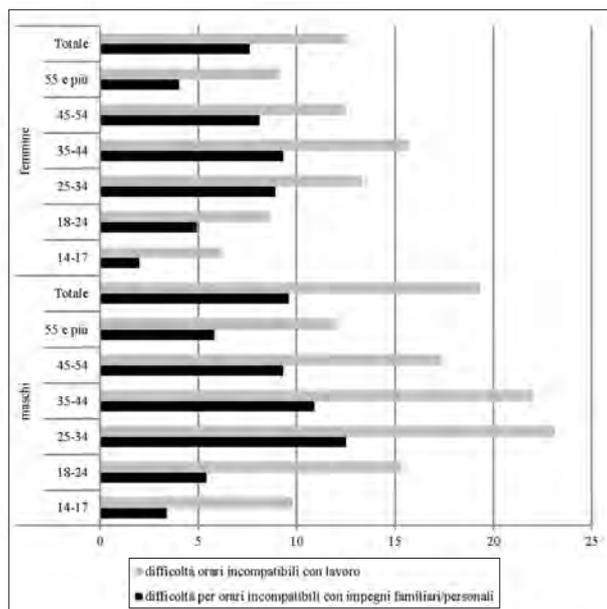
Validità e limiti. Essendo indicatori basati su una valutazione soggettiva, il limite consiste nel fatto che può essere influenzato sia dalle caratteristiche individuali sia da aspetti culturali. Pertanto nell'effettuare i confronti tra gruppi di popolazione con provenienze e storie di vita molto diverse, occorre tenere in considerazione che intervengono sia fattori legati alle condizioni oggettive della persona, che fattori soggettivi legati ad atteggiamenti frutto del contesto in cui si è nati e cresciuti.

Valore di riferimento/Benchmark. I confronti sono effettuati tra cittadinanze diverse considerando come valore di riferimento quello relativo al totale degli stranieri.

Descrizione dei risultati

L'8,6% degli stranieri di 14 anni ed oltre ha dichiarato di avere delle difficoltà nel fare visite o esami medici per gli orari incompatibili con gli impegni familiari e personali, aspetto questo che riguarda di più gli uomini (9,6%), in particolare tra i 25-34 anni (12,5%). Ancor più degli impegni personali sono quelli di lavoro a costituire una barriera di accesso alle cure sanitarie: il 16% degli stranieri di 14 anni ed oltre, infatti, ha dichiarato che effettuare visite o esami medici è incompatibile con gli orari di lavoro e questo si presenta di più per gli uomini (19,3%) che per le donne (12,6%) e soprattutto nelle fascia di età 25-34 anni (Grafico 1).

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri che dichiarano di avere difficoltà organizzative nell'accesso ai servizi sanitari per classe di età e genere - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

Barriere burocratiche amministrative per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari

Significato. Le difficoltà burocratiche amministrative nell'accesso ai servizi di cura sono state rilevate attraverso il quesito "In Italia, quando hai necessità di fare

visite o esami medici hai difficoltà a svolgere le pratiche amministrative/burocratiche?".

Tasso di cittadini stranieri che, per visite o esami medici, dichiarano di avere difficoltà amministrative/burocratiche*

Numeratore $\frac{\text{Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre che, per visite o esami medici, dichiarano di avere difficoltà amministrative/burocratiche}}{\text{Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre}} \times 100$

Denominatore

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Essendo l'indicatore basato su una valutazione soggettiva, il limite consiste nel fatto che può essere influenzato sia dalle caratteristiche individuali sia da aspetti culturali. Pertanto, nell'effettuare i confronti tra gruppi di popolazione con provenienze e storie di vita molto diverse, occorre tenere in considerazione che intervengono sia fattori legati alle condizioni oggettive della persona, che fattori soggettivi legati ad atteggiamenti frutto del contesto in cui si è nati e cresciuti.

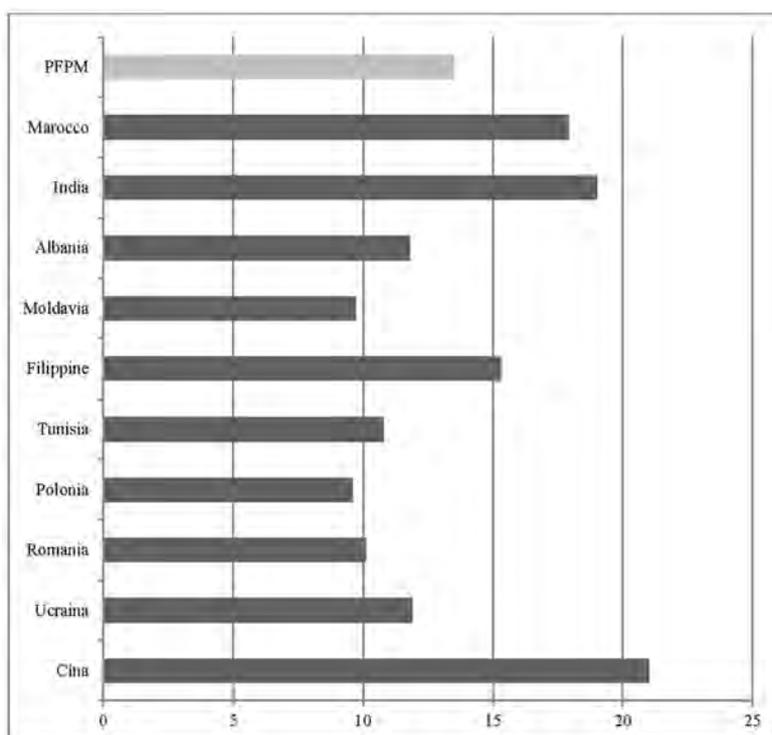
Valore di riferimento/Benchmark. I confronti sono effettuati tra cittadinanze diverse considerando come

valore di riferimento quello relativo al totale degli stranieri.

Descrizione dei risultati

Circa il 13% degli stranieri di 14 anni ed oltre ha dichiarato di aver avuto delle difficoltà nello svolgimento delle pratiche amministrative e burocratiche necessarie per accedere a prestazioni mediche. In questo caso maggiori difficoltà si registrano per la comunità cinese (21,0%), indiana (19,0%), marocchina (17,9%) e filippina (15,3%). Questo tipo di difficoltà è più accentuato per gli stranieri che risiedono nel Mezzogiorno (19,4%) (Grafico 1).

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri di età 14 anni ed oltre che dichiarano di avere difficoltà amministrative e burocratiche nell'accesso ai servizi sanitari per cittadinanza - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indagine sui cittadini stranieri condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), costituisce una importante opportunità per mettere in luce le caratteristiche specifiche e individuare i bisogni di salute della popolazione immigrata.

I risultati confermano che, allo stato attuale, i cittadini stranieri sono un collettivo "selezionato" sia rispetto al Paese di origine, sia rispetto agli italiani: sono mediamente giovani e in buona salute ("effetto migrante sano") e anche eliminando il vantaggio derivante dalla struttura per età più giovane (confrontando i tassi standardizzati), gli indicatori di salute percepita confermano migliori condizioni di salute rispetto agli italiani. Il sistema sanitario deve, quindi, agire per preservare questo patrimonio di salute ed evitare che il processo di integrazione della popolazione straniera si accompagni al peggioramento delle condizioni epidemiologiche.

Sul fronte dell'accesso ai servizi, la fruibilità delle prestazioni rappresenta un elemento fondamentale per il mantenimento ed il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati. La popolazione immigrata si trova, infatti, spesso di fronte ad ostacoli di natura linguistica e burocratica che possono rendere questa popolazione altamente vulnerabile, intralciare i percor-

si sanitari e favorire l'insorgenza di complicanze connesse alle malattie. Per i servizi sanitari di emergenza analizzati (Pronto Soccorso e Guardia Medica), il ricorso da parte della popolazione non è più basso di quello registrato per i cittadini italiani. Tuttavia, si sono evidenziate delle differenze significative per alcune cittadinanze, differenze che meritano ulteriori approfondimenti al fine di capire, ad esempio, se un elevato ricorso al Pronto Soccorso dipenda da una carenza, in termini di offerta o di accessibilità, di altri servizi (medicina di base e servizi territoriali) o se lo scarso ricorso ai servizi sanitari considerati dipenda da una incapacità del sistema sanitario di intercettare e farsi carico dei bisogni di salute di alcune nazionalità. Pertanto, l'approfondimento di queste tematiche può fornire indicazioni importanti per interventi mirati a migliorare le condizioni di salute e l'accessibilità ai servizi da parte della popolazione immigrata.

Riferimenti bibliografici

(1) G Apolone, P Mosconi, L Quattrococchi, E A L Gianicolo, N Groth e John E. Ware J, Questionario sullo stato di salute Sf-12. Versione Italiana. Guerini e Associati Editore, Milano, 2001. Disponibile sul sito: <http://crc.marionegri.it/qdv>.

Politiche sanitarie in materia di salute degli immigrati

Lo scorso anno, nell'introduzione al Capitolo sulla Salute degli Immigrati (Rapporto Osservasalute 2012, pagg. 203-204), avevamo annunciato, con una certa enfasi (e molta soddisfazione), l'approvazione in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA, del documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane": un Accordo di grande spessore e lungimiranza, siglato il 20 dicembre 2012 (prot. n. 255/CSR) e pubblicato in Gazzetta Ufficiale S.O. n. 32 del 7 febbraio 2013. Concludevamo l'introduzione con l'auspicio che tale Accordo potesse essere "uno strumento prezioso per un'azione di *advocacy*: perché nessuno sia escluso dai percorsi assistenziali, in un'ottica di equità e giustizia sociale ed a garanzia di una salute senza esclusioni".

Purtroppo, il 2013 non si è dimostrato all'altezza delle aspettative e le buone premesse con cui era iniziato non sono state mantenute. Non solo l'Accordo, come vedremo, ha avuto vita difficile in fase di implementazione, ma l'anno è stato costellato di situazioni altamente problematiche che hanno evidenziato la grande debolezza delle politiche per l'immigrazione nel nostro Paese e l'approccio sterilmente ideologico con cui spesso viene affrontato un fenomeno sociale di così vasta portata.

Il primo semestre del 2013 ha visto come protagonista il "minore straniero", che si è imposto all'attenzione dell'opinione pubblica nazionale per una serie di eventi politici e tecnici: da una parte il confronto sulla cittadinanza e dall'altra, in ambito sanitario, la possibilità di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i figli di immigrati irregolari. Sulla prima questione, si è sviluppato un dibattito politico acceso, fortemente connotato ideologicamente, ma a nostro avviso del tutto ingiustificato, vista l'assoluta "necessità" del Paese di avere "nuovi italiani" e futuri cittadini pienamente inseriti (a questo proposito sono state depositate in Parlamento 14 proposte per modificare l'attuale legge sulla cittadinanza, a riprova del grande interesse, ma anche di un visibile disaccordo tra le parti). La seconda questione ha fatto emergere una voglia di contrapposizione politica anche su aspetti apparentemente scontati (si tratta di tutelare la salute di bambini!). All'inizio di luglio 2013, la Regione Lombardia ha bocciato la proposta (che in realtà "proposta" non è, dato che c'è un Accordo recepito e sottoscritto) di estendere il pediatra anche ai figli degli immigrati irregolari. Questo ha provocato forti polemiche, facendo anche emergere una grande ignoranza sia in ambito normativo (ritorna nuovamente in auge la volontà di denunciare gli immigrati ritenendo, a torto, tutto ciò possibile) sia scientifico-organizzativo (la tutela della salute dei più piccoli demandata ai servizi di Pronto Soccorso degli ospedali).

La seconda parte dell'anno è stata segnata da alcune tragedie (di fatto "annunciate" dalle cronache passate) a largo di Lampedusa e delle coste siciliane, con svariate centinaia di immigrati morti nel tentativo di trovare protezione in Occidente (in gran parte erano richiedenti asilo), e da uno sconvolgente *reportage* su come gli immigrati vengono trattati proprio nel Centro di primo soccorso e accoglienza di Lampedusa. Poco prima, avevamo registrato il caso di suicidio presso uno dei Centri per Richiedenti Asilo più importanti d'Italia e le numerose proteste di immigrati e rifugiati.

Di quali "determinanti sociali" della salute vogliamo parlare, se non di questi: diritti, accoglienza, coesione sociale, appartenenza comunitaria, salute in tutte le politiche? In questa logica andrebbe letto l'Accordo dello scorso anno, che ha voluto uniformare le interpretazioni (fornendo quella autentica) delle norme per l'accesso ai servizi sanitari, affinché almeno in questo campo non vi fosse arbitrarietà, confusione o discriminazione nel diritto alla tutela sanitaria dei migranti.

Per capirne la portata, è forse necessario ripercorre schematicamente la storia che ha avuto il riconoscimento di tale diritto nel nostro Paese.

L'assistenza agli immigrati

Per lungo tempo, in Italia, il tema dell'assistenza sanitaria agli stranieri è stato regolato da un numero impressionante di norme, aventi diverso peso specifico. Con l'emanazione, nel marzo del 1998, della Legge n. 40 (poi confluita nel D. Lgs. n. 286 del luglio 1998, dal titolo: "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"), si è voluto finalmente dare un ordine e un'impostazione stabile e chiara al tema del diritto all'assistenza sanitaria in favore degli immigrati nel nostro Paese. I principi e le disposizioni contenute in questo decreto hanno trovato poi maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico (DPR n. 394 del 31 agosto 1999). Ulteriori chiarimenti sono stati, infine, forniti dalla Circolare del Ministero della Sanità n. 5, datata 24 marzo 2000.

Obiettivo dichiarato di questa impostazione politico-normativa, è stato di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema dei diritti e dei doveri relativi all'assistenza sanitaria, a

parità di condizioni e opportunità con il cittadino italiano: da un lato, sono stati così rimossi alcuni requisiti che nel passato avevano ostacolato l'accesso ai servizi (la residenza anagrafica, il limite temporale dell'iscrizione al SSN collegato alla scadenza del permesso di soggiorno, le aliquote diversificate per tale iscrizione etc.); dall'altro, sono stati introdotti principi di equità (obbligatorietà dell'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti etc.). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche agli immigrati presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità, garantendo loro, oltre alle cure urgenti, anche quelle essenziali e continuative, ed i programmi di medicina preventiva.

La modifica del titolo V della Costituzione

La Legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 dal titolo "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", per effetto dell'art. 117, ha dato alle Regioni e alle PA il potere di definire delle norme sul tema della salute di tutti i residenti e, quindi, anche degli immigrati, mentre l'immigrazione è rimasta tra le materie su cui lo Stato esercita piena potestà legislativa. La tematica "salute e immigrazione" appare, dunque, ambiguamente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (quella dello Stato) e la legislazione "concorrente" (quella delle Regioni e delle PA), in ciò che abbiamo chiamato "il pendolo delle competenze e delle responsabilità". L'effetto della cosiddetta *devolution*, nell'ambito del complesso percorso del federalismo, attraverso l'articolazione dei diversi livelli istituzionali che animano il sistema salute, è la produzione di passaggi incerti di responsabilità che arrivano a mettere in crisi l'effettiva applicazione degli orientamenti sanitari, eludendo a volte lo stesso mandato istituzionale (come d'altronde può accadere verso gli stessi cittadini italiani). Lo Stato, in materia di sanità, assume il ruolo di garante dell'equità ma, all'atto pratico, succede che le numerose indicazioni normative sull'assistenza sanitaria agli immigrati da parte dei vari Ministeri, cui si aggiungono indicazioni regionali ed europee (quest'ultime recepite spesso con lentezza e in modo farraginoso), ingenerano confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie. Gli stessi Sistemi Sanitari Regionali (SSR) operano in modo assai difforme; questo porta a una progressiva diversificazione delle scelte e spesso, specie per i gruppi più vulnerabili come gli immigrati, a una deroga dai Livelli Essenziali di Assistenza e dal principio di equità, ispiratore del SSN.

L'ingresso nell'Unione Europea di Romania e Bulgaria

Nel febbraio 2007 l'Italia, con il D. Lgs. n. 30 del 2007, ha recepito la Direttiva Europea 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione Europea (UE) e dei loro familiari di circolare e soggiornare liberamente sul territorio degli Stati membri. L'intempestività del provvedimento, che è arrivato ben 3 anni dopo l'emanazione europea, e il concomitante ingresso nell'UE di Romania e Bulgaria (1° gennaio 2007), hanno creato notevole confusione e discrezionalità proprio in ambito sanitario. Non solo nell'immediato sono state escluse dalla tutela decine di migliaia di cittadini "neo-comunitari" che non potevano assolvere alle condizioni richieste per ottenere l'assistenza sanitaria (possessione della Tessera Europea Assicurazione Malattia o lavoro regolare e/o residenza anagrafica), ma le indicazioni date in seguito centralmente sono state poco chiare e in alcuni casi contraddittorie (Circolari del Ministero della Salute del 3 agosto 2007, del 19 febbraio 2008, del 24 luglio 2009 e altre 11 in poco più di un anno). Per tale motivo le Regioni, in modo non coordinato, hanno approntato risposte molto diverse non solo nelle procedure, ma anche nel merito di possibili livelli assistenziali, con particolare riferimento alle persone in condizione di fragilità sociale ed economica.

Le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nelle politiche locali

Il "pendolo di competenze e responsabilità" citato in precedenza, e vissuto in particolare nell'assistenza ai comunitari, è un fattore di rischio in grado di generare disuguaglianze sia nell'accesso ai servizi che nel profilo di salute della popolazione immigrata su base territoriale. Per questo, già dal 1995 e più strutturalmente dal 1998, l'area sanitaria della Caritas di Roma ha istituito un "Osservatorio sulle politiche locali per l'assistenza sanitaria agli stranieri" che ha prodotto specifiche ricerche e periodici Rapporti¹, l'ultimo dei quali pubblicato alla fine del 2010 nell'ambito di un progetto coordinato dell'Istituto Superiore di Sanità. Tale ricerca ha cercato di descrivere la variabilità territoriale, raccogliendo ed esaminando complessivamente oltre 700 atti emanati dal 1995 alla metà del 2010². Questi sono stati analizzati ricorrendo a una specifica metodologia, attraverso l'identificazione e la combinazione di indicatori chiave che caratterizzano le politiche sanitarie (emanazione di Linee Guida; presenza di osservatori per una costante analisi del bisogno; interventi orientati di prevenzione e promozione della salute; offerte di formazione dedicata; percorsi di mediazione linguistica e di aumento delle competenze culturali del sistema; assistenza agli immigrati irregolari e pianificazione di interventi ai cittadini comunitari in condizione di

¹Disponibile sul sito: <http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/salute-di-carta-1996.pdf> e <http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/politiche-regionali-02.pdf>.

²Disponibile sul sito: <http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/DIRITTO ALLA SALUTE.pdf>.

fragilità sociale). Ciò ha permesso di comporre due indici sintetici che rappresentano il livello di avanzamento e di impatto delle politiche sulla popolazione di riferimento, evidenziando una oggettiva difformità ed evidenti disuguaglianze nell'offerta di servizi e prestazioni³. Contemporaneamente, una ricerca portata avanti dalla Regione Marche, sulla risposta dei sistemi sanitari locali in rapporto alla garanzia dei servizi di primo livello per immigrati in condizione di irregolarità giuridica, ha mostrato un'analogha preoccupante difformità di applicazione delle norme esistenti⁴.

Una rete di reti

Per affrontare tali problematiche è necessario mettersi in rete, creare collegamenti tra le varie realtà regionali e i relativi SSR. Pertanto, nel 2008, su iniziativa della Regione Marche, è stato istituito, in sede di Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, il Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e servizi sanitari". Il Tavolo ha voluto costituire una forma stabile di confronto e collaborazione tra Regioni e PA e di concertazione tra le stesse e il livello nazionale sui temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria⁵.

Al Tavolo partecipano tecnici degli Assessorati alla salute delle Regioni, rappresentanti del Ministero della Salute ed esperti accreditati in materia di salute e immigrazione. Attraverso la consulenza tecnica della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, e grazie alla sua vasta rete di contatti con operatori impegnati in prima persona in gran parte delle Regioni e PA italiane, c'è stata la possibilità di evidenziare le criticità del sistema di accesso ai servizi, le problematiche in ambito normativo e organizzativo e le soluzioni particolarmente efficaci. Si concretizza, così, una rete istituzionale collegata con altre reti, che rappresenta un'opportunità unica per condividere competenze/proposte tecniche presenti in sede istituzionale, ma anche maturate sul campo da parte degli operatori. In questo modo, a partire da esigenze concrete, il Tavolo opera per creare sinergie positive, è aperto a contributi esterni, raccoglie segnalazioni, suggerimenti, pratiche e norme e svolge telematicamente e telefonicamente un'attività di supporto/consultazione per gli operatori delle Regioni.

L'Accordo e la sfida dell'implementazione

Il documento oggetto dell'Accordo sopra citato è frutto di quasi 2 anni di confronto e approfondimento nell'ambito del Tavolo tecnico e di circa 1 anno di lavoro con il Ministero della Salute ed altri gruppi tecnici. Il documento approvato è, quindi, uno strumento tecnico-operativo condiviso, unico elaborato ad oggi disponibile a livello di tutte le Regioni e PA, per guidare alla corretta e omogenea applicazione della normativa nazionale e comunitaria, a tutela della salute di tutte le persone straniere presenti in Italia. Rimandiamo a contributi tecnici l'analisi dettagliata dei contenuti del documento⁶, ma vogliamo qui ricordare come tale Accordo, pur non essendo una nuova Legge, è cogente sul piano interpretativo delle norme esistenti e in questo senso taluni aspetti sono già applicati da alcune regioni.

Ecco, a nostro avviso, i passaggi più interessanti ed innovativi:

- iscrizione obbligatoria al SSN per i minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno;
- iscrizione obbligatoria al SSN dei regolarizzandi;
- iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo permesso di soggiorno per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione sanitaria obbligatoria;
- iscrizione volontaria al SSN per gli ultra 65enni, con le tariffe attuali;
- garanzia agli immigrati Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo, fino alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti;
- rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure;
- definizione del codice di esenzione X01 per gli STP;
- iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani;
- iscrizione volontaria per i comunitari residenti;
- iscrizione volontaria per studenti comunitari con il solo domicilio;
- equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI (Europeo Non Iscritto);
- proposta di estensione del tesserino/codice ENI nelle regioni/province che non lo hanno ancora previsto.

Il modello di rete istituzionale proposta dal Tavolo, in rete con le reti per la salute degli immigrati, può diventare un *network* stabile e si offre alle Regioni e PA e al Ministero della Salute come punto di riferimento per

³Disponibile sul sito: <http://www.saluteinternazionale.info/2011/04/1a-salute-degli-immigrati-nelle-politiche-sanitarie-regionali>.

⁴Disponibile sul sito: http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/report_serviziSanitariImmigrati2008.pdf.

⁵Carletti P., Geraci S.: Una rete istituzionale nella rete per la salute degli immigrati. In Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni, Atti dell'XII Congresso Nazionale SIMM. Pendargon, Bologna, 2012; 142: 146.

⁶Non possiamo dimenticare come alcune linee interpretative del documento proposto siano state ridimensionate nei vari "passaggi istituzionali", anche se ciò nulla toglie all'importanza dell'Accordo e alla metodologia che l'ha prodotto.

la programmazione locale e nazionale e come strumento di *governance* che, in una realtà sempre più articolata e complessa, appare oramai irrinunciabile.

Tuttavia, nella seconda parte dell'anno 2013, il Tavolo non è stato più convocato e in qualche modo è stato messo in discussione l'importante lavoro fino ad oggi svolto, creando incertezze nelle Regioni che devono applicare l'Accordo. Non sorprende che al momento della consegna in redazione del presente lavoro⁷, solo 7 regioni (Lazio, Campania, Puglia, Liguria, Calabria, Friuli Venezia Giulia e Sicilia) e 1 PA (Trento) si sono "allineate" formalmente all'Accordo, anche se permane per tutte l'incertezza della procedura amministrativa atta a garantire l'iscrizione obbligatoria al SSN dei minori figli di immigrati irregolari. La Regione Lombardia dopo aver dichiarato di non voler assistere i minori "irregolari" attraverso il Pediatra di Libera Scelta (PLS), anche a seguito di una causa per discriminazione intentata da alcune associazioni, ha previsto nelle "Regole di gestione del servizio socio-sanitario" una sperimentazione di 3 anni, in modo da assicurare l'iscrizione al SSR a tutti i soggetti minorenni indipendentemente dallo *status* giuridico, e con una circolare pubblicata all'inizio del 2014 ha riconosciuto la possibilità di accesso al PLS ai "minori stranieri irregolari, di qualunque nazionalità" fino a 14 anni; sempre per tale fascia di popolazione (minori fino a 14 anni), la Regione Emilia-Romagna, pur non avendo formalmente ancora recepito l'Accordo, ha previsto l'iscrizione al SSR e l'assegnazione del pediatra. Infine, la Regione Sicilia ha predisposto (e sono in fase di pubblicazione) indicazioni operative per garantire tale percorso assistenziale.

Appare irrinunciabile monitorare l'applicazione dell'Accordo e ciò viene fatto da parte delle realtà locali (Gruppi Immigrazione e Salute) della Società Italiana di Medicina della Migrazione, utilizzando i 10 indicatori che hanno mostrato le maggiori criticità (Tabella 1 e Tabella 2). Questo per non perdere, in questo momento caratterizzato da tante incertezze sul piano economico e organizzativo, un'occasione di coesione e di attenzione a una parte significativa della popolazione.

⁷23 dicembre 2013. Un monitoraggio aggiornato del livello di recepimento ed applicazione dell'accordo è disponibile sul sito: <http://www.simmweb.it/index.php?id=397>.

Tabella 1 - Indicatori per il monitoraggio dell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2010

Tipo indicatore	Definizione dell'indicatore	Descrizione dell'indicatore (Esistono atti formali/procedure regionali che sanciscono l'applicazione di quanto definito nell'Accordo, stabilendo le modalità attraverso cui...)	Riferimenti nell'Accordo Stato-Regioni
Accessibilità	Iscrizione obbligatoria al SSR dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno dei genitori	...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 (abbiamo considerato la possibilità di avere il Pediatra di libera scelta)	Punto 1.1.1 dell'allegato
Accessibilità	Iscrizione obbligatoria al SSR dei regolarizzandi	...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	Punto 1.1.1 dell'allegato
Accessibilità	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	...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 ed ancora non lo hanno ricevuto, ma sono in possesso della documentazione attestante l'avvenuta richiesta del permesso di soggiorno	Punto 1.1.1 dell'allegato e "note generali per gli stranieri non comunitari regolarmente soggiornanti"
Accessibilità	Iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali	...garantire alle persone con 65 anni ed 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	Punto 1.1.2 dell'allegato
Fruttilità	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	...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	Punto 2.1 dell'allegato
Accessibilità	Rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure	...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	Punto 1.2.1 dell'allegato
Fruttilità	Definizione del codice di esenzione X01 per gli STP	...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	Punto 1.2.1 dell'allegato, in particolare "partecipazione" alla spesa (ticket)

Fonte: Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) - Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS). Anno 2013.

Tabella 1 - (segue) *Indicatori per il monitoraggio dell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2010*

Tipo indicatore	Definizione dell'indicatore	Descrizione dell'indicatore <i>(Esistono atti formali/procedure regionali che sanciscono l'applicazione di quanto definito nell'Accordo, stabilendo le modalità attraverso cui...)</i>	Riferimenti nell'Accordo Stato-Regioni
Accessibilità	Iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani	... 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	Punto 2.1 dell'allegato
Fruttabilità	Iscrizione volontaria per i comunitari residenti	...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	Punto 2.1 dell'allegato
Accessibilità/ Fruttabilità	Equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI	...garantire alle persone appartenenti all'UE, non residenti in Italia, senza requisiti per l'iscrizione obbligatoria e volontaria, privi di copertura sanitaria a carico dello Stato di provenienza ed 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	Punto 2.1 dell'allegato

Fonte: Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) - Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS), Anno 2013.

Tabella 2 - Elenco Indicatori

Regioni	ABR	BAS	CAL	CAM	E-R	FVG	LAZ	LIG	LOM	MAR	MOL	PIE	PUG	SAR	SIC	TOS	UMB	VDA	VEN	BOL	TRE
Ratifica Accordo Dicembre 2012	No	No	Mag 2013	Mag-2013	Alcuni atti	Giù 2013	Mar 2013	Mag 2013	Alcuni atti	No	No	Atti precedenti	Mag 2013	No	Set 2013	Atti precedenti	No	Alcuni atti	No	No	Mar 2013
Indicatori																					
Iscrizione al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno (o Pediatra di Libera Scelta)	No	No	A	Si*	No	C	No	No	Si*	A	C	No	C	No	B	Si	Si	No	No	No	A
Iscrizione obbligatoria al SSN dei regolarizzandi	-	-	B	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	-	No	No	No	Si	Si	Si	-	Si	-	Si
Iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo pds per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN	-	-	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	-	Si	Si	No	Si	Si	Si	-	Si	-	Si
Iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali	-	-	B	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	-	Si	No	No	Si	Si	-	-	Si	-	Si
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	-	-	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	-	Si	Si	No	Si	Si	Si	-	Si	-	Si

A = in atto, disomogenea.

B = no, in fase di previsione.

C = prevista già prima dell'Accordo, ma non attuata.

- = non disponibile.

*Minori fino a 14 anni.

Fonte: Monitoraggio a cura della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) - Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS). Anno 2014.

Tabella 2 - (segue) Elenco Indicatori

Regioni	ABR	BAS	CAL	CAM	E-R	FVG	LAZ	LIG	LOM	MAR	MOL	PIE	PUG	SAR	SIC	TOS	UMB	VDA	VEN	BOL	TRE
Ratifica Accordo Dicembre 2012	No	No	Mag 2013	Mag 2013	Alcuni atti	Giu 2013	Mar 2013	Mag 2013	Alcuni atti	No	No	Atti precedenti	Mag 2013	No	Set 2013	Atti precedenti	No	Alcuni atti	No	No	Mar 2013
Indicatori																					
Rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure	-	-	Si	No	Si	No	Si	Si	No	Si	-	Si	No	No	Si	Si	Si	-	No	-	No
Definizione del codice di esenzione X01 per gli STP	-	-	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Si	-	Si	Si	No	Si	Si	Si	-	Si	-	No
Iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani	-	-	No	No	Si	Si	Si	No	No	Si	-	Si	No	No	Si	No	No	-	Si	-	No
Iscrizione volontaria per i comunitari residenti	-	-	B	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	-	Si	Si	No	Si	Si	No	-	No	-	Si
Equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI	-	-	B	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	-	Si	Si	No	Si	No	-	Si	Si	-	Si
Regioni con monitoraggio GrIS	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	Si

A = in atto, disomogenea.

B = no, in fase di previsione.

C = prevista già prima dell'Accordo, ma non attuata.

- = non disponibile.

*Minori fino a 14 anni

Fonte: Monitoraggio a cura della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) - Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS). Anno 2014.