

I documenti di:

**quotidiano** **sanità**.it

*Quotidiano online di informazione sanitaria*

**Dossier**

**Documentazione legislativa**

**Studi e ricerche**

**Interventi e relazioni**

# Cosa sappiamo sui costi dell'assistenza sanitaria agli immigrati?

*Patrizia Carletti, Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche*

*Giovanna Valentina De Giacomi, Ares 118 Lazio*

*Norma Barbini, Miriam Aguilar Matamoros, Osservatorio Epidemiologico Professionale INRCA – IRCCS Ancona*

*Riferimenti: Dr.ssa Patrizia Carletti – [diseguaglianze@regione.marche.it](mailto:diseguaglianze@regione.marche.it)*

*Elaborazioni nell'ambito del progetto CCM "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi sanitari regionali"*

In questi anni ci siamo ritrovati di fronte alla ricorrente domanda "quanto costa l'assistenza sanitaria per gli immigrati?"

Seppure la domanda sia da ritenersi legittima, vanno premesse due considerazioni: la prima è che la questione spesso nasce da una visione pregiudiziale e ideologica e sottende alla domanda "siamo sicuri che l'Italia può permettersi di pagare l'assistenza sanitaria "anche" agli immigrati??"

La seconda considerazione è che quando si parla di spesa sanitaria i decisori e i politici vorrebbero conoscere "nel dettaglio quanto costa l'assistenza sanitaria agli immigrati" dimenticando che in generale sui costi sanitari, anche per gli italiani o alcune categorie di italiani (esempio anziani, disabili, oncologici, ...), vi sono seri problemi di conoscenza.

**Come premessa specifica va ricordato che gli immigrati regolarmente residenti in Italia hanno diritto all'iscrizione al SSN e contribuiscono, al pari degli italiani, al finanziamento del SSN attraverso la fiscalità generale.**

**Per gli immigrati extra-comunitari non in regola con il permesso di soggiorno ai quali deve essere garantita l'assistenza essenziale, la spesa sostenuta per le prestazioni relative a malattia ed infortuni sono recuperate dai Paesi di provenienza, rimanendo a carico delle Regioni e del SSN le prestazioni relative all'area materno-infantile e alla prevenzione; per queste ultime le Regioni e le Province Autonome ricevono un parziale finanziamento annuale dal Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE).**

**Per gli immigrati provenienti dai paesi UE e non residenti in Italia il recupero della spesa avviene attraverso la mobilità internazionale, rimanendo, per il momento, a carico delle Regioni e delle P.A. le prestazioni essenziali erogate a favore degli "indigenti", parificati nel trattamento agli extra-comunitari indigenti (1).**

In questi ultimi anni a seguito della modifica del titolo V della Costituzione e alla introduzione del federalismo fiscale è stato introdotto il concetto di *costo standard* e *fabbisogno standard* nell'ottica di un progressivo superamento dell'attuale criterio di riparto

del Fondo sanitario nazionale fondato sulla quota capitaria (pesata). E' stato infatti stabilito (2) che il finanziamento alle Regioni e alle Province Autonome avvenga sulla base dei *costi standard* sostenuti per *fabbisogni standard*, essendo queste obbligate a rendere esigibili da parte dei cittadini i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie (ma anche quelle sociali, della istruzione scolastica e del trasporto pubblico locale). Si tratta di determinare il *quantum* teorico necessario per assicurare le prestazioni essenziali erogate in condizioni di appropriatezza ed efficienza. Tuttavia, mentre sul versante dei costi standard per specifici interventi sanitari si sono fatti alcuni passi avanti, ci sono perplessità sia concettuali che di fattibilità nel riuscire a definire i fabbisogni standard.

Nel 2009 è stato stabilito che questo percorso si compia nell'arco di cinque anni (3). E' stato anche definito che le risorse disponibili per il finanziamento della sanità vengano ripartite secondo i tre macrolivelli (4) - assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, ovvero prevenzione (5%); assistenza distrettuale (51%); assistenza ospedaliera (44%). Dunque, oggi, a vari livelli si sta lavorando per sviluppare un approccio metodologico per l'analisi ed il monitoraggio dei costi del SSN, basato sui dati attualmente disponibili a livello nazionale e per definire il fabbisogno informativo, eventualmente anche mediante una revisione dei flussi informativi esistenti.

Fatto sta che la questione dei "costi in sanità" non è affatto risolta a causa della eterogeneità riguardante i principi contabili e quelli di consolidamento a livello regionale, della disomogeneità dei sistemi di contabilità analitica e dei criteri utilizzabili per l'attribuzione dei costi aziendali alle funzioni assistenziali classificate secondo i LEA (5). Esiste infine una questione più generale legata al fatto che mentre per le prestazioni ospedaliere e per quelle di diagnostica strumentale si può sperare di arrivare in prospettiva ad una contabilità analitica accettabile, che sarebbe tra l'altro essenziale per definire correttamente le tariffe dei DRG, tale obiettivo appare sostanzialmente fuori portata per i servizi di prevenzione e per quelli di medicina territoriale (6).

Si ricorda che per il NHS inglese, che ha molte similitudini con i fondamenti di quello italiano, il processo decisionale che ha condotto alla revisione delle modalità di ripartizione del FSN è durato più di un decennio durante il quale sono state effettuate importanti rilevazioni statistiche e che, in varie fasi, sono state apportate correzioni alle formule utilizzate anche al fine di tenere conto dei bisogni non soddisfatti (*unmet needs*), in particolare per le quote di popolazione maggiormente deprivata (7).

Tutta questa premessa è necessaria per comprendere come sia complicato cercare di dare una risposta alla questione del costo per l'assistenza sanitaria agli immigrati.

Nel 2008 il gruppo di lavoro nazionale "Salute immigrati" (8) ha pubblicato una prima analisi sui costi dell'ospedalizzazione per il triennio 2003-2005, dopo aver definito che cosa si intende per "immigrato" - una persona avente la cittadinanza in un Paese a Forte Pressione Migratoria - i cui risultati hanno mostrato che *"dal punto di vista di sostenibilità per il SSN, gli immigrati (pari a circa il 4% della popolazione residente) non sono un problema, sia per le dimensioni, in quanto consumano circa il 3 per cento delle risorse, sia per la gravità, in quanto popolazione giovane e quindi con bisogni contenuti. Di questo 3 per cento solo lo 0,5 è da addebitare agli "illegali" e, fatto importante, tale valore non è aumentato negli anni"* (9).

Il gruppo di lavoro ha proseguito su mandato del Ministero della Salute/CCM le attività (10) cercando di “affinare la metodologia di analisi” a partire dalle fonti per la rilevazione della spesa disponibili.

Le fonti disponibili sono i modelli CE (Conto Economico) e LA (Livelli Assistenza) attraverso cui le aziende sanitarie rilevano i costi classificati rispettivamente con i CE secondo la natura economica (retribuzioni, acquisto di beni e servizi, ecc.) e con gli LA secondo le funzioni assistenziali (come definite dai LEA). I dati del Conto Economico vengono poi trasposti nei tre livelli di assistenza: Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di lavoro, Assistenza distrettuale, Assistenza ospedaliera.

Tutti i dati sono molto analitici, ma, come già detto, ad oggi ancora poco attendibili e poco confrontabili. Per di più la valutazione dei costi dei LEA non può consistere nella mera sommatoria dei costi delle prestazioni, in quanto i costi dei LEA risentono anche dei modelli organizzativi e della loro qualità e, più generale, dell'efficienza allocativa tra processi di produzione dei servizi (11).

Nel 2010 il Gruppo di lavoro nazionale “Salute immigrati” ha proposto a livello nazionale e regionale una metodologia per stimare i costi dell'assistenza ospedaliera sostenuta per gli immigrati residenti in Italia e per quelli non residenti (questi ultimi sono per l'80% extracomunitari “illegali”) e confrontarli con i costi sostenuti per gli italiani.

La metodologia utilizza differenti fonti:

1. il valore economico del DRG stimato mediante la Tariffa Unica Convenzionale utilizzata per la compensazione interregionale,
2. un sistema che attribuisce al ricovero il relativo peso in termini di consumo di risorse (Health Care Financing Administration),
3. il modello LA per la voce “spesa ospedaliera per acuti” laddove disponibile (es. Regione Marche)<sup>1</sup>,
4. la quota del 44% del FSN e FSR destinata all'assistenza ospedaliera per i ricoveri, secondo quanto previsto dal Patto per la salute 2010-2012 che determina per l'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera rispettivamente la quota del 5% , del 51% e del 44% del finanziamento complessivo del Sistema Sanitario Nazionale. Tale quota, tuttavia, è al momento ancora un riferimento teorico in quanto nel 2009, secondo i dati del Ministero della Salute (12), è stata pari al 46,9%, con un minimo registrato in Piemonte del 43,4% ed il massimo registrato in Abruzzo, 53,8%. D'altra parte il tasso standardizzato di ospedalizzazione nello stesso anno va dai 223 ricoveri per mille abitanti della Campania ai 148 per mille della Toscana e mantiene una certa variabilità anche nel 2010 (13).

---

<sup>1</sup> Va rilevato che i modelli LA forniti al Ministero della Salute dalle Regioni non sono pubblicati e, quindi ciascuna Regione può fare riferimento solamente ai dati contenuti nel proprio modello, senza possibilità di confronti

Nella attuale situazione, pertanto stimare la spesa media per ricovero supponendo che la quota della spesa per l'assistenza sanitaria ospedaliera sia in tutte le regioni del 44%, come proposto da alcuni ricercatori, conduce a valorizzazioni non realistiche.

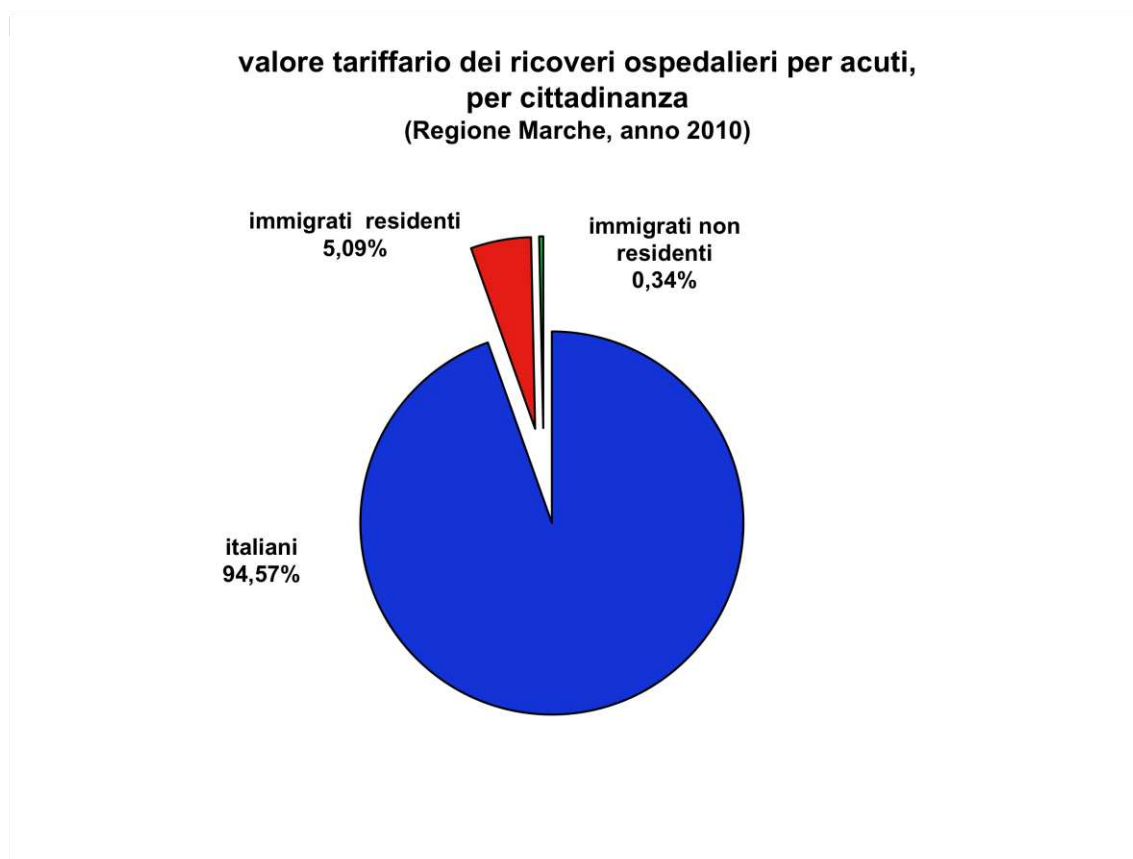
### Risultati nella Regione Marche

Nella regione Marche, nel 2010 i ricoveri per acuti degli immigrati regolarmente residenti - che sono il 7% della popolazione residente nella regione - rappresentano il 6,5% del totale dei ricoveri per acuti avvenuti in regione, mentre quelli degli immigrati "non residenti in Italia" (come detto, prevalentemente extra-comunitari irregolari) sono lo 0,3%.

L'analisi del costo dei ricoveri totali, stimato secondo il valore tariffario dello stesso anno, mostra che tale costo è da attribuire per il 5,09% agli immigrati residenti e per lo 0,34% ai non residenti (Fig. 1).

Risultati analoghi sono presenti a livello italiano complessivo e nelle varie regioni con cui si collabora.

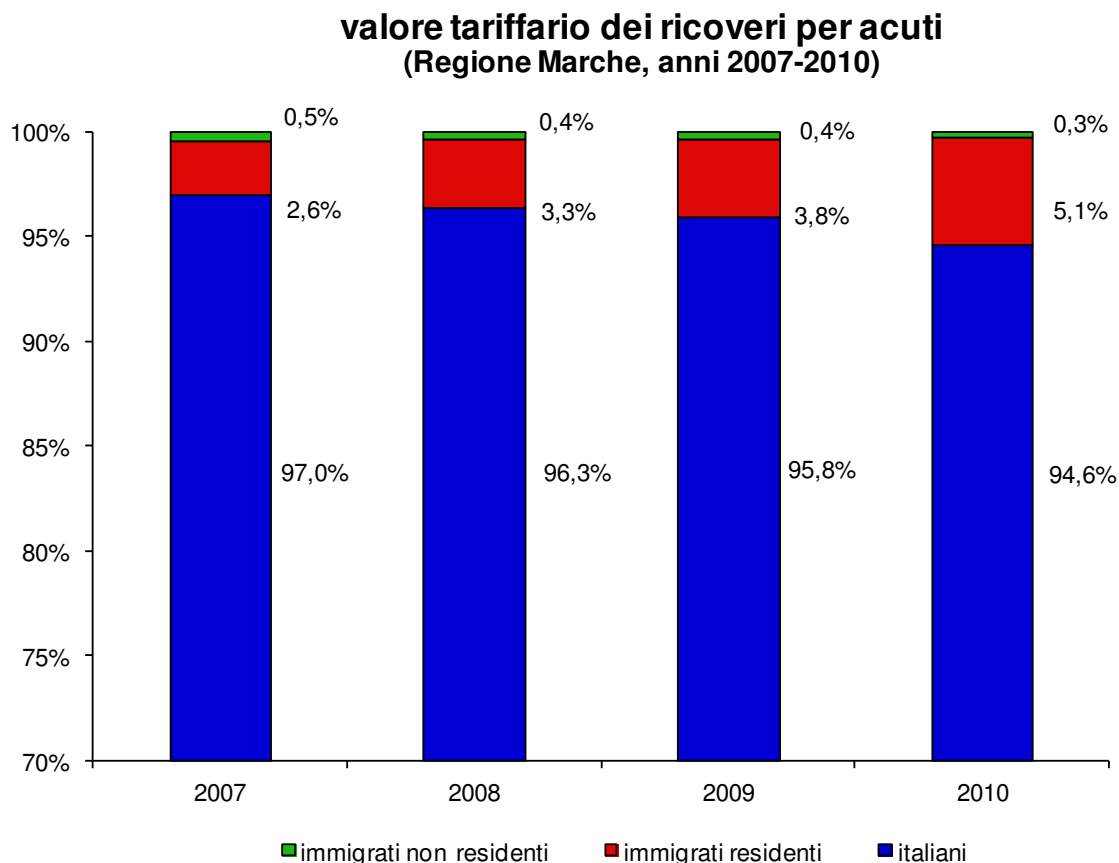
Fig. 1



Fonti: SDO Regione Marche, TUC anno 2010

Va sottolineato che l'andamento nel periodo 2007 – 2010 è sostanzialmente stabile e conferma quanto già rilevato nel precedente triennio 2003-2005 (fig. 2) pur con lieve aumento negli immigrati residenti attribuibile ad un relativo aumento degli immigrati regolari.

Fig. 2



Fonti: SDO Regione Marche, TUC anni 2007 - 2010

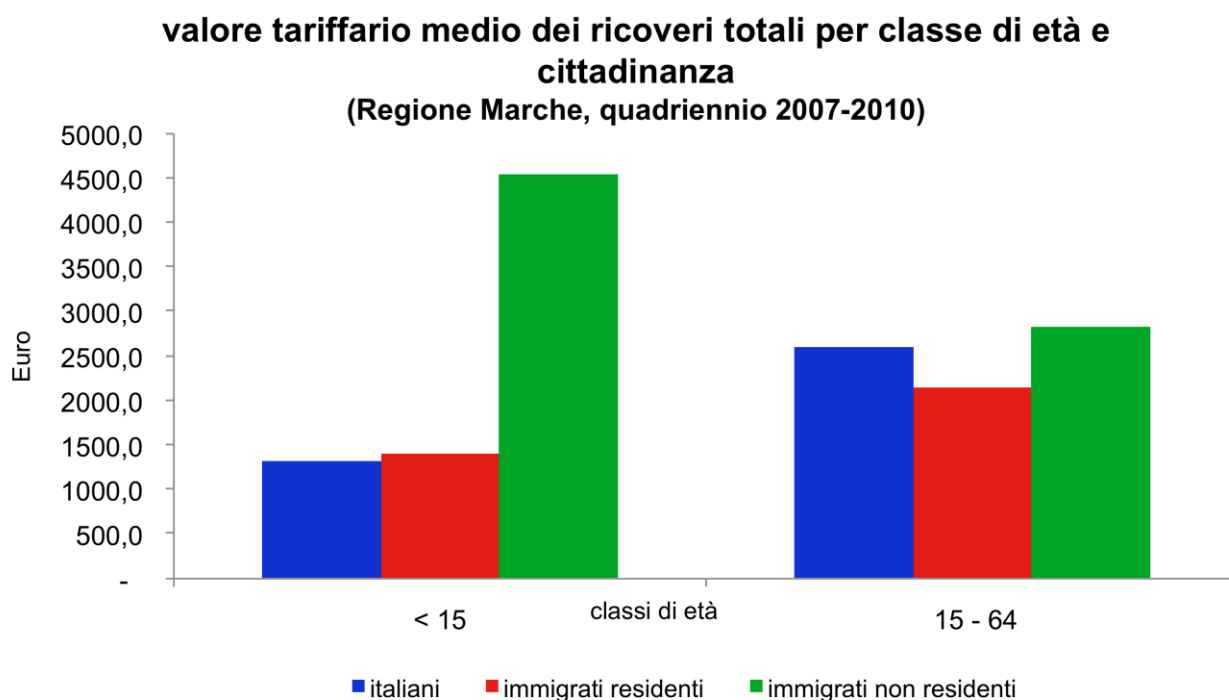
Riguardo al valore tariffario medio da attribuire a ciascun ricovero, si rileva che per gli immigrati regolarmente residenti questo è complessivamente inferiore a quello degli italiani, mentre per gli immigrati non residenti in Italia (che come già detto sono per la maggior parte extra-comunitari irregolari) esso è superiore sia a quello degli italiani che a quello degli immigrati residenti e questo si verifica in tutte le classi di età (fig. 3).

Particolarmente rilevante è il fatto che il valore tariffario stimato dei ricoveri in età pediatrica (0-14 anni) risulta nettamente superiore per i bambini "irregolari". Va segnalato che la bassa numerosità dei ricoveri in questa classe di età esaspera il fenomeno, ma eliminata la quota di variabilità, esso persiste ed è confermato anche dai dati di altre regioni.

Si deve precisare che il valore tariffario non esprime in termini assoluti il costo reale del ricovero in quanto la tariffa sia nazionale che regionale è il risultato di una "negoziatura" di

politica sanitaria tra “fornitori” e “acquirenti”. Risulta comunque utile per il confronto tra i tre gruppi di cittadinanza.

Fig. 3



Fonti: SDO Regione Marche, TUC anni 2007- 2010

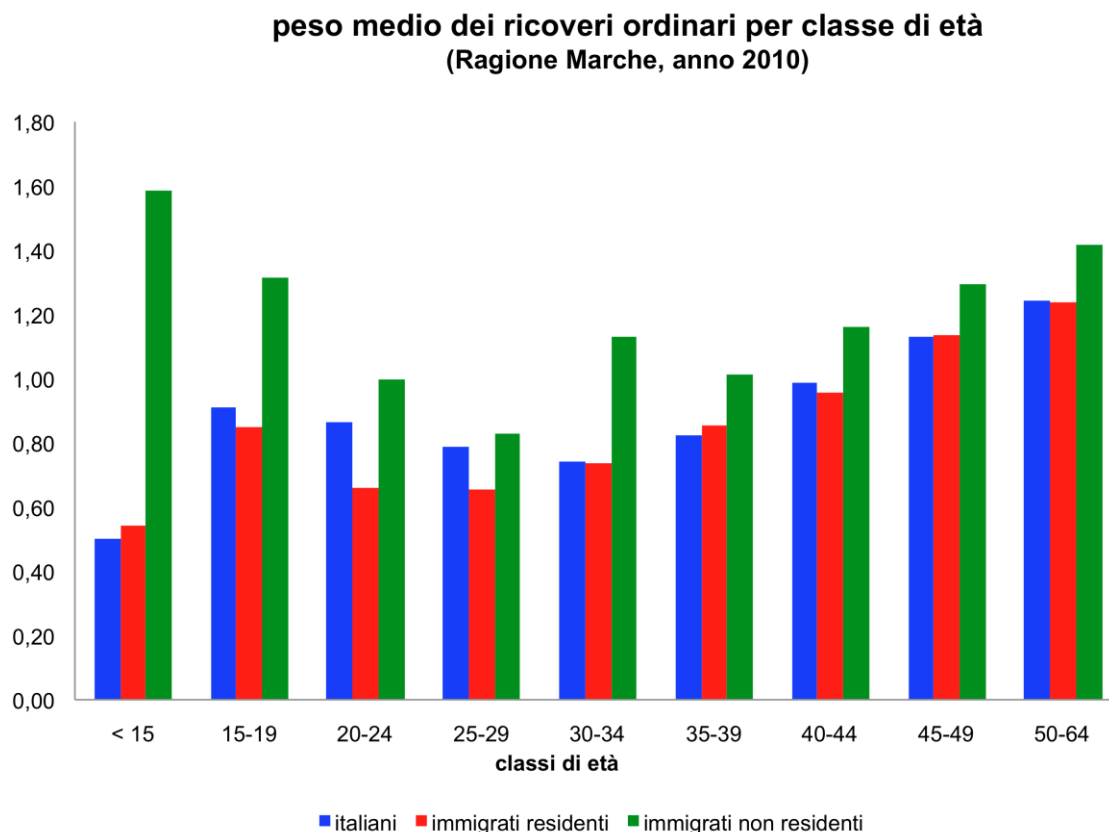
**NB** – La classe di età superiore a 64 anni non è stata utilizzata in quanto la numerosità dei ricoveri degli immigrati è troppo bassa e quindi soggetta ad una elevata variabilità casuale.

L’analisi del “peso medio” dei ricoveri ordinari nei tre gruppi di popolazione (il peso di un DRG esprime il grado di impegno relativo sia in termini di costi che di impegno clinico di ciascun DRG) conferma quanto rilevato a livello italiano nel triennio 2003-2005 ed evidenzia che per gli immigrati regolarmente residenti esso è inferiore rispetto a quello degli italiani, come è da attendersi. Gli immigrati sono infatti una popolazione più giovane degli italiani, che ricorre meno al ricovero e per lo più i ricoveri sono effettuati dalle donne per gravidanza/parto e interruzione volontaria di gravidanza. Gli italiani invece sono una popolazione più anziana e si ricoverano prevalentemente per patologie croniche complesse o neoplasie. Di rilievo è il fatto che gli immigrati non residenti, nonostante siano per composizione anagrafica uguali agli immigrati regolarmente residenti, hanno ricoveri con un peso medio superiore a quello degli immigrati residenti (dato analogo a livello italiano) e, nel caso delle Marche, complessivamente superiore anche a quello degli italiani (fig 4).

Come già detto il sistema tariffario unico è utile prevalentemente per effettuare il confronto tra i tre gruppi di popolazione; per avere una proxy della spesa sostenuta nella regione per i ricoveri ospedalieri va considerato il costo totale dell’assistenza ospedaliera per acuti, (al

netto della mobilità attiva e comprensiva della mobilità passiva), ricavata dai modelli LA che ogni regione calcola ed invia al Ministero ma, purtroppo, non resi disponibili per confronti tra le regioni.

**Fig. 4**



Fonti: SDO Regione Marche, TUC anni 2007- 2010

**NB** - La classe di età superiore a 64 anni non è stata utilizzata in quanto la numerosità dei ricoveri degli immigrati è troppo bassa e quindi soggetta ad una elevata variabilità casuale

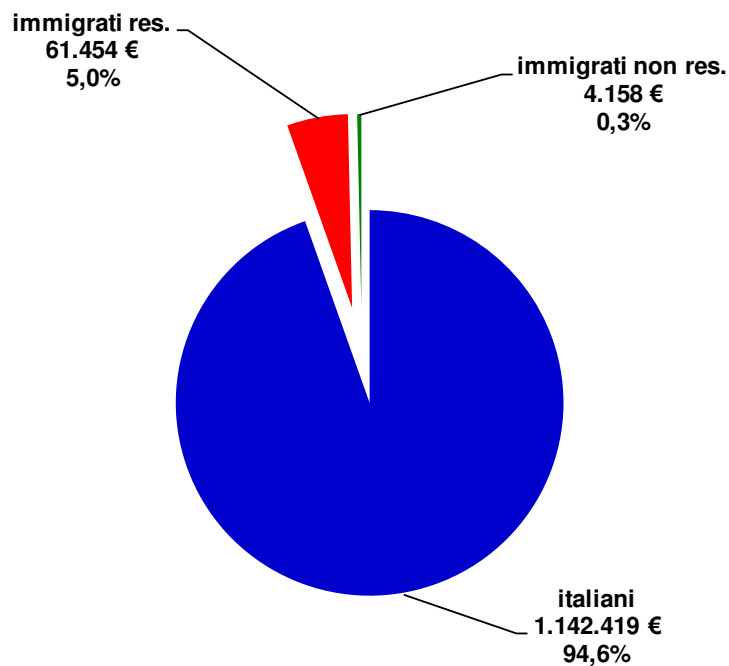
Quindi allo scopo di stimare la reale spesa complessivamente sostenuta per i ricoveri degli immigrati è stato utilizzato l'importo complessivo della spesa sostenuta per i ricoveri per acuti tratto dal modello LA della regione Marche, suddiviso secondo il valore tariffario dei ricoveri per ciascun gruppo di popolazione.

I risultati evidenziano che nel 2010 i ricoveri degli italiani (che sono il 93,2% del totale) consumano il 94,6% della spesa, i ricoveri degli immigrati regolarmente residenti (che sono il 6,5% di tutti i ricoveri) consumano il 5% e quelli degli immigrati non residenti (che sono lo 0,3%) consumano lo 0,3% della spesa (fig. 5). Il risultato, analogo al dato italiano e delle altre regioni è sovrapponibile a quello degli anni precedenti (fig. 6).



Fig. 5

**stima della spesa complessiva per i ricoveri per acuti,  
per cittadinanza (x 1.000 E.)  
(Regione Marche, anno 2010)**

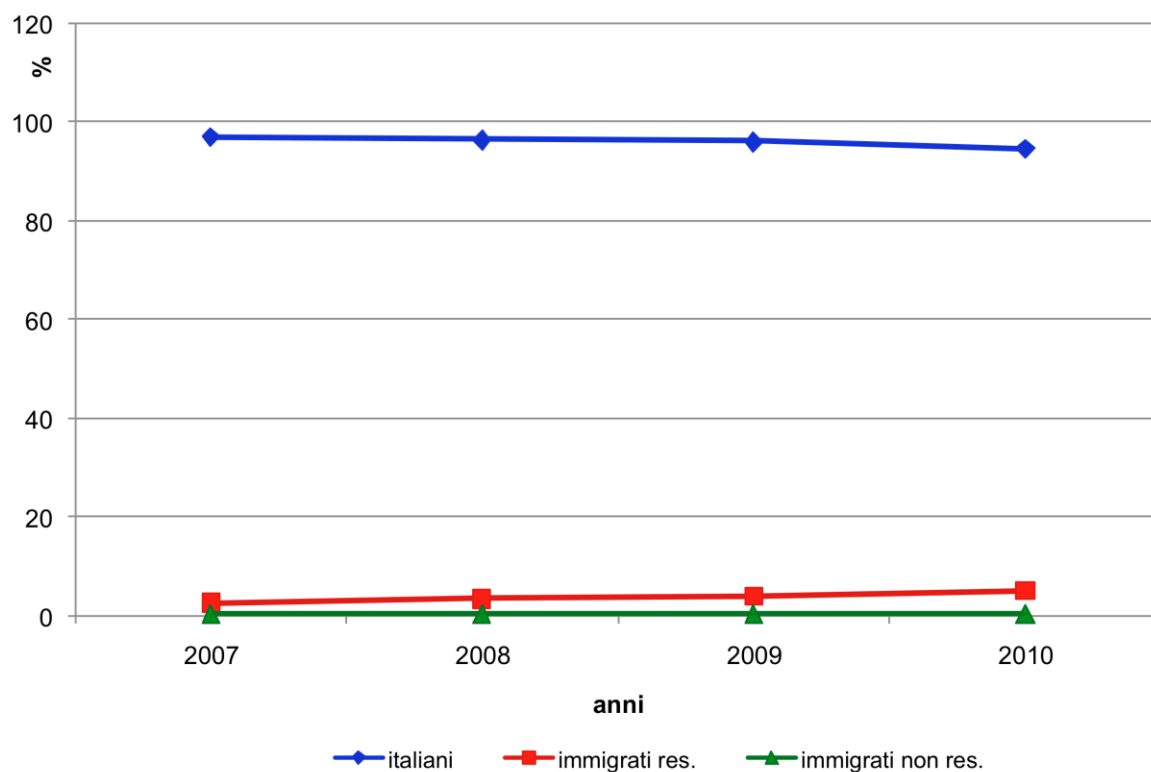


Fonti: SDO Regione Marche, TUC anni 2007- 2010, LA – Regione Marche

**NB** - Stima ottenuta sulla base dei dati del modello LA - Regione Marche e del valore tariffario dei ricoveri (importi in migliaia di euro)

Fig. 6.

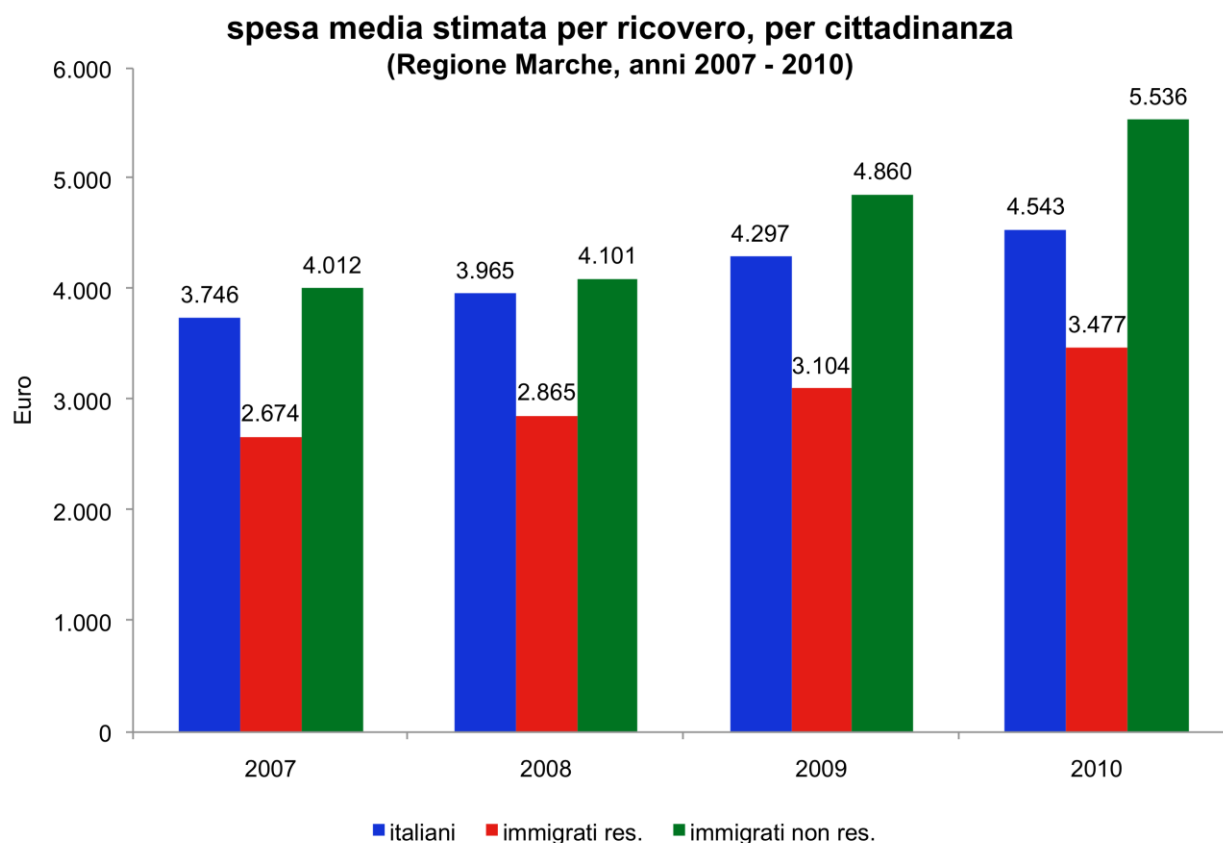
**Proporzione della spesa per i ricoveri per acuti  
per cittadinanza  
(Regione Marche, anni 2007 - 2010)**



Fonti: SDO Regione Marche, TUC anni 2007- 2010, LA – Regione Marche

Infine dal confronto della spesa media stimata per singolo ricovero tra i tre gruppi risulta che per gli italiani essa supera del 30-40% quella degli immigrati regolarmente residenti, mentre quella degli immigrati non residenti (che ricordiamo sono per lo più extra-comunitari irregolari), negli anni, è costantemente superiore del 40-60% (fig. 7).

**Fig. 7**



Fonti: SDO Regione Marche, TUC anni 2007- 2010, LA – Regione Marche

### **In conclusione**

La stima dei costi sostenuti per l'assistenza sanitaria agli immigrati può essere effettuata con una metodologia che è stata affinata negli anni dal gruppo di lavoro nazionale "Salute immigrati" a partire dalle prime valutazioni relative agli anni 2003-2005, pubblicate nel 2008.

La metodologia utilizza i flussi economici sanitari ad oggi disponibili a livello nazionale e regionale che hanno dei limiti legati alla affidabilità dei dati e alle diverse modalità di contabilizzazione impiegate nelle regioni, il che rende difficile il benchmark e la stima del costo reale.

Le stime relative dei costi dei ricoveri per acuti effettuate mediante il sistema tariffario unico nazionale, evidenziano che il 94,57% del costo è da attribuirsi ai ricoveri degli italiani, il 4,09% a quelli degli immigrati regolarmente residenti in Italia e appena lo 0,34% a quelli non residenti, per lo più rappresentati da extra-comunitari "irregolari".

Nella classe di età pediatrica (0-14) il valore tariffario medio di ciascun ricovero è di gran lunga superiore negli immigrati non residenti rispetto agli italiani e agli immigrati residenti in cui il valore è simile; tra gli adulti il valore più basso si rileva per gli immigrati residenti,

mentre quello degli italiani e degli immigrati non residenti sono simili.

Il peso relativo dei ricoveri, e dunque la complessità assistenziale, è maggiore per gli italiani, come è da attendersi, dato che gli italiani sono una popolazione più anziana e di conseguenza le più frequenti cause di ricovero sono rappresentate da malattie croniche in particolare malattie cardiovascolari e tumori (alta intensità assistenziale), mentre gli immigrati ricorrono di meno al ricovero e i ricoveri sono attribuibili per il 70% alle donne, più frequentemente per gravidanza/parto e per interruzione volontaria di gravidanza e per gli uomini a traumi (infortuni sul lavoro, incidenti) (14).

Se si confrontano le due sottopopolazioni di immigrati, i regolarmente residenti e i non residenti che, come già detto, essendo per lo più extra-comunitari senza permesso di soggiorno hanno un minor grado di "cittadinanza", non hanno diritto all'iscrizione al SSN e vivono condizioni di marginalità sociale, si nota che il peso dei ricoveri per questi ultimi è maggiore rispetto a quello degli italiani e può essere addirittura superiore, soprattutto nella classe di età pediatrica (0-14 anni) a quello degli italiani.

I dati relativi alla classe di età pediatrica che negli immigrati "irregolari" presenta ricoveri con valore tariffario e peso medio superiore a quelli degli immigrati regolarmente residenti suggeriscono la necessità di una presa in carico dei bambini da parte del pediatra di base ad evitare che arrivino in ospedale in condizioni di maggiore gravità con conseguenze e sulla salute e sui costi. A questo proposito si segnala che proprio l'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012 (1) prevede l'iscrizione al SSN e, quindi il pediatra di libera scelta anche per i bambini figli di "irregolari" e, dunque i SSR dovranno adempiere a tale obbligo.

Le attuali valutazioni condotte nella regione Marche per il quadriennio 2007-2010 consentono di concludere che, a partire dai dati LA relativi all'assistenza ospedaliera per acuti, la spesa per i ricoveri per gli immigrati regolarmente residenti è intorno al 5% e quella per i ricoveri degli immigrati non residenti è intorno allo 0,3%

La spesa media stimata per ricovero nelle tre popolazioni mostra che per gli italiani e per gli immigrati "irregolari" essa è costantemente superiore rispetto a quella degli immigrati regolarmente residenti. Se è comprensibile che gli italiani, in quanto popolazione più anziana e con patologie croniche necessitano di un'assistenza ospedaliera più complessa e quindi più costosa, la differenza tra immigrati regolarmente residenti e quelli irregolari - che hanno caratteristiche anagrafiche analoghe - dovrebbe suscitare l'attenzione dei decisori.

E' evidente che dovrebbero essere realizzati interventi *specifici* di promozione della salute e programmati servizi di base *adeguati* per questo gruppo di popolazione che risulta svantaggiato negli esiti di salute e più vulnerabile a causa di peggiori condizioni socio-economiche e che, quando ricorre al ricovero, necessita di assistenza più costosa.

Nell'attuale contesto nazionale in cui la necessità di ottimizzare le risorse è acclarata, fornire le cure di base a chi ne ha bisogno, a partire dai gruppi più vulnerabili, significa anche assumere la responsabilità di operare in termini di efficienza, oltre che contrastare le disuguaglianze, che come noto, hanno ricadute negative su tutta la collettività.

## Riferimenti bibliografici

1. Accordo Stato – Regioni (Rep. Atti n. 255/CSR) “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome”, G.U. n. 32 del 7 febbraio 2013, suppl. ord. 9.  
[http://www.statoregioni.it/Lista\\_Documenti.asp?Pag=2&DATA=20/12/2012&CONF=CSR](http://www.statoregioni.it/Lista_Documenti.asp?Pag=2&DATA=20/12/2012&CONF=CSR)
2. Decreto Legislativo 6 maggio 2011, n. 68 "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario"
3. Legge 5 maggio 2009, n. 42 "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"
4. Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e Intesa del 3 dicembre 2009 (ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera a)
5. Laura Arcangeli, Claudio De Vincenti, 2008: La politica sanitaria
6. Claudio De Vincenti, 2008: LEA e Costi standard, come uscire dalla nebulosa
7. Criteri per l’allocazione regionale delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano Federico Spandonaro, Francesco Saverio Mennini, Vincenzo Atella, 2004
8. Progetto Ministero della Salute/CCM “Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia” – Coordinamento Osservatorio Diseguaglianze nella Salute, Regione Marche e gruppo di lavoro “Salute immigrati”: Regione Piemonte - Servizio Epidemiologia/ASLTO3 , Regione Lazio/ASP Lazio, Regione Emilia-Romagna/ASSR, AUSL Reggio Emilia, AUSL Cesena, Regione Puglia/OER, AIE, Agenas, ISTAT, INAIL  
<http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/74&idP=740>
9. La spesa sanitaria per gli immigrati, (A cura del gruppo di lavoro del progetto Ministero della Salute/CCM “Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia”), Monitor, 2008, n. 21  
[http://www.cestim.it/argomenti/21salute/21salute\\_2008\\_spesa\\_sanitaria\\_pe\\_gli\\_immigrati\\_monitor2\\_1\\_p100\\_108\\_agenas.pdf](http://www.cestim.it/argomenti/21salute/21salute_2008_spesa_sanitaria_pe_gli_immigrati_monitor2_1_p100_108_agenas.pdf)
10. Progetto Ministero della Salute/CCM 2010-2013 “La salute degli immigrati: il monitoraggio da parte dei SSR” - Coordinamento Agenas in collaborazione con Osservatorio Diseguaglianze Marche e gruppo di lavoro Regione Piemonte - Servizio Epidemiologia/ASLTO3 , Regione Lazio/ASP Laziosanità, Regione Emilia-Romagna/ASSR, AUSL Reggio Emilia, AUSL Cesena, Regione Puglia/Dip.Scienze Mediche e Chirurgiche, Univ. Foggia, Istat, INAIL  
<http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1326&idP=740>
11. La politica sanitaria, Arcangeli, De Vincenti, 2008
12. Ministero della Salute: Rapporto nazionale di monitoraggio dei Livelli essenziali di Assistenza, anni 2007-2009
13. Ministero della Salute: Adempimento “mantenimento dell’erogazione dei LEA” attraverso gli indicatori della griglia Lea, anno 2010

14. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi a cura del Gruppo di lavoro nazionale "Salute immigrati", anno 2009  
<http://www.ccm-network.it/progetto.jsp?id=node/1326&idP=740>