



Rapporto

CEIS - Sanità 2005

Sette parole chiave del SSN

La pubblicazione del Rapporto CEIS-Sanità 2005 (III Edizione) è il risultato di una partnership pubblico/privato, che vede coinvolti, insieme al CEIS, alcuni soggetti privati che credono nell'importanza dell'iniziativa ed in particolare dell'opportunità di offrire un supporto di conoscenze aggiuntive ai policy maker e ai vari stakeholder del sistema sanitario. La possibilità di unire in modo sinergico diversi attori e le reciproche specializzazioni e competenze in un quadro coordinato di attività di ricerca ha rappresentato un importante contributo anche in vista dell'organizzazione nel 2008 del Convegno Europeo di Economia Sanitaria, affidato all'Università di Roma "Tor Vergata", che ha visto così riconosciuto il suo impegno di ricerca a livello internazionale.

In particolare, il Rapporto è stato ideato, progettato e realizzato in una doppia versione in italiano ed in inglese dai ricercatori del CEIS Sanità della Facoltà di Economia - Università di Roma "Tor Vergata", che hanno svolto indipendentemente la propria attività di ricerca, acquisendo preziosi contributi di esperti e studiosi italiani ed esteri.

La diffusione capillare del volume presso operatori ed esperti del settore sanitario è reso possibile dall'intervento della associazione di categoria delle imprese di assicurazione:

- ANIA

e di alcune aziende del settore farmaceutico ed in particolare:

- Boehringer Ingelheim Italia S.p.A.
- GlaxoSmithKline Italia S.p.A.
- Pfizer Italia S.r.L.

Per il terzo anno Italtel Edizioni ha curato gli aspetti editoriali e di comunicazione, affiancandosi agli uffici interni, e in particolare all'Area Comunicazione e Stampa della Facoltà di Economia, oltre che al personale amministrativo del CEIS.

Infine 4 Health Innovation ha coordinato le attività di supporto alla ricerca.

È stato largamente condiviso tra i partner che un maggiore approfondimento di alcune conoscenze tecniche nel dibattito possa giovare al sistema sanitario nel suo complesso, e che fosse quindi meritorio fornire un supporto indipendente e autorevole di conoscenze, a disposizione sia di chi ha responsabilità regolatorie, sia di chi del sistema vuole essere utente informato.



7.2 L'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari

Donia Sofio A., De Gaetano A.¹

7.2.1 Introduzione

Il diritto alla salute, come riconosce anche la nostra Costituzione, merita di essere posto tra i diritti fondamentali della persona e in quanto tale è degno di tutela e va riconosciuto a tutti i soggetti, a prescindere dalle loro caratteristiche personali, quindi anche a coloro che risiedono nel territorio dello Stato italiano senza essere in regola con la normativa in vigore. È il caso degli stranieri irregolari, cioè coloro che, entrati regolarmente, permangono nel territorio anche in seguito alla scadenza del permesso di soggiorno, e dei clandestini, ossia coloro che entrano nel territorio senza titolo alcuno e vi permangono.

Più controverso è sin dove questa tutela debba spingersi: cosa va garantito e cosa no? Questa domanda ha un senso in virtù della scarsità delle risorse, ossia dell'insufficienza delle stesse a garantire l'esecuzione di tutti i provvedimenti desiderabili, e assume una maggiore importanza in periodi di stagnazione economica, nei quali la carenza delle risorse a disposizione risulta evidentemente accentuata.

In un momento nel quale è molto vivo il dibattito, sia a livello politico che a livello della società civile, sul progressivo e veloce (troppo veloce secondo alcuni) sviluppo multirazziale della popolazione italiana e sui costi e benefici che tale mutamento comporta, ci è sembrato interessante provare a fare una verifica, anche se parziale, sull'ammontare di risorse che il limitato bilancio della sanità italiana impiega per assicurare assistenza sanitaria agli stranieri irregolari, a persone cioè che non contribuiscono, proprio perché lavoratori in nero, al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Il vero punto di svolta per garantire la copertura sanitaria a questa speciale categoria si è avuto in seguito all'emanazione della L. n. 39/90, meglio nota come "legge Martelli", che ha avviato politiche regionali sugli immigrati.

Gli Enti pubblici che per primi hanno attribuito diritti di assistenza sanitaria anche agli stranieri irregolari e clandestini sono stati la Regione Veneto e alcune Aziende Sanitarie Locali di città quali Bologna, Brescia e Roma.

In seguito, un ulteriore passo veniva compiuto con l'emanazione del DL n. 489/95, conosciuto anche come "decreto Dini", nel quale veniva affrontato per la prima volta il tema dell'assistenza sanitaria agli stranieri "temporaneamente" presenti, seguendo in buona sostanza l'indirizzo già dato da alcuni Enti locali negli anni precedenti.

Successivamente si è dovuto aspettare il 1998 per vedere l'introduzione di un complesso normativo di rilievo che è stato aperto dalla Legge n. 40/98.

¹ CEIS Sanità, *Facoltà di Economia, Università di Roma "Tor Vergata"*.

7.2.2 La previsione normativa in essere

L'assistenza sanitaria agli stranieri, anche nello specifico dei soggetti non regolarmente presenti nel territorio nazionale, è disciplinata dai tre provvedimenti che seguono:

- D.Lgs. n. 286/98 “*Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*” nel quale è confluita anche la L. n. 40/98 (d’ora in avanti definito TU);
- DPR n. 394/99 “*Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell’art. 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286*” (d’ora in avanti definito RA);
- Circolare n. 5/2000 “*Indicazioni applicative del decreto legislativo 25.7.1998, n. 286, ‘Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero’ – disposizioni in materia di assistenza sanitaria*” del Ministero della Salute.

Nell’art. 35 del TU viene preso in esame il caso degli stranieri non iscritti al SSN.

In esso si stabilisce che non sono tenuti al pagamento delle prestazioni sanitarie ricevute i soggetti muniti di modelli attestanti il diritto all’assistenza sanitaria, in base a trattati e accordi internazionali bilaterali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall’Italia con alcuni Paesi². I cittadini di tale provenienza potranno usufruire dell’assistenza gratuita, ferme restando le quote di partecipazione alla spesa, dietro presentazione del relativo modello che ne attesti il diritto.

In secondo luogo lo stesso articolo dispone che ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all’ingresso e al soggiorno, siano assicurate, presso presidi pubblici o accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali, ancorché continuative³, per malattia e infortunio e siano estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. In particolare si pone l’accento sulla tutela della gravidanza e della maternità, sulla tutela della salute del minore, sulle vaccinazioni, sugli interventi di profilassi internazionale, sulla diagnosi e cura delle malattie infettive.

Con riguardo ai pagamenti, qualora i richiedenti siano privi di risorse economiche sufficienti, le prestazioni saranno loro erogate senza oneri a carico, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Se si considera, come è facile immaginare, che all’interno della categoria immigrati è alta la percentuale di coloro che versano in difficoltà economiche, non di rado anche gravi, è chiaro l’intento di garanzia dei diritti fondamentali della persona che sta dietro il 4° comma dell’art. 35 del TU. Purtroppo, però, è un

² Si tratta di: Australia, Tunisia, Argentina, Brasile, San Marino, Capo Verde, Principato di Monaco, Croazia, Slovenia, Jugoslavia, Macedonia, Bosnia Erzegovina, Svizzera e quelli appartenenti all’Unione Europea.

³ Nella circolare ministeriale n. 5 del 2000 si chiarisce cosa debba intendersi per cure urgenti e cosa per cure essenziali: le prime sono quelle che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; le seconde sono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell’immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

dato di fatto che chi versa in tali condizioni in alcuni casi non possa coprire nemmeno le sole quote di partecipazione. Per questo nel 4° comma dell'art. 43 del RA si specifica che le somme dovute, comprese le quote di partecipazione stesse, in questi casi di estrema povertà sono a carico della USL, ovvero, se si tratta di prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, del Ministero dell'Interno. Si specifica inoltre che lo stato d'indigenza può essere attestato attraverso auto dichiarazione presentata all'Ente sanitario erogante. Le USL verranno poi rimborsate, come previsto dal TU, per mezzo del Fondo Sanitario Nazionale. Per agevolare la gestione e consentire l'operatività nei confronti dei soggetti irregolari, che sarebbe stata resa impossibile dalla loro condizione, l'art. 43 del RA nel 3° comma prevede l'utilizzo di un codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente). Si tratta di un codice identificativo composto dalla dicitura STP, dal codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio. È poi specificato nella norma: *"Il codice, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, identifica l'assistito per tutte le prestazioni di cui all'articolo 35, comma 3 del testo unico. Tale codice deve essere utilizzato anche per la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate ai fini del rimborso e la prescrizione, su ricettario regionale, di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con i cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate"*.

Precisa poi, l'art. 35 del TU al 5° comma, che: *"L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano"*. Si tutela così la sicurezza pubblica e la salute dell'immigrato evitando che si rinunci alle cure per paura di essere denunciati ed espulsi.

7.2.3 I fondi a copertura delle spese: normativa, dati e considerazioni

Oltre a stabilire la tutela delle cure essenziali a favore di coloro che sono presenti in Italia senza essere in regola con le norme di ingresso e soggiorno, la legge ha specificato con quali fondi vanno remunerate le strutture sanitarie che hanno prestato loro assistenza⁴. Qualora l'immigrato beneficiario delle prestazioni sanitarie versi in condizioni d'indigenza e non sia in grado di provvedere autonomamente al pagamento dovuto, l'incombenza a seconda delle specificità è a carico del Ministero della Salute o del Ministero dell'Interno. Si provvede tramite ricorso al Fondo Sanitario Nazionale per il rimborso di spese derivanti dall'erogazione di prestazioni ospedaliere ambulatoriali o in regime di ricovero, compreso il day hospital, rivolte: alla tutela della gravidanza e della maternità; alla salute dei minori; agli interventi di profilassi internazionale; alla cura delle malattie infettive.

In questo caso la USL interessata dovrà richiedere alla propria Regione il rimborso. Ciascuna Regione, infatti, dispone di una propria quota vincolata a tale scopo; tale quota risulta dalla ripartizione della somma stabilita annualmente a livello centrale e rientra nella categoria di quegli obiettivi che per legge vanno finanziati tramite FSN, la fissazione del suo ammontare avviene per mezzo di una delibera CIPE. Nella tabella 1 vengono esposti i relativi dati regionali per il periodo che va dal 1996 al 2002.

⁴ Le spese sanitarie dei centri di prima accoglienza godono di appositi finanziamenti qui non trattati.

Tabella 1 - Deliberazioni CIPE per finanziamento di interventi previsti dalla legge 40/1998, art. 33 (FSN Parte corrente)

Regione	Delibera 21.12.2001	Delibera 25.7.2003	Delibera 25.7.2003	Delibera 5.12.2003	Delibera 20.12.2004
	Anno 2000 £	Anno 2001 €	Anno 2002 €	Anno 2003 €	Anno 2004 €
Abruzzo	870.000.000	266.413,78	266.413,78	266.413,78	292.690,00
Basilicata	225.000.000	63.243,15	63.243,15	63.243,14	65.278,00
Calabria	891.000.000	337.273,45	337.273,45	337.273,45	448.634,00
Campania	3.146.000.000	2.015.199,81	2.015.199,81	2.015.199,81	2.382.015,00
Emilia R.	6.287.000.000	2.625.435,78	2.625.435,78	2.625.435,79	3.096.768,00
Lazio	10.441.000.000	5.655.279,82	5.655.279,82	5.655.279,83	5.542.931,00
Liguria	2.215.000.000	1.090.843,19	1.090.843,19	1.090.843,19	1.105.849,00
Lombardia	13.997.000.000	7.759.183,29	7.759.183,29	7.759.183,28	7.084.012,00
Marche	967.000.000	459.866,22	459.866,22	459.866,22	593.409,00
Molise	93.000.000	32.880,83	32.880,83	32.880,83	37.080,00
Piemonte	6.299.000.000	3.342.248,46	3.342.248,46	3.342.248,48	3.594.479,00
Puglia	1.471.000.000	778.030,02	778.030,02	778.030,01	483.580,00
Sardegna	246.000.000	161.089,78	161.089,78	161.089,78	69.197,00
Sicilia	1.240.000.000	435.902,15	435.902,15	435.902,15	173.375,00
Toscana	6.340.000.000	2.802.466,21	2.802.466,21	2.802.466,21	2.601.726,00
Umbria	1.402.000.000	714.249,93	714.249,93	714.249,92	800.233,00
Veneto	3.869.000.000	2.447.808,08	2.447.808,08	2.447.808,08	2.618.744,00
Italia	59.999.000.000	30.987.413,95	30.987.413,95	30.987.413,95	30.990.000

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze

Si procede, invece, tramite finanziamento a carico del Ministero dell'Interno nel caso in cui l'onere derivi da prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali, per malattia e infortunio; quelle urgenti vengono erogate per mezzo del pronto soccorso e quelle essenziali, ancorché continuative, vengono erogate in regime di ricovero, compreso quello diurno, o in via ambulatoriale. Nella seguente tabella sono riportati i relativi stanziamenti a partire dal 1995.

Tabella 2 - Stanziamenti del Ministero degli Interni a copertura delle spese in base all'articolo 35 del TU

Anno	Valuta	Stanziamento	Integrazione	Totale
1995	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1996	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1997	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1998	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1999	£	12.000.000.000	10.000.000.000	22.000.000.000
2000	£	12.000.000.000	13.000.000.000	25.000.000.000
2001	£	12.000.000.000	13.000.000.000	25.000.000.000
2002	€	6.197.483	6.713.940	12.911.423
2003	€	6.197.483	38.296.230 ⁵	44.493.713
2004	€	6.197.483	52.637.267 ⁶	58.834.750

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero degli Interni

⁵ Tale cifra comprende circa 29 milioni di euro girati da un altro capitolo di spesa.

⁶ Anche nel 2004 si è avuta una variazione pari a circa 42 milioni di euro provenienti da altri capitoli.

In entrambi i casi trattati, il rimborso avviene previa notifica delle USL al Ministero (tramite le Prefetture) o alla Regione di una prestazione, urgente o essenziale, erogata ad un soggetto che viene identificato mediante il codice regionale STP, con l'indicazione della diagnosi, dell'attestazione dell'urgenza o dell'essenzialità dell'intervento e della somma di cui si richiede il rimborso.

Non si può neanche omettere che i dati che giungono tramite le richieste di rimborso al Ministero e alle Regioni siano frequentemente imprecisi, almeno in parte, o in altri casi di difficile lettura, ciò anche a causa del fatto che vengono aggregati e solo successivamente inviati, oltretutto dopo essere passati attraverso tappe intermedie di dubbia utilità.

Sarebbe opportuno quindi valutare l'eventualità di rivedere il sistema di gestione dati e, se possibile, assegnare al personale appositamente preparato questo compito. Senza provvedimenti in questa direzione, la buona gestione delle risorse rischia altrimenti di rimanere un miraggio.

7.2.4 Flusso e presenze degli stranieri irregolari. Una fonte d'informazione indiretta: le regolarizzazioni

L'immigrazione irregolare è un fenomeno di ampia portata soprattutto in un Paese come l'Italia, in veste del suo duplice ruolo di meta ambita per persone in cerca di fortuna e di via di transito verso altre nazioni.

L'irregolarità può essere considerata sia come flusso, ossia come quantità di persone che entra nel territorio dello Stato in un dato periodo di tempo, sia come stock, ossia come numero di soggetti presenti in un dato momento senza autorizzazione. Entrambi i dati non sono di conoscenza comune, infatti per definizione si può ritenere l'immigrazione irregolare un fenomeno sommerso e difficilmente controllabile, del quale inevitabilmente non si possiedono informazioni precise. Tuttavia, periodicamente si effettuano delle stime, soprattutto sul numero dei soggiornanti (stock), a cura di soggetti diversi, talvolta anche ministeriali (come la stima fatta eseguire nel maggio del 1998 dal Ministero dell'Interno che suppose una presenza irregolare compresa tra le 250 mila e le 300 mila unità). Va considerato poi che, al di là delle stime più o meno attendibili che siano, si possono trarre informazioni interessanti su flussi e stock a partire da dati certi.

Prima di descriverne alcuni si ritiene opportuno ricordare che la categoria di coloro che entrano in modo irregolare in Italia racchiude in sé situazioni profondamente diverse tra loro: si va dal semplice soggetto che entra in Italia per cercare lavoro, a chi fugge dal proprio Paese e arriva da noi per chiedere asilo (che risulta tra gli irregolari solo sino al momento della richiesta di asilo), fino alle vittime del cosiddetto *trafficking*, bersagli del quale sono persone che vengono costrette a migrare clandestinamente per svolgere precise attività illegali nel Paese di destinazione. Di fronte a queste realtà appare evidente la necessità di utilizzare la massima cautela nello studio del fenomeno immigrazione e nelle considerazioni e decisioni che ne seguono.

I dati più interessanti per valutare le presenze irregolari in Italia sono sicuramente costituiti dai numeri delle regolarizzazioni. Ad oggi ne sono state poste in essere cinque più un primo provvedimento che, pur assimilabile, non può essere definito come tale. Ognuna di esse ha proprie caratteristiche che si riportano brevemente di seguito:

- il primo provvedimento, anomalo per le sue modalità di attuazione, che venne preso tramite due circolari del Ministero del Lavoro datate 2 marzo e 9 settembre 1982, era rivolto a soggetti entrati nel territorio entro il 1981, che prestavano continuativamente dal loro ingresso un'attività lavorativa e il cui datore di lavoro manifestava la disponibilità all'assunzione;
- la prima regolarizzazione vera e propria è stata disposta con L. n. 943/1986 e prevedeva la possibilità di ottenere l'autorizzazione al lavoro o l'iscrizione nelle liste di collocamento a chi vantava una posizione lavorativa pregressa; la scadenza per la presentazione delle domande, inizialmente fissata al 27 aprile 1987, è stata più volte prorogata fino al termine ultimo del 30 settembre 1988;
- la seconda regolarizzazione è stata il frutto della L. n. 39/1990, detta anche "legge Martelli", con la quale si dava la possibilità di mettersi in regola a tutti coloro entrati in Italia prima del 31 dicembre 1989, cercando così di far emergere la presenza straniera sommersa. I beneficiari avevano due anni per trovare lavoro (anche in cooperative o come autonomi), pena il mancato rinnovo del permesso;
- la terza regolarizzazione è stata attuata tramite il DL n. 489/1995 ("decreto Dini"), con il quale si escludeva la categoria dei lavoratori autonomi e si introduceva la regolarizzazione per motivi di famiglia, mantenendo quella per lavoro dipendente e per iscrizione alle liste di collocamento, e si fissava come termine ultimo di richiesta il 31 marzo 1996;
- la quarta regolarizzazione avvenuta con DPCM 16/10/1998, includeva le quattro categorie indicate al punto precedente, ma è con il D.Lgs. n. 113/1999 che si sarebbe introdotta la possibilità di regolarizzare tutti gli stranieri prenotatisi entro il 15 dicembre 1998;
- l'ultima regolarizzazione è quella disposta dalla L. n. 189/2002 (o "legge Bossi-Fini") con riguardo a colf e badanti e dal DL 195/2002 (convertito con modifiche nella L. n. 195/2002) con riferimento ai lavoratori extracomunitari dipendenti, rivolte ai soggetti soggiornanti in Italia al 31 dicembre 2001. Il termine ultimo per la presentazione delle richieste era l'11 novembre 2002. Nella tabella seguente vengono riportati i risultati dei procedimenti di regolarizzazione appena elencati eccettuato il provvedimento del 1982 che, per l'inappropriatezza dello strumento utilizzato e per la scarsa pubblicizzazione, ha riguardato poche migliaia di interessati e non può essere considerato al pari degli altri.

Tabella 3 - Immigrati regolarizzati in Italia dal 1986 ad oggi

Provvedimento	Termine per l'ingresso	Beneficiari ⁷
L. n. 943/1986 e successive proroghe	31/12/1986	105.000
DL n. 416/819 convertito con L. n. 39/1990	31/12/1989	222.000
DL n. 19/1995 convertito con L. n. 617/1996	19/11/1995	246.000
DPCM 16/10/1998 e D.Lgs. n. 113/1999	27/3/1998	217.000
L. n. 189/2002 e DL n. 195/2002 convertito in L. n. 222/2002	10/6/2002	650.000 ⁸

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero degli Interni

⁷ Per via dei procedimenti pendenti che talvolta si trascinano per diversi anni si è preferito riportare dei valori arrotondati che non inficiano negativamente l'analisi per via della differenza irrisoria con quelli che risulteranno i valori definitivi nel corso degli anni.

⁸ Dato non definitivo per procedimento ancora in corso di esecuzione.

Le informazioni che si possono ricavare da questi dati sono semplici ma interessanti. Le quantità dei soggetti regolarizzati ci consentono di stabilire il numero minimo di soggetti irregolarmente presenti in un dato periodo. In sostanza, a ciascuna delle richieste di regolarizzazione accolte, presentate ad una data scadenza, corrispondono altrettanti soggetti in possesso dei requisiti richiesti per ottenerla, e cioè persone che al momento della domanda erano presenti irregolarmente sul nostro territorio. È inoltre chiaro che il numero degli irregolari diminuisce drasticamente per il passaggio ad una condizione di legalità di coloro che hanno visto accolte le loro richieste.

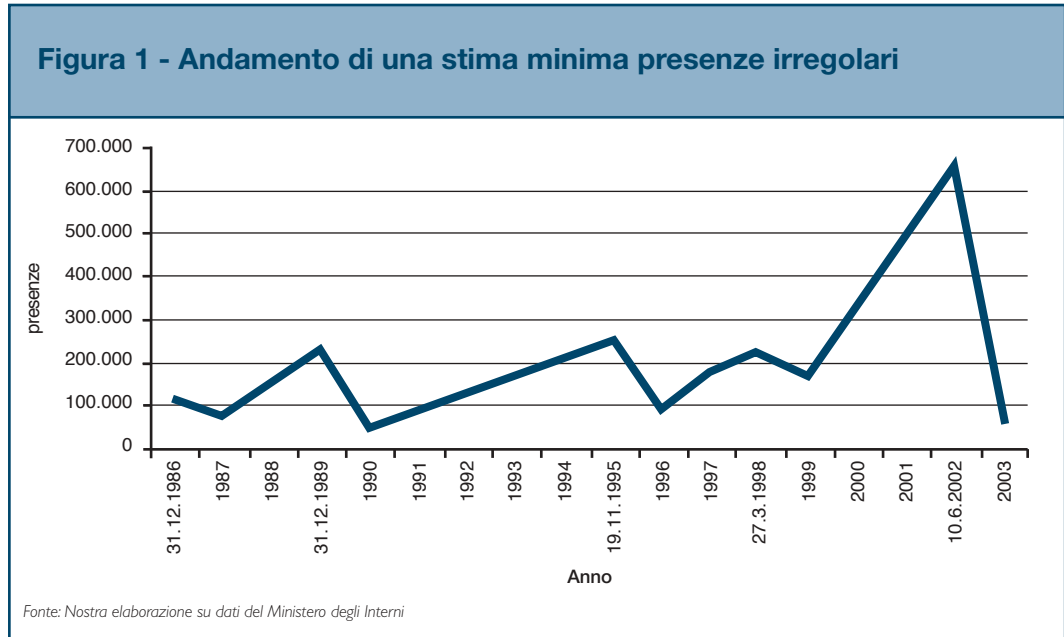
7.2.5 Considerazioni emergenti

Il confronto tra i valori riportati nelle tabelle relative al finanziamento dell'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari e il numero di regolarizzazioni susseguitesi in questi anni ci spinge ad alcune riflessioni.

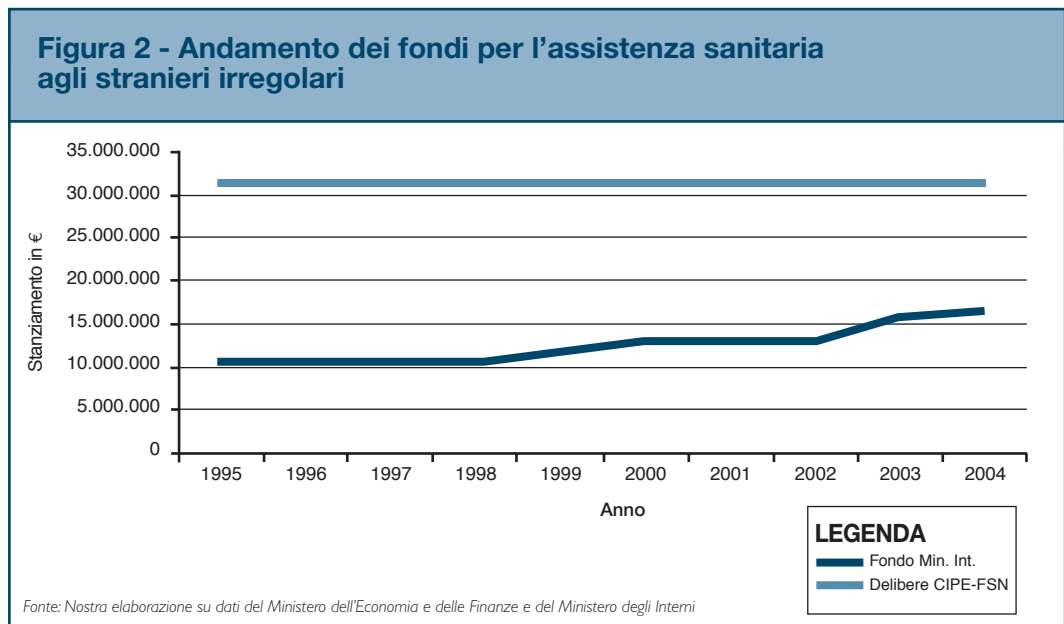
In primo luogo, analizzando i dati dei provvedimenti adottati per regolarizzare gli stranieri che rientravano nei parametri stabiliti è logico supporre che, tra l'anno che precede una tale manovra e quello che la segue, il fabbisogno di risorse per finanziare le prestazioni sanitarie agli immigrati vari in modo significativo a causa della diminuzione degli stranieri irregolari. Se si osserva invece l'ammontare degli stanziamenti nei diversi anni (particolarmente di quelli provenienti dal FSN), è immediato riscontrare un andamento costante (soprattutto se si eliminano dall'analisi gli stanziamenti extra, avvenuti nel 2003 e nel 2004 nel fondo del Ministero degli Interni ad opera dello storno da altri capitolo di spesa); è pertanto presumibile che essi non seguano l'andamento della domanda ma vengano definiti in altro modo.

È chiaro che risulterebbe impossibile monitorare un fenomeno che per definizione è incontrollabile, tuttavia si potrebbero ottenere delle informazioni utili sulle reali necessità semplicemente analizzando meglio quanto già a disposizione.

Questo andamento contrastante dei due trend (quello dei fondi e quello delle presenze) viene evidenziato nei grafici che seguono, ricavati a partire dai dati certi in nostro possesso unitamente alla formulazione di una semplice ipotesi: che il numero degli irregolari sia totalmente rappresentato da coloro che successivamente beneficiano di una regolarizzazione e che il loro flusso in entrata si distribuisca in modo lineare nell'arco del tempo. Ovviamente ne conseguono dei valori sottostimati che non comprendono né tutti coloro che vedono rifiutata la richiesta di regolarizzazione, né coloro che non effettuano affatto la domanda per il mancato possesso dei requisiti. Inoltre, prima di osservare il risultato di tali ipotesi è importante ricordare che anche dopo una regolarizzazione di ampia portata, come ad esempio quella del 2002, permane sempre una componente irregolare, difficilmente quantificabile ma presumibilmente ridotta, cui va garantita l'assistenza sanitaria secondo le disposizioni in vigore. Per contro, però, bisogna ricordare che ci sono soggetti che varcano le frontiere proprio perché attirati dalla regolarizzazione in corso. La figura 1 è il risultato di quanto appena detto.



Passando poi a considerare l'evoluzione dei fondi a tutela dell'assistenza sanitaria garantita agli stranieri irregolari nel corso del tempo e utilizzando sempre un grafico in cui all'asse delle ascisse viene associata la variabile tempo, si ottiene un risultato quale quello riportato di seguito⁹.



⁹ Nella Figura 2 sono stati tolti i riparti da altro capitolo avvenuti a beneficio del fondo del Ministero degli Interni nel 2002 e nel 2003, che abbiamo considerato eventi occasionali e non riconducibili ad una pianificazione dell'andamento dei fondi.

Purtroppo non si dispone di informazioni sufficienti per stabilire la congruità degli stanziamenti rispetto alle spese effettivamente sostenute; non siamo cioè in grado di affermare né in che misura e modalità le cifre stanziolate vengano spese, né se queste siano sufficienti o non lascino senza copertura finanziaria una parte del servizio reso. Sarebbe quindi auspicabile una migliore gestione e raccolta dei dati che consenta una susseguente analisi tra le spese effettive affrontate dagli Istituti sanitari nel prestare assistenza a questi soggetti e i fondi resi disponibili a livello centrale.

Tuttavia, dal confronto dei trend riportati nei due grafici risulta evidente una forte dissociazione tra le due realtà. Tale circostanza lascia desumere che gli stanziamenti in questione non vengano stabiliti in base a dati certi che consentano un'adeguata programmazione, altre sembrerebbero le motivazioni che guidano queste decisioni.

In ogni caso due sono le alternative possibili.

La prima è che i fondi non siano sufficienti a coprire le spese sostenute. Se questa ipotesi risultasse vera verrebbe meno il problema di evitarne un loro cattivo utilizzo, ma emergerebbe quello, forse anche più pressante, di non lasciare questo fardello sui già precari bilanci delle varie ASL o Regioni.

La seconda possibilità è che i fondi risultino "mediamente" adeguati, ma data la loro distribuzione costante contrapposta a quella altamente variabile delle presenze straniere irregolari, si hanno anni in cui si dispone di risorse in eccesso e altri in cui non si riesce a coprire che una parte delle spese sostenute.

Basta prendere ad esempio l'ammontare totale dei fondi messo a disposizione dal Ministero degli Interni del 2003, che risulta pari al 344,0% del totale dell'anno precedente, a fronte di 650.000 immigrati irregolari in meno (coloro che, regolarizzati, sono passati a carico dei Fondi Sanitari Regionali). Paradossalmente, quindi, a fronte di una domanda fortemente in calo si è avuto un netto aumento delle risorse a disposizione. Qualora poi risultasse che nel 2003 le risorse siano state tutte correttamente impiegate, verrebbe da chiedersi come siano state coperte le spese sostenute l'anno precedente. Trattandosi di stanziamenti pubblici, e quindi vincolati ad essere utilizzati entro tempi definiti, occorrerebbe in tal caso giungere alla definizione di modalità di gestione dei finanziamenti, tali da armonizzare il loro utilizzo con la forte variabilità delle presenze irregolari.

Ci si potrebbe interrogare anche, nel caso le spese sanitarie per tali soggetti risultassero esigue, sull'opportunità dell'esistenza di fondi specifici e sugli eventuali vantaggi di accorpate tali somme a quelle deputate all'assistenza sanitaria generale.

In ogni caso, il risultato che emerge da questa analisi è che anche l'impiego di queste risorse, pur limitate, dovrebbe essere il frutto di precise scelte di politica economica, che da un lato garantiscano un'adeguata protezione sanitaria a questa speciale categoria di stranieri nel nostro Paese, dall'altro evitino gli sprechi dovuti all'insufficiente conoscenza delle dimensioni del fenomeno "immigrati irregolari". Un sistema informativo efficiente e continuamente aggiornato diventa quindi lo strumento indispensabile per consentire alla volontà politica la corretta allocazione delle risorse in questa particolare sezione della sanità pubblica.

Bibliografia

- Baglio G. et al. (2002), *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000*, Agenzia di Sanità Pubblica – Regione Lazio, Roma.
- Caritas (2001), *Immigrazione. Dossier Statistico 2001*, Nuova Anterem, Roma.
- Caritas (2002), *Immigrazione. Dossier Statistico 2002*, Nuova Anterem, Roma.
- Caritas (2003), *Immigrazione. Dossier Statistico 2003*, Nuova Anterem, Roma.
- Caritas/Migrantes (2004), *Immigrazione. Dossier Statistico 2004*, Idos, Roma.
- Geraci S., Martinelli B. (2002), *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*, Nuova Anterem, Roma.
- Ministero della Salute – DG sistema informativo e statistico e degli investimenti strutturali e tecnologici – ufficio di statistica (2001), *Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000*.
- Ministero della Sanità (1999), *Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia – dati SDO 1998*, Roma.
- Regione Lazio – Assessorato per le politiche della sanità (2001), *Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E.*, Roma.
- Segreteria conferenza dei presidenti delle Regioni e delle Province autonome, Roma 21-22 gennaio 2004, *Diritto alla salute: le risorse per il 2004*.
- Zincone G. (a cura di), Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati (2000), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Il Mulino, Roma.
- Zincone G. (a cura di), Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati (2001), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Il Mulino, Roma.

7.2 Health care provided to irregular immigrants

Donia Sofio A., De Gaetano A.¹

7.2.1 Introduction

The right to health, as it is recognized by the Italian Constitution, deserves to be placed as a fundamental rights for any subjects, and consequently it must be protected and granted to all. Therefore it must be applied to all residents within the boundaries of Italian State, even if their resident status has not been acknowledged by the law. This is the case of irregular immigrants, that is to those people who entered the Italian State obtaining a regular permit of stay and that overstayed in the Country even after the expiration of the above permit, as well as those who entered the Italian territory clandestinely and are still in territory illegally.

To what extent should the Italian State provide care and assistance is an even more controversial issue: what is to be granted and what is not? The question stands mainly because of the lack of resources, that is to say : the resources available are insufficient to meet the demands for any required provisions, especially during economic stagnation, when the lack of available resources becomes more outstanding.

Since at the moment the quick (too quick according to someone) multiracial development of Italian population - together with the costs and benefits that this change involves - is being lively debated both on the social and political grounds, we deemed it interesting to try and look into (although partially) the amount of resources that the Italian NHS (National Health Service) assigns, within the limits of its budget, to provide health care to irregular immigrants, that is to people who don't contribute any payroll tax just because they have a concealed labour only (moonlighting job).

The actual turning point in order to grant health service to this special category started off after the issuing of L. n. 39/90, better known as "Legge Martelli" that initiated local political schemes for the immigrants.

The Public Institutions that first granted the rights of health care also to irregular foreigners and clandestine immigrants were Region Veneto and some Local Health Units in Bologna, Brescia and Rome.

Later on, a further step was taken with the issuing of D.L. n. 489/95, also known as "Decreto Dini" which for the first time dealt with the problem of providing health care to foreigners "temporarily" present on the Italian territory. This was done following in the trail of what the above mentioned Local Units had done in previous years.

After that, we had to wait till 1998 for effective rules to be introduced by Law n. 40/98.

¹ CEIS-Sanità, *Health Economics and Health Care Management*, Faculty of Economics, University of Rome Tor Vergata.

7.2.2 Rules provided at present

Health care to foreigners even to irregular subjects present on national territory, is regulated by the following measures:

- Legislative Decree n. 286/98 (henceforward called TU);
- Presidential Decree n. 394/99 (henceforward called RA);
- Health Ministry circular n. 5/2000.

In art. 35 of TU the case of foreigners not registered in the NHS is dealt with. In the first instance this article states that the subjects exhibiting a form showing right to health care are entitled to it free of charge on the basis of international agreements between Italy and some foreign Countries², according to which the citizens coming from the below mentioned countries will be granted free health care when able to produce the above claim form as internationally agreed upon, provided that they contribute a co-payment.

In the second instance the same article states that the foreigners present on the national territory, not abiding by the rules regulating the entrance and the stay in our territory, are granted first-aid care and emergency care in hospital or even continuous care for serious diseases or casualties, beside preventive measures to protect both the individual and the community. In particular pregnancy, delivery and maternal care are especially taken into consideration, together with the protection of the under-age health; attention is also given to vaccination and to the diagnosis of infectious diseases³.

As regards payment, if the applicants lack any kind of financial resources, health care will be provided free of charge, except for the co-payment, also due by Italian citizens. However, it appears that most clandestine immigrants are not able to afford the minimum payment, in this case health care is delivered completely free of charge in compliance with comma 4 in the art. 35 of TU granting the fundamental rights of the individual. In this case even the co-payment is charged to the Local Health Units, or to the Ministry of the Interior if regarding emergency hospital care. A clause included in the TU regulates the reimbursement of the extra expenses to the Local Health Units with funds from the NHS.

In order to ease the handling of a huge number of clandestine immigrants and allow the providers to treat the irregular subjects, the article 43 in the RA, comma 3 suggests the use of a regional code FTP (foreigner temporarily present). This is an identification code consisting in the above acronym, in the ISTAT (Italian National Institute of Statistics) code of the Local Health Unit and in a progressive number given at the time of issue. Such a code must also be used and referred to in the account of the expenses related to the health care delivered by both private and public providers.

² *Australia, Tunisia, Argentina, Brazil, San Marino, Capo Verde, Principality of Monaco, Croatia, Slovenia, Jugoslavia, Macedonia, Bosnia - Erzegovina, Switzerland and UE Countries.*

³ *In the circular n. 5/2000 it is clearly stated what is meant by urgent or emergency care and what is meant by essential treatment: the former is what cannot be postponed without putting life at risk or bringing serious damage to the subject's health; the latter consists in medical provision, diagnosis and treatment related to pathologies not serious in the short term, neither life-threatening in the immediacy, but likely to become serious in the near future (complications, chronicity, worsening).*

The art 35 in TU, comma 5 states further that “the provider is not required to inform the authority of the presence of clandestine or irregular immigrants, except for those cases in which a medical report is compulsory. All things being equal to the Italian citizens”. In this way immigrants’ safety and health are protected, being the distressed encouraged to approach the health providers with the certainty that they will not be reported to the authorities and eventually expelled.

7.2.3 Coverage funds: rules, data and considerations

Apart from stating the rules concerning the provision of the essential care to those present in Italy unlawfully, the above mentioned law/decreed has specified the way in which financial support is granted to health care providers⁴. Whenever immigrants given medical care are in absolute want of any economic means and unable to contribute any co-payment, this is charged to the Health Ministry or to the Ministry of the Interior.

The reimbursement to providers is carried out by the National Health Fund (NHF) and is meant to cover hospital care to immigrants treated either as outpatients or inpatients and aimed at protecting pregnancy, delivery, and the under-age health, also taking preventive measures against infectious diseases on the international field.

The Local Health Unit involved in the above mentioned case is entitled to apply to the pertaining District (Region) for reimbursement. Each Region, in fact, is endowed with a sum of money to be devoted to the above purpose. This sum is a share that is annually established by the CIPE (Italian Committee for Economic Planning) to supply the National Health Fund (NHF) schemes. The data related to the budgeted funds between 1996 and 2002 is displayed in table 1 below.

Whereas treatment is provided in hospital for urgent care of both disease and casualty, the expenses will be charged to the Ministry of the Interior. Urgent treatment is provided by First-Aid Centres, while essential care, even when continuous, is provided for in hospital at admission rate, including daytime and office care. The data concerning financing since 1995 is displayed in table 2 below.

In both the above cases, reimbursement is carried out upon official request from the Local Health Units to the Ministry, or through the Region Council for the reimbursement of health care provisions to subjects identified by means of the regional code FTP, including diagnosis and statement of urgency or necessity for treatment together with the sum of money to be reimbursed.

Unfortunately the data is usually inaccurate owing to several different reasons, among which the slow process the data undergoes before reaching the Ministry. This means that the whole data handling-system should be re-arranged and that only properly trained staff should be entrusted with this task, otherwise proper management of resources for reimbursement could turn out to just to an illusion.

⁴ *First Aid Centres are financed with funds not mentioned herewith.*

Table 1 - CIPE decisions on financial support required by law 40/1998, art. 33

Region	Decision 21.12.2001	Decision 25.7.2003	Decision 25.7.2003	Decision 5.12.2003	Decision 20.12.2004
	Year 2000 £	Year 2001 €	Year 2002 €	Year 2003 €	Year 2004 €
Abruzzo	870.000.000	266.413,78	266.413,78	266.413,78	292.690,00
Basilicata	225.000.000	63.243,15	63.243,15	63.243,14	65.278,00
Calabria	891.000.000	337.273,45	337.273,45	337.273,45	448.634,00
Campania	3.146.000.000	2.015.199,81	2.015.199,81	2.015.199,81	2.382.015,00
Emilia R.	6.287.000.000	2.625.435,78	2.625.435,78	2.625.435,79	3.096.768,00
Lazio	10.441.000.000	5.655.279,82	5.655.279,82	5.655.279,83	5.542.931,00
Liguria	2.215.000.000	1.090.843,19	1.090.843,19	1.090.843,19	1.105.849,00
Lombardia	13.997.000.000	7.759.183,29	7.759.183,29	7.759.183,28	7.084.012,00
Marche	967.000.000	459.866,22	459.866,22	459.866,22	593.409,00
Molise	93.000.000	32.880,83	32.880,83	32.880,83	37.080,00
Piemonte	6.299.000.000	3.342.248,46	3.342.248,46	3.342.248,48	3.594.479,00
Puglia	1.471.000.000	778.030,02	778.030,02	778.030,01	483.580,00
Sardegna	246.000.000	161.089,78	161.089,78	161.089,78	69.197,00
Sicilia	1.240.000.000	435.902,15	435.902,15	435.902,15	173.375,00
Toscana	6.340.000.000	2.802.466,21	2.802.466,21	2.802.466,21	2.601.726,00
Umbria	1.402.000.000	714.249,93	714.249,93	714.249,92	800.233,00
Veneto	3.869.000.000	2.447.808,08	2.447.808,08	2.447.808,08	2.618.744,00
Italy	59.999.000.000	30.987.413,95	30.987.413,95	30.987.413,95	30.990.000

Source: processing based on data from Ministry of Finance

Table 2 - Funding from Ministry of the Interior to cover the expenses based on art. 35 of the TU

Year	Currency	Funding	Extra Funding	Total
1995	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1996	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1997	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1998	£	10.000.000.000	10.000.000.000	20.000.000.000
1999	£	12.000.000.000	10.000.000.000	22.000.000.000
2000	£	12.000.000.000	13.000.000.000	25.000.000.000
2001	£	12.000.000.000	13.000.000.000	25.000.000.000
2002	€	6.197.483	6.713.940	12.911.423
2003	€	6.197.483	38.296.230 ⁵	44.493.713
2004	€	6.197.483	52.637.267 ⁶	58.834.750

Source: processing based on data from Ministry of the Interior

⁵ This amount includes around € 29 million transferred from other sections of the balance.

⁶ Even in 2004 there's been a variation of around € 42 milion from other sections of balance.

7.2.4 Flow and presence of irregular immigrants. A source of in direct information: regularization

Illegal immigration is a wide range phenomenon especially in a country like Italy that has always been both a longed for goal for job seekers and a transit ground to other countries.

Irregularity features two different aspects: the flow of immigrants into the Italian territory at a given time, and a stock of people present in our country unlawfully. Both data of this underground phenomenon are out of control, however the amount of stock present is assessed from time to time by either public or private institutions. As an example, the evaluation carried by the Ministry of the Interior in May 1998 revealed irregular immigrants ranging between 250 and 300 thousand. Indeed, beyond a roughly reliable evaluation system, the only reliable information on the flow and stock can be collected from official data.

Before describing some of the systems through which reliable data can be obtained, it is due to point out the several different needs, conditions and aims leading foreign people to enter our country: some of them are job seekers, some others are escaping from their countries owing to political reasons, in this case they are considered irregular only until they formally seek political asylum. Others are victims of the human trafficking and most of the times forced to migrate to join and support illegal activities, rackets, etc. in the country of final destination. As most of the immigrants are often on the move, the phenomenon is unlikely to be mapped accurately, and consequently it is to be handled cautiously for the purpose of taking controlling measures and defining proper funding.

The most relevant and reliable data for the assessment of illegal foreign presence in Italy is supplied by the number of regularizations. Up to the present time, five measures (plus one more which, however alike, cannot be considered as such) have been taken to evaluate both flow and stock. Each measure is characterized by special features briefly hereby reported:

- the first measure (anomalous as to the way in which it was implemented) was undertaken according to two circulars from the Ministry of Labour dated March 24 and September 9/1982. It was addressed to person who had entered our country within 1981 and who were working continually since their entrance and whose employers were available to employ them regularly;
- the first real regularization, decreed by L. n. 943/1986, provided the opportunity of obtaining authorization to be employed or to be enrolled in employment lists for those who had worked in Italy previous to the issuing date. The expiry date for placing an application was established on April 27/1987, later extended till September 30 1988 as deadline;
- the second regularization was yielded by L. n. 39/1990, also called "Legge Martelli" by which all foreigners who had entered Italian borders before December 31, 1989 were given the opportunity to be regularized. This was another measure to make the underwater foreign presence emerge legally. The beneficiaries of this law were granted two years time to get a job, otherwise their permit would not be renewed (also applied to co-operative associations or as autonomous workers);

- the third regularization was carried in accordance with D.L. N. 489/1995 (“Decreto Dini”) where the category of autonomous workers was excluded, but regularization for family reasons was introduced, while the categories of employees and job seekers registered in employment lists were included, and the deadline for application was fixed on March 31 1996;
- the fourth regularization came into being with D.P.C.M. 16/10/1998 and involved the categories included in the third regularization, but only DLgs. n. 113/1999 would provide the opportunity of regularization to all foreigners booking themselves within December 15, 1998;
- the last regularization concerning housekeepers and caretakers was provided by L. n.189/2002 (also known as “Legge Bossi-Fini”) and by DL 195/2002 (later modified by Law n. 195/2002) concerning extra-European Community employees who had been living in Italy since December 31, 2001. The deadline for placing an application was fixed on November 11, 2002.

In the next table the outcomes of the above mentioned regularization procedures are enlisted, except for the measure taken in 1982 which, first of all was an improper instrument, and secondly it included only a few thousands of people, partly due to lack of information, but mainly to the strict requirements needed to be regularized. That’s why it cannot be considered level with the others as far as its effects are concerned.

Table 3 - Immigrant regularized in Italy since 1986

Measures	Entrance date	Beneficiaries
L. n. 943/1986 and next changes	31/12/1986	105.000
DL n. 416/819 changed L. n. 39/1990	31/12/1989	222.000
DL n. 19/1995 changed in L. n. 617/1996	19/11/1995	246.000
DPCM 16/10/1998 e D.Lgs. n. 113/1999	27/3/1998	217.000
L. n. 189/2002 e DL n. 195/2002 changed in L. n. 222/2002	10/6/2002	650.000

Source: our elaboration on Internal Ministry data

The information obtainable from this data is simple but interesting. The number of regularized subjects allows a full knowledge of the minimum number of subjects unlawfully present at a given time. Summing up, the number of accepted applications for regularization corresponds to a like number of people who were irregular in our territory. It is clear that the number of irregular immigrants decreases owing to the acquired legal condition of those whose applications were accepted.

7.2.5 Resulting considerations

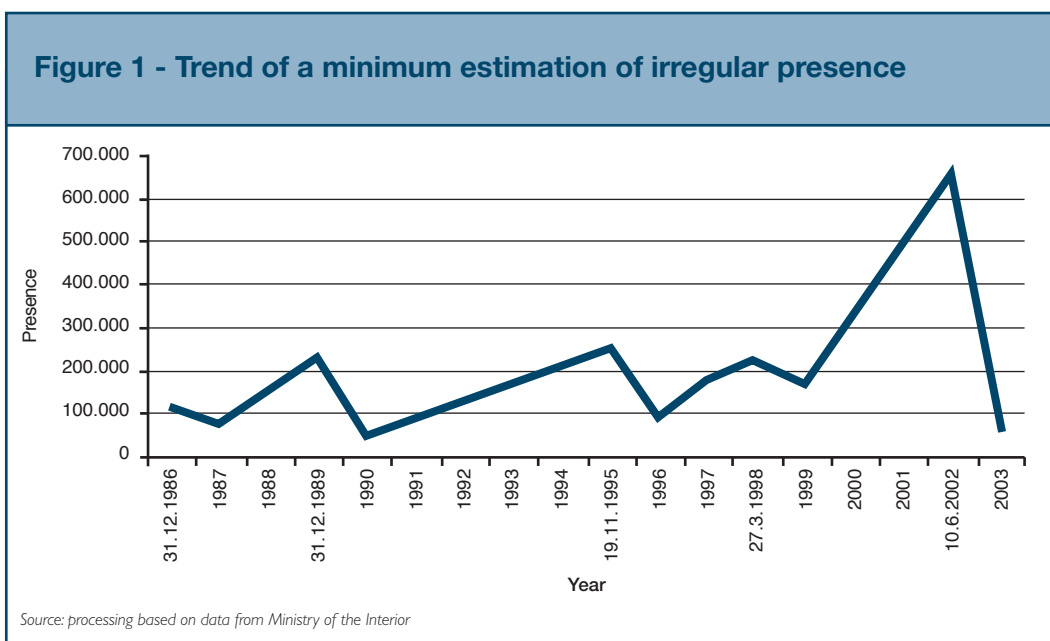
A comparison between the reported values in the tables related to financing health care for irregular immigrants and the number of regularizations following up in these years induces to some considerations.

In the first instance, on analysing the data from the measures taken to regularize the immigrants, who were within the established parameters, it appears that, between the year prior to each measure and the following year, the need of resources for financing provision of health care to immigrants varies remarkably owing to a decrease of irregular immigrants. On the contrary, if you observe the amount of funding over the several years (particularly that coming from the National Health Fund), a constant trend is evident, especially if you exclude from analysis the extra funding provided for 2003 and 2004 by Ministry of the Interior.

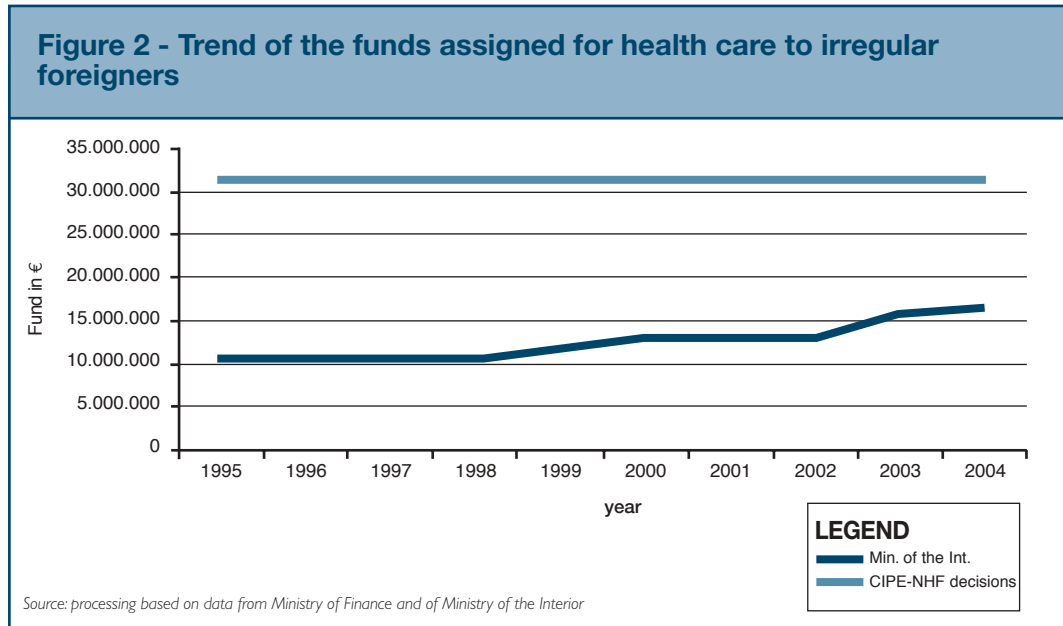
It is clear that it would be impossible to monitor a phenomenon that is out of control by definition, however useful information could be obtained through an accurate analysis of available data.

This contrasting trend (the amount of funding provided and the number of immigrants present) is highlighted by the graphs below. They have been drawn on the basis of our own data and according to a simple hypothesis: the total number of irregular immigrants would be represented by those who later on are granted regularization, and their entrance flow is distributed constantly along the time. Of course underestimated values would follow because the graphs are not including all those whose applications for regularization are rejected, neither those who do not apply at all for lack of requirements. Moreover, before analysing the results of such a hypothesis, it is important to remember that even after a wide range regularization, as for instance in 2002, not all irregular immigrants switch to regular. This portion of irregular immigrants, after a regularization measure has been carried out, is hardly quantifiable, but is supposedly less than before regularization, to the above immigrant some health care is granted according to current laws. On the other hand, it is necessary to keep in mind that some subjects trespass the borders just because attracted by the current regularization.

The graph below shows what has just been said.



Moving then to consider which change the budgeted funds, granting health care to irregular foreigners, may undergo over the time, still using a graph in which the variable “time” is associated with the axis of the abscissae, we obtain the result reported down here in Figure 2.



Unfortunately we do not have sufficient information to assess the adequacy of the funding compared with the expenses actually afforded; we are neither able to get to know how the funding is spent, nor if it is sufficient to cover all services provided. Consequently better data collection and management would be required in order to be enabled to analyse the relationship between the expenses actually afforded by the providers - to grant health care to irregular immigrants - and the funds granted by central Government.

However, comparison between the trends in the graphs, shows a strong contradiction between the two situations. This evidence lets us deduce that the above said funding is not established on the basis of real data necessary to adequate planning and allocation of resources; the reasons leading to such decisions seem to be different.

In any case the alternatives concerned seem to be two.

The first is that the funds are not sufficient to cover the expenses afforded. If this hypothesis were true, the problem of avoiding improper usage would not exist, but in this case a more urgent problem would soon come up, and may be even more pressing: this burden should not be left on the already unstable balance of the several Local Health Units or the Regions.

The second alternative is that the funds are adequate “on the average” but, owing to their constant distribution in contrast to a highly variable presence of irregular immigrants, there are some years in which the resources are in excess and some others in which just a part of the expenses afforded can be covered.

It is sufficient to consider as an example the total amount of funds assigned by the Ministry of the Interior in 2003, which is 344.0% of the total amount in the previous year notwithstanding a decrease of 650.000 irregular immigrants (those who after being regularized switched to National Health Service). Paradoxically then, in spite of a deeply decreasing demand, a remarkable increase of the available resources was observed (considering that in 2003 the resources were all used properly, one would wonder how the expenses afforded in the previous year were covered). When public funds are concerned, they must be used within an established period of time, and in such a case the management of the funding should be changed in such a way that its usage could match the high variability of irregular immigrants present in our country.

In case the medical expenses for such subjects were insufficient, one could even wonder about the function of specific funds and foresee the opportunity of an advantageous fusion of such sums of money with the sums assigned for the general health care.

The result emerged from this analysis is that the use of these resources, however limited, should be the yield of focused choices of political economy, such as to grant health protection to this special category of foreigners in our country on one hand, while on the other hand preventing waste of money due to partial knowledge of the phenomenon "irregular immigrants". An effective information system continually updated becomes a necessary instrument to help politicians to allocate resources properly in this special section of National Health Service (NHS).

References

- Baglio G. *et al.*, (2002), *Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000*, Agenzia di Sanità Pubblica - Regione Lazio, Roma.
- Caritas, (2001), *Immigrazione. Dossier Statistico 2001*, Nuova Anterem, Roma.
- Caritas, (2002), *Immigrazione. Dossier Statistico 2002*, Nuova Anterem, Roma.
- Caritas, (2003), *Immigrazione. Dossier Statistico 2003*, Nuova Anterem, Roma.
- Caritas/Migrantes, (2004), *Immigrazione. Dossier Statistico 2004*, Idos, Roma.
- Geraci S., Martinelli B., (2002), *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*, Nuova Anterem, Roma.
- Ministero della Salute - DG sistema informativo e statistico e degli investimenti strutturali e tecnologici - ufficio di statistica, (2001), *Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000*.
- Ministero della Sanità, (1999), *Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia - dati SDO 1998*, Roma.
- Regione Lazio - Assessorato per le politiche della sanità, (2001), *Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla U.E.*, Roma.
- Segreteria conferenza dei presidenti delle Regioni e delle Province autonome, Roma 21 - 22 gennaio 2004, *Diritto alla salute: le risorse per il 2004*.
- Zincone G., (a cura di), Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati, (2000), *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Il Mulino, Roma.
- Zincone G., (a cura di), Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati, (2001), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Il Mulino, Roma.