

Rivista N°: 2/2018  
DATA PUBBLICAZIONE: 17/04/2018

AUTORE: Ginevra Cerrina Feroni\*

## IL SISTEMA SANITARIO TEDESCO ALLA PROVA DELLA IMMIGRAZIONE

*Sommario: 1. Obiettivo del lavoro e fonti di documentazione. - 2. La tipologia di immigrati: categorie e dati. - 3. Cenni al diritto alla salute in Germania e inquadramento del sistema sanitario tedesco. - 3.1. L'impianto multilivello di competenze. - 3.2. Il sistema delle Casse malattie. - 4. Accesso alle prestazioni sanitarie e copertura finanziaria. - 4.1. La disciplina per gli immigrati regolari indigenti. - 4.2. La disciplina per i richiedenti asilo, i beneficiari di protezione sussidiaria e i rifugiati. - 4.3. Il voucher e la carta sanitaria - 4.4. La disciplina per gli immigrati irregolari. - 5. Il generale stato di salute degli immigrati. - 6. L'utilizzo delle prestazioni sanitarie da parte degli immigrati. - 7. L'impatto finanziario dell'immigrazione sul sistema sanitario e la misura della contribuzione degli immigrati al sistema. - 8. Considerazioni conclusive.*

### 1. Obiettivo del lavoro e fonti di documentazione

Tra i temi legati all'immigrazione e alle politiche di integrazione degli stranieri uno dei profili cruciali, non ancora sufficientemente esplorato, è certamente quello del rapporto tra immigrazione e sistemi sanitari nazionali. L'accesso degli immigrati alle prestazioni sanitarie costituisce, infatti, un aspetto centrale per determinare il grado di accoglienza degli stranieri nel Paese d'arrivo e uno dei più significativi indicatori del loro livello di integrazione sociale. Sotto questo profilo l'esperienza tedesca rappresenta, in Europa, un caso di particolare interesse: non solo perché è stata interessata, specie negli ultimi anni, da ingenti flussi migratori, ma anche perché rappresenta uno dei modelli più avanzati di Stato sociale e, dunque, un test di particolare rilevanza ai fini dell'oggetto della ricerca. Basti considerare che in Germania il sistema sanitario è il pilastro fondamentale del modello di *welfare* e rappresenta una voce di spesa pubblica tra le più consistenti<sup>1</sup>. Gli interrogativi che stanno alla base di questa indagine sono molteplici e possono riassumersi nei seguenti: vi sono trattamenti diversificati

---

\* Ordinario di Diritto Costituzionale Italiano e Comparato nell'Università di Firenze.

<sup>1</sup>Cfr. i dati del documento sottoscritto dal Ministero federale per la Salute (*Bundesministerium für Gesundheit*), *Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland*, Berlin, 2016.

tra immigrati stabilmente residenti, profughi e irregolari? Quali sono le condizioni per l'accesso ai servizi di cura? Qual è la tipologia delle prestazioni erogate? Qual è l'utilizzo effettivo dei servizi? Ed, infine, qual è, la dimensione dei costi complessivi? È di immediata percezione, infatti, che il fenomeno della immigrazione sta avendo, anche nel sistema tedesco, importanti effetti di finanza pubblica. E, di conseguenza, occorre domandarsi se esiste effettivamente in Germania, a fronte della immigrazione che la sta interessando, un problema reale di tenuta del sistema di *welfare* sotto il profilo dei costi e della sua organizzazione. O se, al contrario, l'aumento demografico conseguente alla immigrazione non sia un modo per far fronte al sempre maggiore invecchiamento della popolazione tedesca<sup>2</sup>.

L'indagine di come il sistema sanitario tedesco si rapporta agli immigrati, specialmente nella emergenza che il Paese ha conosciuto negli ultimi anni, consente altresì di testare - oltre alle ripercussioni di natura economica e sociale dell'immigrazione sul sistema sanitario tedesco - proprio l'estensione dei confini del diritto costituzionale alla salute e, soprattutto, l'effettività della sua tutela. Il tema è di stringente attualità, basti considerare che l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte degli immigrati ha rappresentato per la Germania una delle priorità politiche nel corso delle ultime tre legislature<sup>3</sup> ed ha pure trovato esplicito riconoscimento in molti documenti ufficiali, tra cui il *Koalitionsvertrag* (accordo di coalizione) relativo alla legislatura da poco conclusa<sup>4</sup>. Allo stesso modo nel nuovo *Koalitionsvertrag* del 2018 si esprime la determinazione dei partiti di governo di «migliorare la partecipazione alle prestazioni sanitarie (soprattutto nel settore infermieristico) [...] indipendentemente dal loro background culturale e status» oltre che di «implementare le offerte assistenziali multilinguisti-

---

<sup>2</sup> La Germania ha la percentuale di popolazione più anziana d'Europa e la seconda nel mondo dopo il Giappone. Entro il 2060, è stato previsto che la Germania dovrebbe perdere circa 10 milioni di abitanti: la popolazione tedesca dovrebbe così passare da 80,8 milioni nel 2013 a 67,6 milioni nel 2060 (-16,3%). Cfr. il rapporto dello *Statistische Bundesamt (Destatis)*, *Bevölkerungsvorausberechnung 2017*, disponibile su <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html>.

<sup>3</sup> Come emerge dalle numerose prese di posizione del Responsabile federale del Governo per l'immigrazione e l'integrazione (*Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration*: indicazioni in [http://www.bikup.de/wp-content/uploads/2015/04/Publikation\\_Bundeskonferenz.pdf](http://www.bikup.de/wp-content/uploads/2015/04/Publikation_Bundeskonferenz.pdf). a cura del BAMF (*Bundesamt für Migration und Flüchtlinge*), si veda *Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft*, Berlin, 2016; sul sito del Governo federale <https://www.bundesregierung.de>, si può consultare il lavoro dal titolo *Sprachmittlung im Gesundheitswesen*, Berlin, 2015. Cfr. anche, a cura della *Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration GmbH*, il documento dal titolo, *Pflege und Pflegeerwartungen in der Einwanderungsgesellschaft. Expertise im Auftrag der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Forschungsbereich)*, Berlin 2015.

<sup>4</sup> V. p. 106 del *Koalitionsvertrag* 18. *Legislaturperiode*, reperibile in [https://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile), nel quale i 3 partiti di Governo (CDU, CSU e SPD) si impegnano a adoperarsi per una più effettiva integrazione «in particolare nei campi del volontariato, della cultura, dello sport e della assistenza sanitaria». Il tema della partecipazione sociale dell'immigrato e della sua sensibilizzazione in tema socio-sanitario sono stati oggetto anche delle misure di integrazione dei tre Piani Nazionali per l'Integrazione (*Nationaler Aktionsplan Integration 2006-2010-2016*) che si sono succeduti degli anni. I Piani contenevano numerosi progetti sistematici di interazione reciproca tra componente immigrata e sistema socio-assistenziale tedesco. Le iniziative si sono contraddistinte per il tentativo di avvicinamento del sistema sanitario alle esigenze degli immigrati e hanno consistito, tra le altre cose, nella raccolta di dati socio-sanitari, nel miglioramento dell'informazione e nell'avvicinamento ai percorsi linguistico-culturali degli immigrati.

che»<sup>5</sup>. Corre l'obbligo di anticipare, fin da subito, che la questione dell'accesso alle prestazioni sanitarie in Germania si connette al tema dell'ingresso degli immigrati nel mercato del lavoro. È infatti proprio sul lavoro - non a caso oggetto di una significativa riforma, il c.d. *Integrationsgesetz*, entrata in vigore il 31 luglio 2016 - che si sta giocando in questi anni la più grande, ed audace, sfida tedesca della integrazione degli stranieri<sup>6</sup>.

La presente ricerca si è basata su dati di non facile reperimento. Non esiste infatti, a quanto ci consta, uno studio unitario sull'accesso sanitario degli stranieri, ma solo informazioni frammentate e non esaustive<sup>7</sup>. In Germania vengono, tuttavia, annualmente pubblicati una serie di report che esaminano, sotto differenti profili, la situazione sociale del Paese. Tra gli strumenti di documentazione che abbiamo utilizzato ai fini della estrapolazione dei dati necessari alla ricerca si segnalano: l'Ufficio federale di statistica (*Statistisches Bundesamt*)<sup>8</sup>; la Relazione annuale sullo stato degli stranieri (*Migrationsbericht*) commissionata dal Rappresentante del Governo per la migrazione, i profughi e l'integrazione (*Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration*, BAMF, 2016<sup>9</sup>); lo studio *Neue Potentiale* dell'Istituto per la popolazione e lo sviluppo di Berlino (*Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung*)<sup>10</sup>, ed altri studi minori<sup>11</sup>. Per quanto riguarda lo stato di salute degli immigrati, la fonte di riferimento principale è rappresentata dal R. Koch-Institut, che raccoglie, elabora e compara i risultati dei maggiori studi tedeschi in merito<sup>12</sup>. Ancora parziali sono i

---

<sup>5</sup> V. punto 3 del capitolo VIII (pag. 106) del *Koalitionsvertrag* 2018, rinvenibile in [https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag\\_2018.pdf?file=1](https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf?file=1).

<sup>6</sup> L'*Integrationsgesetz* è la prima fonte normativa unitaria a carattere federale per far fronte all'integrazione iniziale degli stranieri entrati in Germania. In esso si contemplano percorsi di breve, lungo e lunghissimo periodo che riguardano molti campi di interesse sociale: casa, lavoro, istruzione, formazione, lingua, sport, impegno sociale.

<sup>7</sup> Per quanto riguarda fonti e dati di spesa, si rinvia anche ai §§ 4 e, in particolare, 7 del presente saggio.

<sup>8</sup> Istituito nel 1953 come organo intero del Ministero degli interni, L'Ufficio federale di statistica (anche detto *Destatis*) si occupa di raccogliere, analizzare e presentare dati economici, sociali, ambientali per tutta la repubblica federale. Il suo scopo principale è di fornire informazioni statistiche obiettive, indipendenti ed altamente qualitative per il pubblico.

<sup>9</sup> *Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* (BAMF), *Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*, la cui undicesima ed ultima edizione (che ha modificato il proprio nome in *Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtsentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland*) è andata in stampa nel dicembre 2016.

<sup>10</sup> Il centro di ricerca è un *think tank* indipendente che svolge studi e ricerche sul tema dello sviluppo regionale e delle tendenze demografiche. Molti dei suoi studi sono stati commissionati tra gli altri, dal *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (BMFSFJ), dal *Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung* (BBSR), dal Ministero degli Interni del Brandeburgo e dalla Commissione Europea.

<sup>11</sup> Altre fonti di riferimento che prendono in considerazione le *policies* in tema di sanità pubblica, sono, ad esempio, BAMF, *Einwanderungsland Deutschland*, Berlino, 22 luglio 2016, testo in <https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Einwanderungsland%20Deutschland.html?view=trackDownload>; BAMF, *Zweiter Integrations indikatorenbericht*, Berlino, 2012; BAMF, *Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft*, Berlino, 2015, frutto degli atti della Conferenza federale sul rapporto tra sanità e immigrazione (sopra citato) e la relazione dell'ordine dei medici sul rapporto tra sanità ed immigrazione, *Deutsche Ethikrat, Migration und Gesundheit, Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung*, Hamburg, 2010; infine il già citato BAMF, *Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen*, Berlino, 2015.

<sup>12</sup> L'istituto è un'organizzazione responsabile per il controllo e la prevenzione delle malattie infettive che fa parte del Ministero della Salute federale. Tra i suoi contributi, ci si riferisce, in particolare, al rapporto *Gesund-*

dati dell'impatto della popolazione immigrata (in particolare dei richiedenti asilo) nel sistema sanitario tedesco sul lungo periodo. L'eterogeneità e le fluttuazioni di questi numeri sono, al momento, ancora troppo alte per consentire un'analisi di più ampia gittata temporale, prerequisito fondamentale per la programmazione di politiche strutturali ed efficaci.

## 2. La tipologia di immigrati: categorie e dati

Un'analisi di questo tipo impone un'opera preliminare di chiarificazione dei diversi status dei soggetti immigrati. Come, infatti, avremo modo di vedere nel proseguo (§ 4 ss.), l'accesso alle prestazioni sanitarie è strettamente collegato allo specifico status rivestito dallo straniero. Nella tradizionale distinzione tra gli immigrati per ragioni di studio o di lavoro (*Zuwanderer*) e i profughi (*Geflüchteten*), ovvero tutte quelle persone che si trovano in territorio tedesco in qualità di richiedenti asilo o protezione, il presente studio si è concentrato esclusivamente su questa seconda categoria.

Come è noto, all'interno della generica categoria dei profughi sono tre le tipologie di status che assumono rilevanza giuridica. La prima è quella di rifugiato (*Flüchtige*). Per il diritto internazionale "rifugiato" è lo status giuridicamente riconosciuto ad un individuo che ha lasciato il proprio Paese di provenienza per timore di persecuzioni personali legate alla propria razza, religione, opinione politica, orientamento sessuale. Sebbene la Legge Fondamentale tedesca faccia esplicito riferimento alla sola condizione della persecuzione politica (art. 16a comma 1 GG), è la normativa internazionale che è andata ad integrare il contenuto della disposizione costituzionale. La condizione del rifugiato è quella definita dalla Convenzione di Ginevra del 1951, ratificata dalla Germania nel 1953<sup>13</sup>. La seconda è quella del richiedente asilo (*Asylsuchende*), ovvero la posizione di colui che ha inoltrato la domanda per l'acquisizione dello status di rifugiato, senza averlo ancora ottenuto. La terza è quella del beneficiario di protezione sussidiaria (*Subsidiär Schutzberechtigter*), cioè la posizione di colui che, pur non rientrando nelle condizioni di chi possa godere dello status di rifugiato, correbbe pericolo nel ritornare nel proprio Paese d'origine. Una volta ottenuto l'asilo, il loro status è parificato, in tutto e per tutto, a quello dei rifugiati<sup>14</sup>. Merita segnalare che al momento, quasi la metà del numero di profughi presenti nel territorio tedesco, riveste la qualifica di beneficiario di protezione sussidiaria<sup>15</sup>. Più in generale, su una popolazione di 81.404.539, i tedeschi autoctoni corrispondono al 79% a fronte di un 21% di popolazione (circa 17,1 milioni

---

*heit in Deutschland - die wichtigsten Entwicklungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis - 2015.*

<sup>13</sup> Art. 16a comma 1 GG: "I perseguitati politici godono del diritto di asilo".

<sup>14</sup> La protezione sussidiaria è una categoria residuale ma prevede che il beneficiario possa usufruire delle medesime tutele riservate al rifugiato. In Germania nessuna normativa specifica dota questa categoria di migranti di uno status specifico. Pur tuttavia un riferimento normativo è individuabile nell'art. 15 della direttiva 2011/95/CE che determina anche i requisiti necessari per il riconoscimento dello status. Per le persone che soddisfano tali requisiti vige un divieto di espulsione (*Abschiebungsverbot*) ex § 60 Abs. 2, 3, 7 dell'*Aufenthalgesetz*.

<sup>15</sup> Per ragioni di semplicità, quando ci si riferirà a loro nel corso del presente scritto, verranno qualificati con il nome di rifugiati.

di persone) che ha una c.d. “*Migrationshintergrund*”, ovvero un retroterra di immigrazione, sia diretta, sia indiretta in quanto figli o nipoti di immigrati<sup>16</sup>. Circa il 55% del totale di persone con *Migrationshintergrund* presenti sul territorio tedesco (circa 9,3 milioni) possiede la cittadinanza tedesca<sup>17</sup>. La presenza straniera in Germania è stata in costante aumento negli ultimi anni, fino al biennio 2015-2016, quando gli ingressi hanno subito una vera e propria impennata<sup>18</sup>. Si è determinato anche un mutamento di tipologia di immigrati. Almeno fino al 2015, grazie anche ad accurate politiche di apertura e di integrazione nel mercato del lavoro, la Germania ha goduto di quella che è stata definita una “immigrazione di qualità”: il 37% dei nuovi arrivati possedeva, infatti, un titolo universitario e più del 60% vantava, comunque, una formazione altamente qualificata<sup>19</sup>. La maggior parte di tali persone avevano scelto la Germania per ragioni prevalentemente di lavoro o di ricongiungimento familiare. Ancora nel 2015 il numero degli stranieri si è mantenuto consistente: il 45% dei nuovi ingressi possedeva la nazionalità di uno Stato dell’Unione europea e un altro 13% proveniva da Paesi considerati parte dell’Europa geografica e con un tenore di vita relativamente alto<sup>20</sup>.

Tale quadro ha conosciuto un mutamento radicale negli anni 2015-2016. Si pensi che le persone accolte in terra tedesca solo nel 2016 sono state 745.545. In meno due anni il numero stimato di ingressi si è attestato su 1.250.000<sup>21</sup>. Nel 2016 i soggetti richiedenti asilo costituivano quasi il 60% degli ingressi totali. Numeri enormi anche per un Paese come la

---

<sup>16</sup> Secondo quanto dispone lo *Statistisches Bundesamt, Mikrozensus - Ausländische Bevölkerung*, Berlin, 2017 (testo in [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/AuslaendBevoelkerung2010200167004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/AuslaendBevoelkerung2010200167004.pdf?__blob=publicationFile)), i gruppi nazionali più consistenti, alla fine del 2016, erano: turchi, 2.851.350 (16,7% della popolazione straniera, in leggera descrescita rispetto alle precedenti rilevazioni); polacchi, 1.702.620 (10,1%); russi 1.222.056 (7,4%); kazaki 946.481 (5,7%); italiani, 776.499 (4,7%, in lieve aumento rispetto alle precedenti rilevazioni); rumeni 657.753 (3,4%).

<sup>17</sup> Cfr. *Statistisches Bundesamt: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2016*, Wiesbaden, 2017.

<sup>18</sup> Nell’anno 2015 son stati calcolati 2.137.000 nuovi immigrati accolti nel Paese, a fronte di 998.000 persone ritornate nei loro Paesi d’origine: un saldo positivo, dunque, di 1.139.000 unità. Cfr. *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 11. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration – Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtsentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland*, Berlin, dicembre 2016, in particolare il § 9, dedicato al tema della salute, testo on-line in [https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/11-Lagebericht\\_09-12-2016.pdf;jsessionid=93A8B1AB3FF279C4261DB4217C60FDC2.s2t1?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/11-Lagebericht_09-12-2016.pdf;jsessionid=93A8B1AB3FF279C4261DB4217C60FDC2.s2t1?__blob=publicationFile&v=4).

<sup>19</sup> Nello studio condotto dal *Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Neue Potenziale*, Berlin, 2015, testo in <http://www.berlin-institut.org/publikationen/studien/neue-potenziale.html>, si legge: “Dal 2005 la percentuale di laureati tra gli immigrati - di qualunque Paese di provenienza - è ben al di sopra della media nazionale. Solo il 10% degli immigrati non hanno alcun titolo di studio. Perciò non si può parlare di un’immigrazione povera (*Armutzuwanderung*) di massa”.

<sup>20</sup> Cfr. dati del *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 11. Bericht*, cit. e del *Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Neue Potenziale*, cit., secondo i quali la provenienza europea, anche se non ci dice niente sul grado di istruzione di queste persone, esclude, per definizione, il loro inserimento nelle categorie dei soggetti che possono beneficiare di protezione internazionale.

<sup>21</sup> Nel 2015 le domande di asilo sono state 474.649 (l’incremento del 2016 è quindi del 40%): il 36,9% dalla Siria, il 17,6% dall’Afghanistan e il 13,3% dall’Iraq. I dati sono reperibili in *BAMF, Schlüsselzahlen Asyl 2016, Berlin, 2017*, testo in [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Flyer/flyer-schluesselfzahlen-asyl-2016.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Flyer/flyer-schluesselfzahlen-asyl-2016.pdf?__blob=publicationFile) e *BAMF; Aktuelle Zahlen zur Asyl*, febbraio 2017, testo in [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-februar-2017.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-februar-2017.pdf?__blob=publicationFile) e in *BAMF, Aktuelle Zahlen zu Asyl (02/2017)*, Berlin, 2017.

Germania. Per far fronte ad un crescente malcontento interno ed ai pericoli concreti di fenomeni di ghettizzazione di tali masse di individui, il Governo federale, di concerto con i *Länder*, ha predisposto un piano di riparto dei rifugiati e dei richiedenti asilo. È all'interno del *Land* di assegnazione che ogni rifugiato o richiedente asilo può godere dell'assistenza di cui ha diritto. L'emergenza si è poi numericamente ridimensionata dopo il netto cambiamento politico del Governo tedesco che dal dicembre 2016 ha ripristinato rigidi controlli alle frontiere<sup>22</sup>.

### 3. Cenni al diritto alla salute in Germania e inquadramento del sistema sanitario tedesco

La tutela della salute riveste in Germania una posizione di primo piano all'interno della categoria dei diritti sociali, tanto da essere qualificata come onere basilare in capo allo Stato e diritto fondamentale<sup>23</sup>. Essa non solo costituisce, storicamente, uno dei primi diritti ad emergere a livello legislativo (sotto forma di assicurazione-malattia per operai e lavoratori dipendenti, come vedremo meglio nel prossimo paragrafo), ma rappresenta anche uno degli ambiti in cui il Tribunale costituzionale federale (*BVerfG*) ha avuto modo di esercitare una rilevante attività esegetica. Questo è certamente anche l'effetto della circostanza che la Legge Fondamentale tedesca non preveda alcuna disposizione che tuteli il diritto alla salute in modo espresso. A favore di tale scelta, ovvero l'inesistenza di un ancoraggio costituzionale esplicito, può certamente avere giocato la prospettiva di regionalizzazione dell'assistenza sanitaria e, dunque, il suo inserimento nelle materie residuali di competenza esclusiva dei *Länder*<sup>24</sup>. In ogni caso, tale lacuna costituzionale non ha impedito una minuziosa operazione ricostruttiva del suo contenuto e del suo ambito applicativo da parte della dottrina e della giurisprudenza costituzionale che hanno individuato la fonte costituzionale del diritto alla salute nell'art. 2 comma 2 GG, ovvero nella salvaguardia del "diritto alla vita e alla integrità fisica"<sup>25</sup>, in combinato con l'art. 1, co. 1 GG che disciplina il principio della "dignità umana" (*Mensche-*

---

<sup>22</sup> L'intervento di U. Di Fabio, *Migrationskrise als föderales Verfassungsproblem*, in *Zeitschrift für Staats- und Europawissenschaften*, n. 4, 2015, 517-541, sulla crisi migratoria, ha aperto il dibattito tra i costituzionalisti sulla legittimità dell'apertura delle frontiere alla luce delle disposizioni costituzionali e, in particolare, del rispetto dell'autonomia politica dei *Länder* che verrebbero ad essere fortemente danneggiati nei loro interessi dalla abdicazione della Federazione a monitorare i confini nazionali. Sul tema v. anche A. Gatti, *La dottrina tedesca in tema di forma di governo*, in *DPCE-online*, n. 3/2016, § 7.

<sup>23</sup> Cfr. *ex multis* BVerfGE 56, 54 (73) e BVerfGE 115, 25, dove si parla di un «Verpflichtung des Staats zum Schutz des dort genannten Rechtsgutes», ovvero un obbligo dello stato di proteggere il summenzionato bene giuridico [primario]. Per una rassegna dell'evoluzione costituzional-giurisprudenziale del diritto alla salute, E. Pestalozza, *Das Recht auf Gesundheit Verfassungsrechtliche Dimensionen*, Springer Medizin Verl. online, 2007, testo in [http://www.jura.fu-berlin.de/fachbereich/einrichtungen/oeffentliches-recht/emeriti/pestalozzac/materialien/staatshaftung/Pestalozza\\_Bundesgesundheitsbl\\_2007.pdf](http://www.jura.fu-berlin.de/fachbereich/einrichtungen/oeffentliches-recht/emeriti/pestalozzac/materialien/staatshaftung/Pestalozza_Bundesgesundheitsbl_2007.pdf).

<sup>24</sup> Tuttavia va precisato che, come si vedrà nel prossimo paragrafo, il tema della salute (e, tanto più, quello della salute degli stranieri) è una materia che può richiedere molto spesso il doppio intervento *Bund-Länder*.

<sup>25</sup> Così recita l'art. 2 GG: *Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit*. La semplice tutela delle fisiologiche attività delle funzioni somatiche, dei pregiudizi fisici è stata affiancata, nel corso del tempo, dal riconoscimento di altri ambiti di rilevanza costituzionale, quale il diritto a non subire danni psicologici e il diritto a non soffrire [BVerfGE 56, 54, (73)]. Per una ricognizione generale sugli ambiti coperti dalla disposizione dell'art. 2 GG, v. M. Sachs (a cura di), *Art. 2 - Grundgesetz Kommentar*, München, Beck, 2003, 155.

*nwürde*). Fin dal primo periodo post-bellico, la dottrina ha interpretato il testo dell'art. 2 co. 2 nel senso di riconoscere l'esistenza di un vero e proprio diritto (*Anspruch*) di chiunque, cittadino o straniero, al raggiungimento di determinati *standard* di cure e di assistenza medica<sup>26</sup>. Parimenti, la giurisprudenza costituzionale ha, a sua volta, posto l'accento sul rango assolutamente primario del valore-salute, non solo in quanto esso è riconosciuto - almeno nella sua dimensione essenziale - direttamente all'individuo (e dunque non legato alla sua necessaria appartenenza allo Stato), ma anche perché costituendo uno dei presupposti per la vigenza del *Sozialstaat*, è considerato un elemento imprescindibile della forma di Stato tedesca<sup>27</sup>. Costituiscono poi parte integrante della disciplina nazionale le fonti sovranazionali, alle quali la Costituzione tedesca riconosce rango superlegislativo<sup>28</sup>. Un'attenzione particolare va dedicata - fra i documenti elaborati nell'ambito delle Nazioni Unite - al Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali (e in particolare all'art. 12)<sup>29</sup>; per quanto riguarda, invece, l'area che interessa il Consiglio d'Europa, è necessario richiamare la Carta Sociale Europea (artt. 11<sup>30</sup> e 13<sup>31</sup>) e, più in generale, gli artt. 2, 3 e 14 Cedu, secondo l'interpretazione che la Corte di Strasburgo ne ha dato nel corso degli anni<sup>32</sup>.

---

<sup>26</sup> Sul diritto alla salute in generale nell'ordinamento tedesco, cfr. P. Kirchhof, *Ein Recht auf Gesundheit*, Konrad Adenauer Stiftung, 2009. Secondo l'interpretazione più autorevole del disposto dell'art. 2 GG, essendo la salute ritenuta un diritto inerente la persona, allo Stato è imposto un dovere di garanzia verso tutti coloro che sono sottoposti alla sua giurisdizione, con una legittima differenziazione proprio in materia di immigrazione e basata sul criterio della regolarità del soggiorno. In proposito cfr. J. Isensee, P. Kirchhof (a cura di), *Art. 2 GG - Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland*, vol. 1, München, C.F. Müller Verl., 2005). Così anche il *BVerfG*, che, richiamando il disposto dell'art 19 co. 2 GG, rammenta come in nessun caso un diritto fondamentale possa essere leso nel suo contenuto essenziale.

<sup>27</sup> *Ex multis*, *BVerfGE* 57, 70 (99) (*Universitäre Krankenversorgung*). Ma questo principio non vale solo per la Germania: anche nel nostro Paese, come ricorda A. Catelani, *La sanità pubblica*, in G. Santaniello (diretto da), *Trattato di diritto amministrativo*, Padova, Cedam, 2010, 45, «l'istituzione del Servizio sanitario nazionale costituisce in assoluto la manifestazione più significativa e più qualificata dello Stato sociale». D. Paris, *Brevi note sul diritto alla salute nella giurisprudenza costituzionale tedesca e italiana*, in R. Balduzzi (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2009, 323-339 evidenzia tuttavia come la ricostruzione giurisprudenziale, essenzialmente volta a colmare una lacuna, e quindi ad individuare una garanzia di tipo sostanziale del diritto alla salute, non abbia elaborato un nucleo certo ed irriducibile di prestazioni a tutela della salute, ma quest'ultimo rimanga sostanzialmente legato al concetto di obbligo dei pubblici poteri di garantire un'esistenza di vita dignitosa.

<sup>28</sup> Il principio della cd. *Völkerrechtsfreundlichkeit* (apertura al diritto internazionale) è un principio che caratterizza la Legge Fondamentale in virtù di un ben preciso complesso di norme (artt. 23, 24, 25, 26, 26 GG) nonché del suo preambolo. Tra gli atti di diritto internazionale che sanciscono il diritto alla salute è possibile ricordare la Costituzione dell'organizzazione mondiale della Sanità (1948), la Carta sociale europea (1961) e quello che è considerato come lo strumento centrale della protezione del diritto alla salute a livello internazionale, il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (1966). Tra le numerose Dichiarazioni Internazionali, è possibile rammentare la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948), la Conferenza Internazionale sulla *Primary Health Care* (1978) e la Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite (2000-2001).

<sup>29</sup> Art. 12.1. «Gli Stati parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire».

<sup>30</sup> Art. 11 (Diritto alla protezione della salute): «Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla protezione della salute, le Parti s'impegnano ad adottare sia direttamente sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche e private, adeguate misure volte in particolare: 1) ad eliminare per quanto possibile le cause di una salute deficitaria; 2) a prevedere consultori e servizi d'istruzione riguardo al miglioramento della salute ed allo sviluppo del senso di responsabilità individuale in materia di salute; 3) a prevenire, per quanto possibile, le malattie epidemiche, endemiche e di altra natura, nonché gli infortuni».

Il sistema sanitario tedesco è stato tradizionalmente considerato un modello universalistico, nel senso che, anche se è previsto un sistema di assicurazione malattia obbligatoria gestita da enti di natura pubblicistica o privatistica con autonomia amministrativa (le cd. Casse-malattia, *Krankenkassen*, v. *infra*), lo Stato ha, comunque sempre garantito l'iscrizione a tali Casse per tutti i soggetti legalmente residenti sul territorio, a prescindere dal loro reddito. Merita, tuttavia, precisare che dal 2007 il sistema sanitario tedesco ha subito una trasformazione sostanziale: l'elemento puramente universalistico è stato parzialmente ridimensionamento a seguito dell'introduzione della legge sul rafforzamento della concorrenza nelle assicurazioni pubbliche volta, appunto, ad introdurre strumenti di maggiore valorizzazione di quest'ultima ed un tendenziale sganciamento dal modello solidaristico puro<sup>33</sup>. Tale riforma non è solo il frutto di un orientamento della giurisprudenza costituzionale, ma è stata anche fatta oggetto di ricorsi davanti alla Corte di Karlsruhe che si sono però risolti con una conferma della legittimità costituzionale dell'impianto normativo. Il costante orientamento del Tribunale Costituzionale, infatti, si è mosso nel senso di affermare l'equilibrio tra due valori: da una parte la garanzia della salute come «*wichtiges Gemeinschaftsgut*», dall'altra, la ponderazione dei costi complessivi del sistema in una prospettiva che contemperi solidarietà, concorrenza ed efficienza<sup>34</sup>. Per tale ragione, se il livello di tutela del diritto alla salute nel siste-

---

<sup>31</sup> Art. 13 (Diritto all'assistenza sociale e medica): «Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto all'assistenza sociale e medica, le Parti s'impegnano: 1) ad accertarsi che ogni persona che non dispone di risorse sufficienti o che non è in grado di procurarsi tali risorse con i propri mezzi o di riceverli da un'altra fonte, in particolare con prestazioni derivanti da un regime di sicurezza sociale, possa ottenere un'assistenza adeguata e, in caso di malattia, le cure di cui necessita in considerazione delle sue condizioni; 2) ad accertarsi che le persone che beneficiano di tale assistenza non subiscano in ragione di ciò, una diminuzione dei loro diritti politici o sociali; 3) a prevedere che ciascuno possa ottenere mediante servizi pertinenti di carattere pubblico o privato, ogni tipo di consulenza e di aiuto personale necessario per prevenire, eliminare o alleviare lo stato di bisogno personale e familiare; 4) ad applicare, a parità con i loro concittadini, le disposizioni di cui ai paragrafi 1, 2 e 3 del presente articolo ai cittadini delle altre Parti che si trovano legalmente sul loro territorio in conformità con gli obblighi assunti ai sensi della Convenzione europea di assistenza sociale e medica firmata a Parigi l'11 dicembre 1953».

<sup>32</sup> La Carta Sociale Europea (o più precisamente il suo Annesso), delinea anche quelli che sono i limiti soggettivi alla propria applicabilità, la quale si rivolge agli «stranieri solo nella misura in cui si tratta di cittadini di altre Parti che risiedono legalmente o lavorano regolarmente sul territorio della Parte interessata». Sul punto v. C. Nivard, *Précisions sur les droits de la Charte sociale européenne bénéficiant aux étrangers en situation irrégulière*, in *La Revue des droits de l'homme*, 2014, 2. Come ricorda E. Zonca, *Cittadinanza sociale e diritti degli stranieri. Profili comparatistici*, Padova, 2016, 117 ss., a partire dalla fine degli anni '70 la Corte EDU ha cercato, a più riprese, attraverso l'interpretazione dei diritti civili e politici presenti nella Convenzione EDU, di aprirsi anche alla tutela delle prestazioni sociali, nella consapevolezza della loro strumentalità ai più fondamentali diritti della persona (art. 3 - divieto di trattamenti inumani e degradanti, art. 4 - diritto alla vita, ecc.).

<sup>33</sup> Il *Gesetz zur Stärkung des Wettwebers in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV - WSG)* ha introdotto, tra le altre cose, la distinzione tra tariffa base e tariffa a scelta (*Basis- e Wahltarife*) per le assicurazioni pubbliche, permettendo agli assicurati di decidere di pagare alcune prestazioni ulteriori e quindi di svincolarsi da un più ampio dovere di solidarietà. Sul punto si rimanda a L. Cristanelli, *Il sistema sanitario tedesco: disciplina federale e legge di riforma*, in A. Torre (a cura di), *Processi di devolution e transizioni costituzionali negli Stati Uniti* (atti del Convegno dell'Associazione DPCE), Torino, Giappichelli, 2007 e F. Saitto, *L'esperienza tedesca in M. Sesta (a cura di), L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute e principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, 147- 175.

<sup>34</sup> Cfr. BVerfG 1 BvR 706/08. In merito all'ordinamento giurisprudenziale che ha preceduto l'introduzione della riforma e che l'ha ispirata, cfr. *ex multis*, BVerfG, 2 BvF 2/01 (120).



ma tedesco risulta essere, in linea di massima, assai elevato, il concreto godimento, come emergerà dalle questioni esaminate nei prossimi paragrafi, è condizionato dalla peculiare organizzazione del sistema sanitario e, per lo specifico caso che riguarda gli stranieri extra-UE, dal “grado di appartenenza” allo Stato.

### **3.1. L'impianto multilivello di competenze**

Da un punto di vista strutturale, il sistema sanitario tedesco risulta di notevole complessità. Esso presenta due caratteristiche di fondo: l'impianto multilivello di competenze e il sistema delle Casse malattie. Sotto il primo aspetto, va sottolineato come la scelta dell'organizzazione sanitaria multilivello abbia risentito della struttura federale dell'ordinamento. Da evidenziare che la competenza in materia di immigrazione rientra tra le competenze esclusive della federazione (art. 73 co. 1 punto 3 GG), mentre la sanità è ambito riservato alla competenza esclusiva dei *Länder*, con l'eccezione di alcune discipline, tra le quali è da ricomprendersi anche lo specifico aspetto riguardante la salute degli immigrati, da collocare nell'ambito della legislazione concorrente<sup>35</sup>. Il *Bund* viene coinvolto per interventi cd. di necessità, ovvero per garantire eguali condizioni di vita, a tutela dell'unità giuridica ed economica (art. 72 co. 2 GG) o per la regolazione delle prestazioni che devono essere garantite dalle Casse malattia<sup>36</sup>. Per questa ragione, di regola, il *Bund* non è coinvolto nel sistema sanitario né come finanziatore, né come gestore, né come proprietario di aziende sanitarie (salvo limitate eccezioni, ad esempio gli ospedali militari). Si può dire però che esso governi complessivamente il sistema, definendo le politiche sanitarie generali per il Paese e i livelli minimi di uniformità della disciplina normativa<sup>37</sup>.

Programmazione, organizzazione e finanziamento dei sistemi sanitari e delle loro rispettive prestazioni sono competenze esclusive dei *Länder*<sup>38</sup>. Anche i Comuni possono go-

---

<sup>35</sup> Come ricorda M. D'Angelosante, *Sistemi universalistici e occupazionali a confronto*, in A. Pioggia et al., *I sistemi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità*, Rimini, Maggioli, 2011, 32 in ragione del loro carattere ibrido, la disciplina delle assicurazioni, il regime per l'esercizio delle professioni sanitarie, la distribuzione dei prodotti farmaceutici, le azioni di cura e di prevenzione collettiva, la procreazione mediamente assistita rientrano nell'ambito di legislazione concorrente.

<sup>36</sup> Per un inquadramento delle norme costituzionali federali, cfr. L. Cristanelli, *Il riparto costituzionale delle competenze legislative nel sistema sanitario tedesco*, in R. Balduzzi (a cura di), *Sistemi costituzionali*, cit., 125-153, in particolare 128-138.

<sup>37</sup> Tale inquadramento emerge anche nei più recenti report del *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG), *Aufgaben und Organisation des Bundesministeriums für Gesundheit*, 2017, testo online in <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html> e BMG, *Schaubild: Das Gesundheitssystem*, 2017 testo online in [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/M/Ministerium/Plakat\\_Schaubild\\_Das\\_Gesundheitssystem\\_Der\\_Staat\\_setzt\\_den\\_Rahmen.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/M/Ministerium/Plakat_Schaubild_Das_Gesundheitssystem_Der_Staat_setzt_den_Rahmen.pdf), in cui si fa menzione anche delle strutture di raccordo si carattere federale finalizzate a mantenere una certa uniformità tra le varie legislazioni dei *Länder*.

<sup>38</sup> Cfr. M. Simon, *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktion*, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2016, il quale sottolinea come siano i singoli *Länder* che programmano e finanziano gli investimenti e le infrastrutture (ospedali, reparti, attrezzature, accessi alle convenzioni e formazione specialistica), accreditano i volumi di produzione, finanziano i sistemi di integrazione ospedale-territorio ed effettuano il controllo di legittimità: possono, ad esempio, controllare l'attività dei medici e orientarne i comportamenti verso i farmaci meno costosi ed effettuare una sorveglianza sulla qualità dell'assistenza ospedaliera.

dere di una autonomia organizzativa e funzionale ed elaborare, all'interno della generale cornice di regolazione prevista a livello federale, propri modelli di assistenza sanitaria (sia per le cure di prima accoglienza che per quelle di stabile, strutturata assistenza)<sup>39</sup>. Non è un caso, infatti, che i generali modelli di assistenza agli immigrati portino il nome del *Land* o del Comune in cui sono stati per la prima volta sperimentati. I modelli "Brema", "Francoforte sul Meno", "Düsseldorf", per citare solo i più importanti<sup>40</sup>. Nonostante le importanti competenze legislative ed amministrative dei *Länder*, il sistema sanitario tedesco resta sostanzialmente unitario e caratterizzato da una vasta regolamentazione legislativa federale che garantisce da rischi di eccessivi squilibri tra gli stessi *Länder*. Accanto al ruolo esercitato dal *Bund*, l'ulteriore omogeneizzazione della disciplina è realizzata attraverso circolari vincolanti emanate dal *Gemeinsamer Ausschuss*, il Comitato di autogoverno delle amministrazioni sanitarie regionali, dalle Associazioni federali dei medici e delle *Krankenkassen* (v. *infra*)<sup>41</sup>. Casse malattia e Associazioni dei medici operano comunque all'interno di regole amministrative modificabili solo dallo Stato centrale.

### 3.2. Il sistema delle Casse malattie

La seconda caratteristica del sistema tedesco è data da una rete di *Bundeskrankenkassen* (*BKK*), letteralmente Casse-malattia federali. Si tratta di istituti di assicurazione sanitaria di natura "pubblica" - e in questo caso si parla di *gesetzliche Krankenkassen* - oppure privata<sup>42</sup>. Le Casse-malattia programmano, negoziano e acquistano le prestazioni per i propri assistiti sia con gli ospedali che con i medici convenzionati<sup>43</sup>. L'obbligo di iscrizione ad una assicurazione (non importa se privata o pubblica) trova il suo fondamento giuridico nelle disposizioni del II capitolo del V Libro del *Sozialgesetzbuch, SGB* (in particolare i §§ 5 ss.) e grava su tutti i residenti in Germania, cittadini e stranieri con un titolo temporaneo di soggiorno, non indigenti. In sintesi, chi vive e lavora in Germania, a prescindere dal proprio status di

---

<sup>39</sup> R. Tunder, J. Ober., *Einführung in das deutsche Gesundheitssystem Historie, Grundstrukturen und Basisdaten*, Health Care Management Institut - working paper, febbraio 2017, 10, testo online in [http://www.ebs-hcmi.de/medien/pdf-index/Tunder-R.-Ober-J.-2017\\_Einfuehrung-in-das-dt-Gesundheitssystem.pdf](http://www.ebs-hcmi.de/medien/pdf-index/Tunder-R.-Ober-J.-2017_Einfuehrung-in-das-dt-Gesundheitssystem.pdf).

<sup>40</sup> Su cui *infra*, in relazione all'accesso alle prestazioni sanitarie.

<sup>41</sup> In merito agli strumenti di autogoverno dell'ordine dei medici e della loro natura di fonte del diritto, v. R. Tunder, J. Ober., *Einführung in das deutsche Gesundheitssystem*, cit., 16.

<sup>42</sup> Con la sigla *BKK* vengono indicate tutte le Casse malattia aziendali in Germania. Sono la forma più antica di assicurazione sanitaria tedesca. All'inizio del 1900 i lavoratori e gli imprenditori assunsero insieme l'iniziativa di fondare la prima "Cassa malattia", basata sul principio della solidarietà per i lavoratori e le loro famiglie. Nacquero così le *BKK*. Sul modello delle Casse malattia aziendali si sviluppò poi l'intero sistema di assistenza sanitaria pubblica (*Gesetzliche Krankenversicherung, GKV*) in Germania. Fino alla metà degli anni '90 del ventesimo secolo, le singole Casse aziendali rimasero legate alle imprese d'origine. Con l'introduzione della concorrenza fra le Casse malattia si è arrivati alle circa 180 Casse aziendali oggi esistenti. In seguito all'ampliamento delle possibilità di scelta, sempre più assicurati hanno optato per una Cassa malattia aziendale, cosicché oggi l'assicurazione sanitaria aziendale, con più di 14 milioni d'assicurati e una fetta di mercato di circa il 20%, occupa il terzo posto fra i tipi di Cassa del sistema sanitario pubblico.

<sup>43</sup> Per le funzioni ospedaliere, l'Associazione regionale delle mutue sottoscrive un contratto con ogni ospedale, mentre per le funzioni ambulatoriali negozia un accordo globale con l'Associazione regionale dei medici.

cittadino o straniero, è tenuto a stipulare un'assicurazione sanitaria pubblica<sup>44</sup>. Si parla infatti in proposito anche di assicurazione obbligatoria (*Pflichtversicherung*) in quanto la quasi totalità dei suoi iscritti è costituita proprio da persone su cui grava tale obbligo. Il premio viene coperto dai contributi dell'assicurato, in base al suo reddito mensile, e del datore di lavoro. In caso di malattia o incidente la Cassa si fa carico di tutte le spese necessarie, con l'esclusione di quelle accessorie. Nel sistema di assistenza sanitaria pubblica (*Gesetzliche Krankenversicherung, GKV*) vale il principio della solidarietà: nessuna rilevanza nel calcolo dei contributi riveste la situazione familiare, il sesso, l'età dell'assicurato o la frequenza delle sue malattie, ma solo la propria situazione reddituale. Eccezionalmente, per coloro che raggiungono o superano la soglia di un determinato reddito, è prevista la facoltà di optare per un istituto di assicurazione privata, ad esempio i lavoratori dipendenti che per tre anni consecutivi guadagnino più di un certo importo, oppure i funzionari pubblici o i lavoratori autonomi<sup>45</sup>. Diversamente dall'assicurazione sanitaria pubblica, i contributi dell'assicurazione sanitaria privata non vengono calcolati in base al reddito, ma in base all'età, al sesso, allo stato di salute e alle prestazioni richieste. Ogni polizza stipulata con un'assicurazione sanitaria privata è infatti individualizzata, cosa che permette all'assicurato di scegliere liberamente le prestazioni da inserirvi<sup>46</sup>.

#### 4. Accesso alle prestazioni sanitarie e copertura finanziaria

Per l'accesso alle prestazioni sanitarie e per la copertura finanziaria di dette prestazioni, bisogna distinguere tra: immigrati regolari indigenti, rifugiati e richiedenti asilo, immigrati irregolari.

---

<sup>44</sup> Circa il 90% della popolazione è assicurata presso una delle Casse malattia dell'assicurazione sanitaria pubblica (per esempio AOK, BKK, DAK o IKK). V. i dati e le comparazioni in [www.krankenkassenzentrale.de](http://www.krankenkassenzentrale.de). La disciplina della assicurazione sanitaria pubblica (*gesetzliche Krankenversicherung*) rientra tra le materie concorrenti ex art. 74 co. 1 n. 12 GG. Questa, secondo una definizione condivisa in dottrina, si intende come quella «comunità di solidarietà a carattere obbligatorio con funzione di protezione contro i grossi rischi della vita», cfr. H. Jäger, *Einführung in die Sozialversicherung*, Berlin, Schmidt, 1998, 24. Essa costituisce uno dei cinque pilastri della legislazione sociale tedesca. La Federazione non ha risparmiato i propri interventi in materia, arrivato ad integrare il Codice della legislazione sociale (*Sozialgesetzbuch*) di più di 400 paragrafi riguardanti l'ambito della salute e la sua organizzazione, tanto che si può parlare di un vero e proprio Codice della legislazione sanitaria. Cfr. J. Luther, *Appunti per lo studio giuridico dei sistemi sanitari comparati*, in R. Balduzzi, *Sistemi costituzionali...cit.*, 316.

<sup>45</sup> È il § 6 del V libro del SGB ad individuare i cd. *Versicherungsfrei*, quelle persone non soggette a obbligo di assicurazione pubblica. Come si vedrà nel proseguito, anche coloro che non raggiungono un determinato reddito minimo sono esenti dall'assicurazione obbligatoria, appoggiandosi invece al sistema di assistenza sociale. Cfr. R. Schlegel, *German Healthcare - Towards Universal Access*, in *The Journal of contemporary health law and policy*, 2002, 675 ss.

<sup>46</sup> Sul sistema delle Casse si consenta un rinvio a G. Cerrina Feroni, *Pubblico e privato nell'erogazione delle prestazioni sanitarie: Italia, Germania, Svizzera a confronto*, in *La salute negli Stati compositi, tutela del diritto e livelli di governo*, Atti del Convegno dell'Associazione di Diritto Pubblico Comparato ed Europeo, Torino, Giappichelli, 2012, n. 1/2012, 82 ss.

#### **4.1. La disciplina per gli immigrati regolari indigenti**

I presupposti che consentono agli immigrati regolari (di lungo soggiorno) l'accesso alle cure non differiscono da quelli previsti per i cittadini tedeschi: per entrambi infatti sussiste il generale obbligo di assicurazione, con la sola differenza che, per quanto riguarda gli immigrati extra-comunitari, la prova dell'avvenuta assicurazione costituisce uno dei requisiti indispensabili per il rinnovo o la conservazione del permesso di soggiorno<sup>47</sup>. Per coloro che non sono assicurati, o per meglio dire, che non hanno la capacità finanziaria sufficiente per stipulare una polizza con una *Krankenkasse*, si applicano le disposizioni del XII Libro del Codice della Legislazione Sociale (*SGB XII*). Secondo tale normativa, agli stranieri legalmente residenti, che non dispongano dei mezzi economici necessari a far fronte alle spese di prima necessità (c.d. indigenti), viene concesso un sussidio sociale (*Sozialhilfe*)<sup>48</sup>. Tra i servizi ricompresi nel sussidio vi è l'inserimento d'ufficio degli indigenti in una Cassa malattia pubblica. Più precisamente, l'Ufficio per i servizi sociali, acquisita la documentazione attestante lo stato di disagio economico, ex § 82 Abs. 2 e 3 *SGB*, solleciterà la persona interessata a scegliere una tra le Casse malattia pubbliche o la assegnerà ad una di esse. Le spese per la sottoscrizione della polizza presso una *Krankenkasse* sono sostenute dalle Agenzie statali competenti: il *Sozialamt* (ufficio servizi sociali) e il *Gesundheitsamt* (ufficio sanitario pubblico nazionale), in ottemperanza al § 264 Abs. 2 del *SGB*. Se ne può concludere quindi che allo straniero regolare è garantita una tutela sostanzialmente omogenea a quella dei cittadini tedeschi.

#### **4.2. La disciplina per i richiedenti asilo, i beneficiari di protezione sussidiaria e i rifugiati**

Il diritto all'assistenza sanitaria è previsto, ex § 1 della legge sulle prestazioni per i richiedenti asilo (*Asylbewerberleistungsgesetz - AsylbLG*), per i richiedenti asilo stessi, i beneficiari protezione sussidiaria (che sono ad essi, sotto questo profilo, del tutto parificati) ed i rifugiati.

L'approccio del sistema sanitario nazionale al profugo viene ripartito in due fasi temporalmente distinte. Una prima fase, che si attiva al momento dell'arrivo in Germania e fino al 15° mese; una seconda fase, che inizia a decorrere a partire dal 16° mese di permanenza.

Nella prima fase, al profugo viene garantita, in forza del § 4 dell'*Asylbewerberleistungsgesetz*, l'assistenza sanitaria per tutto il complesso di patologie

---

<sup>47</sup> Ulteriori requisiti sono la mancanza di precedenti penali e la dimostrazione di un reddito sufficiente per sé e le persone a carico.

<sup>48</sup> *Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, § 23 Sozialhilfe für Ausländerinnen und Ausländer: (1) "Ausländern, die sich im Inland tatsächlich aufhalten, ist Hilfe zum Lebensunterhalt, Hilfe bei Krankheit, Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Hilfe zur Pflege nach diesem Buch zu leisten"*.

acute o per gli stati di dolore acuto, cioè per tutte le situazioni a carattere emergenziale<sup>49</sup>. Tale disposizione è integrata dal successivo § 6 Abs. 1 n. 5 che permette alle Autorità responsabili (a seconda dei casi, *Land* o Comune di residenza) la concessione gratuita di trattamenti sanitari ulteriori rispetto a quelli strettamente emergenziali, come quelli legati a malattie croniche o disabilità. Alla luce di questa disposizione, i profughi beneficiano, oltre che di visite ambulatoriali all'intero della propria struttura di accoglienza, delle seguenti profilassi: a) visite di prevenzione durante la gravidanza, prestazioni per il parto e assistenza dopo la nascita; b) visite di prevenzione medica previste dalle Casse malattia pubbliche (visite per bambini infra-tredicenni, visite ginecologiche di diagnosi precoce, diagnosi precoce annuale del cancro per donne sopra i 20 anni e uomini sopra i 45 anni); c) visite di prevenzione dentistica ogni sei mesi per bambini e giovani sotto i 18 anni, successivamente visite di prevenzione annuali; d) vaccinazioni "usuali": il tetano, la difterite, le vaccinazioni contro la poliomielite per adulti, anche altre vaccinazioni a seconda dal rischio a cui la persona è esposta (bisogna tener conto anche della situazione del Paese di provenienza)<sup>50</sup>. In questa prima fase, le prestazioni possono essere ottenute attraverso *voucher* oppure, ove prevista, attraverso l'utilizzo della Carta sanitaria. Nel primo caso il pagamento è in capo direttamente al *Land* o al Comune (a seconda degli accordi che sono stati sottoscritti tra *Land* e Comuni), mentre ove sia prevista una carta sanitaria (e dunque un'iscrizione ad una Cassa malattia), sarà la stessa Cassa a pagare, per poi rivalersi sul *Land* o sull'Comune in cui l'assistenza è stata fornita.

#### **4.3. Il voucher e la carta sanitaria**

In un primo tempo (e tutt'ora in quei *Länder* dove la Carta sanitaria non è stata introdotta) la procedura di assistenza prevedeva che l'unico modo per fruire dell'esenzione dal pagamento del ticket sanitario fosse la presentazione, da parte del rifugiato, prima di ogni singolo trattamento, di un documento che certificasse la necessità della prestazione (*Behandlungsschein*) e l'esonero dal pagamento (*Befreiungsausweis*). Il documento era ottenuto dall'Ufficio per i servizi sociali competente (*Sozialamt*) o dall'Ufficio sanitario (*Gesundheitsamt*) di residenza (v. § 6 *AsylbIG*). I *voucher* valevano solo per il trattamento ivi indicato o, se il trattamento fosse stato a più riprese, per un breve ciclo di cure. I ricoveri ospedalieri, o anche solo le prescrizioni mediche, dovevano poi essere specificamente approvati dall'Agenzia statale di competenza. Molte ricerche hanno ravvisato in tali restrizioni una generale causa di aggravamento delle patologie degli immigrati, evidenziando la necessità di ampliare lo spettro di cura<sup>51</sup>. Anche per questo motivo, nel corso del tempo, alcuni *Länder*

---

<sup>49</sup> Sono incluse le urgenze corrispondenti ai codici rosso, giallo e verde, con l'esclusione dunque dei codici azzurro e bianco. Qualsiasi altro tipo di assistenza, come ad esempio quella odontoiatrica, rientra nelle prestazioni coperte dalla legge solo se indefettibili cioè a condizione che il mancato trattamento comporti il rischio di danni permanenti o aggravati quelli già presenti.

<sup>50</sup> R. Schlegel, *German Healthcare...* cit.

<sup>51</sup> Cfr. *Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll des 17. Deutschen Ärztetages. 27. bis 30. Mai 2014* in Düsseldorf.

avevano cominciato a sviluppare, sulla base delle proprie specifiche competenze, sistemi differenziati di gestione del fenomeno. In particolare, in virtù di un'interpretazione estensiva delle disposizioni contenute nei §§ 4 e 6 *AsylbLG*, avevano provveduto a fornire ai profughi, fin dal momento della loro assegnazione al *Land* o al Comune di appartenenza, non solo un'offerta più ampia di quella prevista a livello federale, ma anche un accesso più immediato alle cure. Nascevano così le carte sanitarie (*Gesundheitskarten*) di portata regionale. La differenza rispetto al passato regime è di notevole impatto: con la *Gesundheitskarte*, infatti, il richiedente asilo, non ha più necessità della preventiva approvazione al trattamento rilasciata di volta in volta dall'Ufficio sanitario comunale di competenza.

Il primo *Land* ad adottare la Carta sanitaria è stata la città anseatica di Brema, nel 2005<sup>52</sup>. I compiti di concreta implementazione della Carta sanitaria (natura delle prestazioni, beneficiari, costi), nella prima fase dell'accoglienza, possono essere parzialmente delegati ai Comuni, in virtù della collaborazione gestionale che condividono. Un esempio è il cd. "modello Düsseldorf", che prevede, tra le prestazioni assistenziali, anche una stabile assistenza psicologica gratuita<sup>53</sup>. Il modello "Francoforte sul Meno", invece, si impernia sul Centro di assistenza per la migrazione, struttura a cui è accorpato l'Ufficio per la Sanità pubblica, dove gli immigrati possono chiedere consulti in campo medico e sanitario (*Gesundheitsberatung für Menschen mit Migrationshintergrund*), oltre trovare un servizio di mediazione linguistica<sup>54</sup>. Intorno a tale modello, nel frattempo adottato da molte altre città e *Länder*, è stata costruita una rete di coordinamento sanitario tra città (*Gesunde-Städte-Netzwerk*), dove si organizzano iniziative di informazione, consultazione e collaborazione con immigrati e associazioni di immigrati a livello locale. Si è così giunti, nel corso del tempo, ad una situazione incoerente, in cui la legislazione di alcuni *Länder* garantiva ai profughi prestazioni sanitarie più ampie rispetto ad altri, il che ha condotto ad una disomogeneità giuridica, oltre che ad una disuguaglianza sostanziale di trattamento. Il divario è stato in un primo momento affrontato dal Tribunale costituzionale federale che, con sentenza 18 luglio 2012, ha sancito la necessità di una sostanziale equivalenza tra le prestazioni sanitarie riservate agli assicurati (cittadini o

---

[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf). Accessed 10 Feb 2016; J. Wenner, O. Razum, L. Schenk, U., Ellert, K. Bozorgmehr, *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003–06*, in *Bundesgesundheitsblatt*, 2016, 59:627–35; U. Ronellenfisch, O. Razum, *Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany*, in *International Journal of Equity Health*, n. 3, 2004, 4–13. O. Razum, K. Bozorgmehr, *Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: the example of Germany, past, present and future*, in *Public Health Reviews*, 2016, 37:4, testo in <http://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-016-0019-2>; K. Bozorgmehr, O. Razum, *Refugees in Germany—untenable restrictions to health care*, in *The Lancet*, volume 388, Issue 10058, 2351 – 2352.

<sup>52</sup> Z. Mohammadzadeh, F. Jung, M. Lelgemann, *Gesundheit für Flüchtlinge – das Bremer Modell*, in *Bundesgesundheitsblatt*, vol. 59 (5), maggio 2016, 561-569, testo in <http://link.springer.com/article/10.1007/s00103-016-2331-x>

<sup>53</sup> L. Joksimovich et al., *Flüchtlinge als Patienten, Über die Notwendigkeit einer ganzheitlichen medizinischen Versorgung*, in C. Ghaderi, T. Eppenstein, *Flüchtlinge*, Springer, 2016.

<sup>54</sup> *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* (a cura di), *Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erstellt von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.*, Berlin 2015.

stranieri residenti) e quelle concesse a tutte le categorie di rifugiati. In particolare il Tribunale si è appellato al concetto di “sussistenza dignitosa” (*menschenwürdiges Existenzminimum*), statuendo che, qualora una cura ai sensi del § 4 *AsylbLG* si dimostrasse insufficiente e la patologia minacciasse la stessa integrità fisica (art. 2 GG) dell’immigrato, graverebbe sull’autorità competente l’onere di predisporre ogni servizio necessario a salvaguardare la sua salute psico-fisica<sup>55</sup>.

Di grande importanza per l’attuazione delle Carte sanitarie, nella prima fase dell’accoglienza, è stato l’intervento del legislatore federale che il 20 ottobre 2015<sup>56</sup> ha approvato il cd. *Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz* (la legge di accelerazione del procedimento di asilo, approvata all’interno del cd. *Asylpaket II*)<sup>57</sup>. Il provvedimento ha fornito tutti i *Länder* della legittimazione giuridica ad introdurre una carta sanitaria (*Gesundheitskarte*) regionale con benefici limitati decisi dai *Länder* di residenza<sup>58</sup>. I profughi possono dunque accedere alle prestazioni della Carta, già entro primi 15 mesi del loro arrivo, ma solo nella misura in cui il *Land* di residenza abbia introdotto la carta<sup>59</sup>. Se la maggior parte dei *Länder* tedeschi hanno già introdotto tale strumento, altri invece lo hanno espressamente rifiutato in ragione degli elevati costi amministrativi che avrebbe comportato<sup>60</sup>. Baviera, Meclemburgo-Prepomerania, Saarland, Baden-Württemberg e Sassonia fondano il proprio rifiuto su un’interpretazione estensiva delle disposizioni previste ai §§ 4 und 6 dell’*AsylbLG* e cioè sul fatto che il verbo adottato (*können* - possono), lascerebbe loro un margine di discrezionalità nella decisione di armonizzazione della disciplina nazionale. Tale scelta non è andata esente da critiche da parte della dottrina: alcuni Autori hanno sollevato in proposito anche obiezioni di costituzionalità, dal momento che la differente situazione di fatto rischierebbe di introdurre discriminazioni in base al *Land* di residenza<sup>61</sup>. Durante la seconda fase, che si attiva dal 16°

---

<sup>55</sup> Il livello dei servizi indispensabili per garantire questo livello di salute corrisponderebbe, a parere del Tribunale, alle prestazioni contemplate nell’assicurazione sanitaria, derivando così, soprattutto per alcune categorie di soggetti più vulnerabili quali minori, donne in stato di gravidanza e disabili, quasi un vero e proprio diritto in capo ad essi a vedersi riconosciuti prestazioni analoghe: *BVerfG* 18 luglio 2012 – 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11.

<sup>56</sup> Già nel 2015 era stata avanzata la proposta di dotare i richiedenti asilo di una carta elettronica sanitaria, fondata sulle già esistenti carte concesse ai disoccupati per i servizi sociali. Le maggiori resistenze provenivano dai *Länder* più numerosi e con maggiore pressione migratoria, timorosi che, in mancanza di una ripartizione eterogenea dei profughi, avrebbero dovuto sopportare i costi maggiori. L’accordo sulla ripartizione dell’agosto 2015 ha permesso, infine, di sbloccare l’*impasse*.

<sup>57</sup> Entrato poi in vigore il 25 ottobre 2015. Per una ricognizione più specifica, cfr. U.A. Birk, *Das neue Asylbewerberleistungsgesetz*, in *info also*, 2015, 51-53; M. Kaltenborn, *Die Neufassung des Asylbewerberleistungsgesetzes und das Recht auf Gesundheit*, in *Neue Zeitschrift für Sozialrecht*, 2015, 161-165.

<sup>58</sup> Cfr. W. Kluth, *Das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz*, in *Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik*, n.10, 2015, 337-342 e F. Burmester, *Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse*, in *Zeitschrift Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge* (NDV), 2015, 109-114.

<sup>59</sup> Per quanto riguarda le spese per l’assistenza sanitaria nei primi 15 mesi, queste sono sopportati dagli enti territoriali. La ripartizione interna, cioè tra *Land* e Comuni, varia a seconda degli accordi che sono stati conclusi tra gli enti territoriali e le casse malattia e tra gli enti territoriali tra loro.

<sup>60</sup> Per quanto riguarda il caso bavarese, cfr. <http://gesundheit-gefuechtete.info/implementation-der-gesundheitskarte-in-bayern/>.

<sup>61</sup> A tale argomentazione può essere, tuttavia, replicato che la distinzione non riguarda la possibilità di godere delle prestazioni in un modo uniforme in tutto il territorio nazionale, ma solo le modalità del loro rimborso. Sul tema, v. l’approfondito contributo di S.M. Rützenhoff, *Das Patientenrechtegesetz*, Hamburg, Dr Kovač Verl, 2017.

mese, i rifugiati (o richiedenti asilo, alla pari degli stranieri indigenti) vengono parificati a qualsiasi assicurato tedesco<sup>62</sup>, attraverso la consegna, da parte del *Bund*, della carta sanitaria federale (*Gesundheitskarte*), ai sensi del § 2 *ASylbGL* e del § 264 Abs. 2 del V libro del *SGB*<sup>63</sup>. Il rifugiato diviene così un vero e proprio *Sozialhilfeempfänger* (un assistito dalla previdenza sociale) e può accedere gratuitamente alle prestazioni del sistema sanitario nazionale previste per la generalità degli iscritti. In questa seconda fase, con l'introduzione della carta sanitaria, è la Cassa malattia di riferimento a farsi carico delle spese. Nei *Land* dove tale carta è già stata introdotta, le assicurazioni pubbliche sostengono le spese fino a quel momento sopportate dagli enti locali.

Da segnalare, infine, che gli immigrati - considerati generalmente gruppo debole - sono stati oggetto di attenzione da parte del legislatore: emblematico il recente *Präventionsgesetz* (in vigore dal 17 luglio 2015) con il quale il legislatore ha inteso fornire copertura finanziaria e sostegno organizzativo a tutte le istituzioni di sicurezza sociale coinvolte nel trattamento sanitario dei migranti sia nella fase di prevenzione che di cura come le Casse malattia pubblica, gli Istituti assicurativi privati, la Federazione, i *Länder*, i Comuni, le Agenzie federali (come i servizi sociali, *Sozialamt*, e l'Ufficio sanitario, *Gesundheitsamt*). Con il *Präventionsgesetz* gli immigrati sono esplicitamente inseriti nella categoria di soggetti che richiedono uno sforzo di prevenzione e di assistenza sanitaria primaria<sup>64</sup>.

#### **4.4. La disciplina per gli immigrati irregolari**

Gli immigrati irregolarmente presenti sul territorio, invece, o quelli soggetti a decreti di espulsione, non hanno il diritto di iscriversi ad un'assicurazione. Tuttavia, dal momento che in Germania l'assistenza sanitaria d'emergenza resta un diritto costituzionalmente protetto a prescindere dallo *status* del soggetto, il combinato disposto tra i già citati § 4 e § 6 par. 1, n. 5 dell'*AsylLG* permettere di ricomprendere esplicitamente tra i beneficiari di alcune prestazioni anche coloro che non hanno (ancora) un titolo di soggiorno<sup>65</sup>. Ma se sul piano teorico, non sembrano esserci limitazioni, i vincoli per le persone senza residenza legale, emergono nel momento di accesso effettivo alle prestazioni. Il condizionamento principale consiste nel cd. *Meldepflicht*, ovvero l'obbligo di denuncia della situazione di irregolarità che, in talune situazioni, ricade sull'operatore. Se è vero che tale obbligo sussiste esplicitamente solo per

---

<sup>62</sup> Si veda il parere sull'applicazione della suddetta normativa emanata dal *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* in accordo con il *Bundesministerium für Gesundheit* del 16 novembre 2016, consultabile in [https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Integration/Rundschreiben/RS\\_vom\\_24.01.2017\\_-\\_Umsetzung\\_\\_\\_2\\_Abs.\\_1\\_AsylbLG\\_iVm.\\_\\_\\_\\_264\\_Abs. 2-7\\_SGB\\_V.pdf](https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Integration/Rundschreiben/RS_vom_24.01.2017_-_Umsetzung___2_Abs._1_AsylbLG_iVm.____264_Abs. 2-7_SGB_V.pdf)

<sup>63</sup> V. § 264 *Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung*, *Sozialgesetzbuch, Buch V, Gesetzliche Krankenversicherung* - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477).

<sup>64</sup> Altri fondi speciali di assistenza sono stati inoltre previsti dal *GKV-Versorgungsstärkungsgesetz* (23 giugno 2015).

<sup>65</sup> A norma dell'*AsylLG*, si tratta ovviamente di assicurare, nelle strutture pubbliche, quelle cure ambulatoriali ed ospedaliere immediate ed urgenti oppure, anche se continuative, comunque essenziali a salvaguardare lo stato di salute di base individuale e collettiva.



l'utilizzo dell'assistenza sociale, come i *Sozialamt*, è vero anche che l'assistenza sanitaria pubblica prevede un obbligo di acquisizione dei dati personali del paziente ai fini del pagamento delle spese, il che costituisce un indiretto mezzo di tracciamento. Per far fronte a questa possibilità sono state create reti di assistenza volontaria di medici, operatori sociali, che si offrono di curare immigrati irregolarmente presenti sul territorio; tuttavia, per la loro stessa natura, questo tipo di sostegno non è strutturale e non è in grado di coprire l'intera l'ampiezza del territorio<sup>66</sup>.

## 5. Il generale stato di salute degli immigrati

Di rilievo ai fini della presente analisi è anche il dato circa il generale stato di salute degli immigrati in Germania. Si tratta – come è ovvio – di una ricognizione non agevole, considerando che troppo eterogenei sono i gruppi di stranieri, così come troppo diverse le durate e le ragioni del soggiorno. Tuttavia alcune ricerche hanno evidenziato alcune significative differenze tra lo stato di salute degli immigrati nel loro complesso e quello degli autoctoni<sup>67</sup>. In particolare emerge che gli immigrati, in particolare i richiedenti asilo, entrano in Germania con uno stato di salute per lo più assai precario: sono stati riscontrati casi di HIV, tubercolosi, epatite B e patologie infettive in genere<sup>68</sup>. Aldilà di fattori meramente biologici (che vedono, ad esempio le persone di origine asiatica più predisposte a forme di diabete rispetto ad europei o africani<sup>69</sup>), sono i fattori “situazionali”, cioè legati ai luoghi e alle condizioni di vita pre o post-immigrazione, ad avere il maggior peso. Rilevante in merito è, ad esempio, la precaria situazione igienico-sanitaria dei Paesi di provenienza, così come le difficoltà di adattamento alla società tedesca, sovente determinate dalle barriere linguistiche e culturali proprie dell'immigrato<sup>70</sup> (v. *infra*). L'insufficiente ricorso alle cure preventive, unito al basso livello

---

<sup>66</sup> I vari luoghi, orari di ricevimento e modalità di accesso sono stati pubblicizzati, oltre che dall'Ordine dei medici federale, da numerosi Ordini dei medici in altrettanti giornali specializzati, volantini e avvisi, v., ad esempio, il flyer dell'Ordine dei medici fedele (testo in [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Faltblatt\\_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus\\_30112013.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf)) e il *Rheinischen Ärzteblatt* renano, cfr. *Flyer informiert über Behandlung von Menschen ohne papiere*: <https://www.aekno.de/downloads/archiv/2012.12.009.pdf>

<sup>67</sup> Nella relazione di monitoraggio sul generale stato di salute in Germania sono riassunti i risultati di tutti i singoli studi compiuti nell'ambito della salute con particolare riguardo alla situazione dei migranti. Si veda, in proposito, R. Koch-Institut, *Gesundheit in Deutschland - die wichtigsten Entwicklungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und Destatis*, Berlin, 2015, testo in [http://www.gbe-bund.de/pdf/kurzfassung\\_gesber\\_2015.pdf](http://www.gbe-bund.de/pdf/kurzfassung_gesber_2015.pdf). V. studio completo in <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf>.

<sup>68</sup> R. Koch-Institut, *Gesundheit in Deutschland*, cit. 87 e 175 ss. V. anche C. Santos-Hövener, *HIV bei Migranten in Deutschland. Erhobene Daten zur Migration im HIV-Meldesystem*, in *Epidemiologisches Bulletin*, 2012 (3):19-21; Robert Koch-Institut, *Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland*, RKI, Berlin, 2014.

<sup>69</sup> J.C. Chambers, J. Abbott, W. Zhang, E. Turro, S-T. Tan, U. Afzal et al., *The South Asian Genome*, PLoS One, 2014 in <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0102645>. Il ruolo di questo coefficiente non è, ovviamente, da sovrastimare, pur tuttavia conserva un'importanza relativa per aiutare a valutare l'impatto di ogni comunità alloctona nel sistema sanitario nazionale e per predisporre specifiche misure di assistenza.

<sup>70</sup> "La situazione sanitaria degli immigrati al loro arrivo è determinata da molte variabili, quali il paese di provenienza, la ragione della migrazione, lo stato di soggiorno [*Aufenthaltsstatus*], il loro grado di integrazione e il

sociale che spesso caratterizza la categoria di persone con una *Migrationshintergrund*, incide, secondo i più recenti studi, anche sull'aumento di malattie croniche, stress psicologico, obesità e carie. Gli immigrati sono affetti da un tasso di malattie mentali superiore a quella dei tedeschi tanto che si calcola che il 10% dei giovani immigrati soffre di depressione, contro il 5% dei coetanei tedeschi<sup>71</sup>. È stato, tuttavia, anche riscontrato che l'immigrato, sul lungo periodo, ha tendenzialmente meno bisogno di appoggiarsi sul sistema sanitario del cittadino tedesco. È un noto paradosso conosciuto con il nome di "*healty migrant effect*". Tale circostanza non è solo legata al comprovato minore uso di droghe e di alcool da parte degli *Ausländer*, ma è facilmente spiegabile anche attraverso il ricorso ad alcuni indicatori elaborati nella scienza sociologica e demografica: in primo luogo gli immigrati sono generalmente più giovani della media degli autoctoni tedeschi e quindi meno soggetti, statisticamente, a patologie da decadimento; in secondo luogo chi entra in Germania, lo fa generalmente per integrarsi nel mercato del lavoro, elemento che costituisce di per sé una naturale selezione fisica. La percentuale di anziani e di invalidi è, tra i richiedenti permesso di soggiorno, per forza di cose, sensibilmente minore rispetto alla media nazionale. In sintesi, rispetto alla media generale della popolazione autoctona, gli immigrati presentano uno stato di salute migliore in virtù della loro minore età e di un inferiore tasso di invalidità fisica. Tuttavia, comparando gli stati di salute tra età omogenee, le statistiche rivelano che sia gli immigrati di prima generazione, sia, seppur in misura minore, quelli della seconda, presentano uno stato di salute peggiore dei loro coetanei tedeschi<sup>72</sup>. Per risalire alle ragioni che determinano questa discrepanza dello stato di salute degli immigrati rispetto agli autoctoni, è utile analizzare i risultati di ricerche ponderate, ovvero distinguendo i soggetti per età, stato sociale e reddito. Tali ricerche, condotte in maniera trasversale, mostrano che esiste non solo una forte correlazione tra salute e status sociale (ovvero il reddito) ma anche tra salute ed un'altra determinante specifica: il *background* migratorio. Se le basse condizioni socio-economiche giocano un importante ruolo sul piano dello stato di salute soggettivo, cioè alle patologie legate alla mancanza di benessere, il passato di migrazione influisce soprattutto sul decorso delle malattie croniche e sull'aspetto della (mancata) prevenzione<sup>73</sup>.

---

loro *background* culturale [*kulturelle Hintergrund*]. Così in Robert Koch-Institut, *Gesundheit in Deutschland*, cit. V. anche O. Razum, J. Wenner, *Social and health epidemiology of immigrants in Germany...*cit.

<sup>71</sup> Lo studio di A. Rommel, A. Saß et al., *Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Erste Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*, in *Bundesgesundheitsblatt*, 58, 2015, pp 543–552, opera una differenziazione non solo tra tedeschi e immigrati, ma anche tra immigrati di prima o seconda generazione.

<sup>72</sup> BAMF, *Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration* cit., 343 ([https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/11-Lagebericht\\_09-12-2016.pdf?jsessionid=93A8B1AB3FF279C4261DB4217C60FDC2.s2t1?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/11-Lagebericht_09-12-2016.pdf?jsessionid=93A8B1AB3FF279C4261DB4217C60FDC2.s2t1?__blob=publicationFile&v=4) )

<sup>73</sup> Come già visto, gli immigrati soffrono di malattie che si portano dietro dai loro Paesi di origine, di patologie depressive e di mancanza di utilizzo degli strumenti di prevenzione.

## 6. L'utilizzo delle prestazioni da parte degli immigrati

L'utilizzo da parte degli immigrati delle prestazioni sanitarie varia a seconda del titolo, ma anche della durata del soggiorno. I richiedenti asilo sono coloro che hanno più bisogno di cure ed infatti utilizzano attivamente il sistema sanitario, sia perché spesso affetti da malattie acute in pieno decorso, sia perché il sistema di accoglienza tedesco prevede un obbligo di *check up* generale (comprensivo di vaccinazioni) fin dal momento dell'ingresso. In comparazione ai tedeschi, i richiedenti asilo giunti da meno di 15 mesi usufruiscono di prestazioni basilari corrispondenti a più del triplo rispetto a quelle della media dei tedeschi<sup>74</sup>. Non ci sono certezze sull'utilizzo dei servizi sanitari da parte dei richiedenti asilo una volta ottenuto il permesso di soggiorno. Abbiamo però dei dati complessivi che prendono in considerazione la generalità degli stranieri legalmente residenti in Germania. Da essi si può ricavare, contrariamente alle ultime ondate di arrivi, che gli stranieri stabilmente residenti (nel cui numero si contano sia rifugiati con carta sanitaria o semplici residenti stranieri) utilizzano alcune prestazioni sanitarie in maniera inferiore rispetto alla media dei tedeschi diversa. I risultati delle statistiche evidenziano che gli immigrati stabilmente residenti utilizzano i servizi riabilitativi meno degli autoctoni, analogamente alle cure preventive, ai servizi di analisi e agli *screening*<sup>75</sup>. Si calcola che il 45,1% degli uomini di prima generazione e il 42% della seconda generazione non siano informati, né si informano sui programmi di prevenzione del cancro; tra i tedeschi autoctoni la percentuale è del 18,6%. Per le donne lo stesso rapporto è di 25,7% tra le immigrate contro il 7,9% tra le non immigrate<sup>76</sup>.

Pur non sussistendo restrizioni legali all'accesso ai servizi, permangono ancora altri tipi di barriere. Tra le principali vi sono le difficoltà di adattamento al contesto sociale tedesco causate a loro volta, da due sub-fattori: le difficili condizioni-socio economiche dell'immigrato e le barriere linguistiche e culturali. Non è, comunque, solo la scarsa conoscenza del tedesco da parte di alcuni immigrati a condizionare il limitato utilizzo da parte loro delle prestazioni anche laddove esse possano (o debbano) essere erogate, ma, sovente, la mancanza di familiarità degli immigrati con il sistema. In altri termini, la loro indifferenza o rifiuto è dettata, talora, da abitudini o da pregiudizi religiosi o culturali<sup>77</sup>. È stato segnalato, altresì, che le diffi-

---

<sup>74</sup> Cfr. Bundeszentrale für Politische Bildung, *Datenreport 2016 - Ein Sozial-bericht für die Bundesrepublik Deutschland*, Bonn, 2016, testo in [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf?__blob=publicationFile); Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, *11. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration – Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtsentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland*, Berlin, 2016 e R. Koch Institut, *Gesundheit...* cit.

<sup>75</sup> Tale concetto è condiviso da molte ricerche: P. Brzoska, S. Voigtlander, J. Spallek et al., *Utilization and effectiveness of medical rehabilitation in foreign nationals residing in Germany*. in *Eur J Epidemiol*, 2010, 25(9):651-660; O. Razum, J. Wenner, *Social*, cit. in BAMF, *11. Bericht*, cit., si legge: "Darüber hinaus fehle es an einer zielgruppengenaue Ansprache, damit alle Menschen von den Leistungen des Gesundheitswesens profitieren können. Viele Informationen über medizinische Leistungen, Rehabilitations- und Präventionsangebote erreichen Menschen mit Einwanderungsgeschichten noch nicht in ausreichendem Maße".

<sup>76</sup> A. Rommel, *Die gesundheitliche...* cit.

<sup>77</sup> Cfr., ex multis, D. Ethikrat, *Migration und Gesundheit, Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung*, Hamburg, 2010, il cui testo è rinvenibile in

coltà di adattamento sarebbe riconducibili anche ad una mancanza di offerte “culturalmente sensibili”, cioè che vadano incontro alle esperienze culturali e religiose dell’immigrato<sup>78</sup>. Per risolvere tale problema sono molte le iniziative, sia a livello federale che regionale, che sono state messe in cantiere nell’ultimo anno, tese ad orientare, in senso più inter-culturale, le cure, sia attraverso una attenzione più specifica verso il reclutamento e la formazione del personale sanitario, sia attraverso campagne di sensibilizzazione degli immigrati<sup>79</sup>. Nella banca dati della Centrale federale per l’informazione sulla salute è possibile rintracciare più di trecento specifici progetti *ad hoc*<sup>80</sup>. Complessivamente dai dati che emergono si possono trarre le seguenti conclusioni in tema di accesso alle prestazioni sanitarie: l’utilizzo effettivo dei servizi sanitari in Germania varia a seconda della categoria di immigrati e del momento del loro arrivo nel territorio. I profughi utilizzano il sistema sanitario ben più degli altri immigrati e, soprattutto, nella prima fase del proprio arrivo, mentre in una seconda i valori si stabilizzano sulla media dei residenti. In questo caso, le eventuali barriere che non consentono un utilizzo pieno, non riguardano le caratteristiche del sistema sanitario, ma fattori congeniti (*predisposing factors*) tra i quali, ad esempio, il basso stato sociale e le difformi credenze culturali in ambito sanitario, così come una mancanza di altri mezzi (*enabling resources*), quali la conoscenza del funzionamento del sistema sanitario o della lingua tedesca. Le altre categorie di immigrati, invece, tendono ad un utilizzo pari a quello della media dei tedeschi.

## 7. L’impatto finanziario dell’immigrazione sul sistema sanitario e la misura della contribuzione degli immigrati al sistema

Lo Stato tedesco destina, nel suo complesso, l’11,2% del prodotto interno lordo alla sanità, annualmente circa € 344,2 miliardi, cioè circa € 4213 ad abitante<sup>81</sup>. Il finanziamento del sistema sanitario tedesco è principalmente basato sul gettito delle assicurazioni sociali

---

<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/tagungsdokumentation-migration-und-gesundheit.pdf>; M. Knipper, Y. Bilgin, *Migranten und Gesundheit*, Konrad Adenauer Stiftung, Berlin, 2010.

<sup>78</sup> Cfr., *ex multis*, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, *10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*, Berlin, 2014, p. 151.

<sup>79</sup> I dati costituiscono anche i presupposti dello studio *Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft - Tagungsdokumentation*, atti della *Bundeskonferenz der Integrationsbeauftragten von Bund, Ländern und Kommunen*, Mainz, 27-28 aprile 2015, in cui sono riportate prese di posizione di Associazioni di medici e di immigrati, Chiese e di alcuni istituti della pubblica amministrazione tedesca sull’approccio alle problematiche connesse all’immigrazione. La discussione alla base dello studio è avvenuta in presenza di delegati del Ministero della Sanità e dei rappresentanti del Governo federale per la migrazione e l’integrazione. Tra le iniziative di informazione si possono citare: *Bundesministerium für Gesundheit, Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland*, cit; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, *Infodienst Migration, Flüchtlinge und Gesundheit*, Bonn, 2016.

<sup>80</sup> V. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitliche Chancengleichheit*, 2015, testo in [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)

<sup>81</sup> Sono i dati riferibili al 2015 che lo *Statistisches Bundesamt* ha condiviso nella conferenza stampa del 21 febbraio 2017: v. *Destatis, Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 um 4,5 % gestiegen*, Pressemitteilung vom 21. Februar 2017 – 61/17, in [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/02/PD17\\_061\\_23611.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/02/PD17_061_23611.html). Per il 2016 l’ufficio calcola i costi in circa € 359,1 miliardi.

obbligatorie pubbliche, nella percentuale del 58%, e delle assicurazioni private, nella percentuale del 9%<sup>82</sup>. È stato calcolato che il costo complessivo della assistenza sanitaria ai rifugiati e richiedenti asilo si aggira tra i 43,1 miliardi di euro e i 50 miliardi di euro nel biennio 2016-2017<sup>83</sup>. Secondo altre rilevazioni l'esborso si aggirerebbe intorno ai 26 miliardi di euro nel solo 2016 fino a toccare i 55 miliardi di euro nell'anno 2022<sup>84</sup>.

L'Agenzia federale per il mercato del lavoro ha calcolato in circa 200 euro mensili il costo sanitario per ogni profugo (altre fonti parlano invece di cifre ben più alte tra i 300 e i 700 -1000 euro al mese) e di circa € 2,3 miliardi di euro quello per l'intero numero di immigrati per l'anno 2016 che le Casse malattie, laddove siano state introdotte le *Gesundheitskarten*, devono sopportare solo per la prima fase di accoglienza in Germania<sup>85</sup>. Il peso economico per il sostegno sanitario dei profughi, diversamente per quel che concerne gli altri immigrati regolari, si dispiega nei primi mesi dopo il loro arrivo, in cui si registra una grande utilizzazione dei servizi. Le spese sostenute dalle assicurazioni per le prestazioni agli immigrati con accesso regolare sono di circa € 1,56 miliardi di euro, circa il 35% in meno di quelle destinate ai profughi<sup>86</sup>. La stessa proporzione vale per le spese destinate ai cittadini. Inoltre, se è pur vero che i maggiori costi si registrano nei primi mesi dopo l'arrivo, rifugiati e persone che godono della protezione internazionale sono una categoria, per il momento, del tutto improduttiva. È difficile fare rilevazioni sul medio-lungo periodo, ma il sistema di integrazione tedesco, così come implementato dal recente *Integrationsgesetz*, dovrebbe consentire di integrare anche i profughi nel mercato di lavoro tedesco. Gli immigrati regolari contribuiscono in maniera più che proporzionale al mantenimento dello stato sociale, portando nelle casse

---

<sup>82</sup> Il restante proviene da organizzazioni private senza scopo di lucro. Anche il *Bund*, pur non essendo direttamente coinvolto nel finanziamento della sanità, contribuisce attraverso i supporti finanziari per gli indigenti, ovvero le assicurazioni per la non autosufficienza (le cd. *Pflegeversicherungen*) e le detrazioni fiscali per le attività di sovvenzionamento del sistema sanitario. Cfr. *Bundesministerium für Gesundheit, Schaubild: Das Gesundheitssystem*, cit.

<sup>83</sup> Tali dati sono rinvenibili nel report a firma di T. Hentze e G. Kolev, *Gesamtwirtschaftliche Effekte der Flüchtlingsmigration in Deutschland*, *Kölner Instituts der deutschen Wirtschaft*, gennaio 2017 testo in <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-trends/beitrag/tobias-hentze-galina-kolev-gesamtwirtschaftliche-effekte-der-fluechtlingsmigration-in-deutschland-318617.html>, e nel report a firma del solo T. Hentze, *Integration schafft Wachstum*, testo in <https://www.iwkoeln.de/presse/gastbeitraege/beitrag/tobias-hentze-auf-n-tv-de-hohe-kosten-fuer-fluechtlinge-integration-schafft-wachstum-323343.html>. Quest'ultimo ritiene che "gli altissimi costi dell'accoglienza" possano essere compensati, nel corso dei decenni, attraverso una effettiva politica di integrazione nel mercato del lavoro. In tal modo anche l'accoglienza di rifugiati, può, da un punto di vista economico, trasformarsi da fattore di rischio a risorsa.

<sup>84</sup> Secondo la rilevazione compita dal *Kieler Institut der Weltwirtschaft, Deutsche Konjunktur Bericht - Winter 2015*, testo in [https://www.ifw-kiel.de/pub/kieler-konjunkturberichte/2015/kkb\\_14\\_2015-q4\\_deutschland.pdf](https://www.ifw-kiel.de/pub/kieler-konjunkturberichte/2015/kkb_14_2015-q4_deutschland.pdf), 12 ss., i costi dell'accoglienza non sarebbero assorbibili nemmeno in termini di investimento, dal momento che, per molti anni, sarebbero destinati ad aumentare anziché a diminuire. Le previsioni del 2015 sono state poi confermate in uno degli ultimi rapporti dello stesso istituto, *Mittelfristprojektion für Deutschland im Herbst 2017*, Bericht n. 36, testo in [https://www.ifw-kiel.de/pub/kieler-konjunkturberichte/2017/kkb\\_36\\_2017-q3\\_mfp.pdf](https://www.ifw-kiel.de/pub/kieler-konjunkturberichte/2017/kkb_36_2017-q3_mfp.pdf).

<sup>85</sup> La ricerca prende in considerazione i dati dell'esperienza di Amburgo, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistische-Analysen/Statistische-Sonderberichte/Migration-Arbeitsmarkt/Migration-Arbeitsmarkt-Nav.html>.

<sup>86</sup> Agenzia europea per i diritti umani (FRA), *Cost of Exclusion from Healthcare, the case of migrant in irregular situation*, Luxembourg, 2015.

dello Stato circa € 22 miliardi di saldo<sup>87</sup>. Le entrate sono leggermente inferiori rispetto alla media dei tedeschi, ma anche l'utilizzo è inferiore<sup>88</sup>. Il contributo positivo dell'immigrato medio si spiega con la giovane età della popolazione (e quindi da un impatto ancora soltanto parziale per quanto riguarda il sistema previdenziale), ed anche con oculature politiche di immigrazione portate avanti negli ultimi anni che hanno permesso alla Germania di godere di un'immigrazione pienamente integrabile nel mercato del lavoro e di attirare una buona percentuale di immigrati altamente specializzati<sup>89</sup>.

## 8. Considerazioni di sintesi

Dall'analisi fin qui condotta emerge che la Germania si presenta come un modello altamente inclusivo. Tuttavia il bilanciamento fra il rispetto degli equilibri finanziari e una tutela più estesa possibile dei diritti sociali è diventata anche nell'ordinamento tedesco un'esigenza imprescindibile. A seguito della sopra citata riforma del 2007 - e quindi dell'introduzione del principio di equilibrio di bilancio in materia sanitaria - l'accesso indiscriminato alle prestazioni sanitarie non può ritenersi più come un principio assoluto e insacrificabile. La domanda che deve porsi preliminarmente, e prima di trarre ogni possibile conclusione, è dunque se questo impianto, basato su una parificazione indiscriminata di prestazioni a tutti gli immigrati, possa reggere sul medio-lungo periodo. In altri termini occorre interrogarsi sul rapporto tra immigrazione di massa e contribuzione al mantenimento del *welfare*. Per rispondere al quesito è necessario distinguere due tipologie di immigrazione. Mentre è stato dimostrato che gli stranieri giunti in Germania per ragioni di lavoro contribuiscono, al pari dei tedeschi, al pagamento delle prestazioni sociali, risulta chiaro che un'apertura indiscriminata delle frontiere potrebbe condurre al vero e proprio collasso dello Stato sociale e all'annullamento di quegli stessi vantaggi che finora l'arrivo degli immigrati aveva prodotto. Tra le numerose ricerche che hanno evidenziato l'incompatibilità tra Stato sociale e immigrazione indiscriminata si deve segnalare anche quella condotta dall'*Institut für Wirtschaftsforschung* (IFO) di Monaco di Baviera. I risultati di essa evidenziano che un ulteriore perseguimento della politica migratoria condotta fino ad ora dalla Germania richiederebbe una riforma radicale delle regole di budget europeo e del mercato di lavoro e che un sistema di *welfare* che consentisse a chiunque di vivere

---

<sup>87</sup> H. Bonin, *Der Beitrag von Ausländern und künftiger Zuwanderung zum deutschen Staatshaushalt*, Bertelsmann Stiftung, 2014, testo in [http://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28\\_Einwanderung\\_und\\_Vielfalt/Bonin\\_Beitrag\\_Zuwanderung\\_zum\\_dt\\_Staatshaushalt\\_141204\\_nm.pdf](http://www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Bonin_Beitrag_Zuwanderung_zum_dt_Staatshaushalt_141204_nm.pdf).

<sup>88</sup> *Ibidem*. In particolare è stata analizzata la contribuzione al sistema sanitario di tedeschi e immigrati distinguendo tra le varie fasce di età. Fino all'età di 15 anni, il tedesco medio e l'immigrato medio contribuiscono allo stesso modo. Dai 15 anni fino ai 70 i due valori iniziano a differenziarsi, pagando i tedeschi leggermente più degli immigrati (siamo sull'ordine dei 4000-5000 euro di differenza). Dai 70 anni, sono invece gli immigrati a sostenere, seppure di unità minime, il costo maggiore (circa 100 euro in più dei tedeschi). Va tuttavia segnalato che i dati risalgono al periodo precedente la crisi migratoria degli anni 2014-2016 e che i dati più aggiornati, di cui si è ancora in attesa nel momento della pubblicazione di questo scritto, non contano l'attuale, differente composizione dei nuovi arrivi che sono in larga parte costituiti da richiedenti asilo o richiedenti protezione sussidiaria.

<sup>89</sup> V., *ex multis*, *Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Neue potentiale*, cit.

senza essere produttivo porterebbe al collasso dell'intero impianto<sup>90</sup>. Accanto a questa lettura, non mancano voci che auspicano una completa parificazione dell'assistenza sanitaria per i migranti a quella per i cittadini fin dal loro ingresso nel territorio tedesco. La predisposizione di una rete di assistenza che curi o prevenga patologie acute, dolorose o infettive è una scelta che è orientata alla tutela dell'intera collettività, oltre che del singolo paziente. Ma la previsione, per ogni immigrato, di un'assistenza sanitaria del tutto analoga a quella dei cittadini o dei residenti di lungo periodo, senza riguardo né ai vantaggi né ai costi che la sua presenza porta, si potrebbe trasformare in un suicidio per l'impianto stesso del sistema<sup>91</sup>. Il problema non deriva dalla immigrazione in sé, ma dall'attuale tipologia di immigrazione e, in particolare, dalla coesistenza in contemporanea di tre variabili: i numeri (troppo alti), la tempistica (tutti insieme) e la tipologia (scarso livello di istruzione e di formazione professionale). Vi è poi un ulteriore aspetto problematico che sta emergendo ed è il rischio della creazione di una sanità multiculturale, per venire incontro alle convinzioni sociali, religiose e culturali dei migranti. Sono già documentati casi di rifiuto di cure da parte di immigrati che non accettano trattamenti da parte di operatori sanitari di sesso opposto o, addirittura, casi di aggressioni a medici e infermieri per trattamenti giudicati non consoni<sup>92</sup>. Così come avviene in altri Paesi che hanno adottato modelli multiculturalisti, si può profilare, anche in Germania, il rischio di servizi sanitari "culturalmente orientati", forniti da centri di cura convenzionati in cui la *policy* aziendale e la stessa origine del personale consentano di offrire al paziente un ambiente protetto e culturalmente/religiosamente omogeneo. Tutto ciò, lungi dal facilitare i compiti degli operatori del settore, può determinare il rischio di una complicazione nell'espletamento del servizio fino a mettere in pericolo lo stesso valore universalistico del diritto alla salute. Per la Germania, dunque, la questione del rapporto tra sistema sanitario e immigrazione si gioca e si giocherà non solo in termini di sopravvivenza del sistema di *welfare* sotto il profilo organizzativo e finanziario, ma anche sotto il profilo culturale. Sono certamente importanti tutte le iniziative e gli sforzi da parte della Federazione, dei *Länder* e dei Comuni maggiormente coinvolti per superare le barriere linguistiche ed orientare i propri servizi verso un approccio multiculturale. Ma una estremizzazione del dibattito sui diritti culturali di cui gli immigrati sarebbero titolari, anche nel campo della salute, potrebbe rendere ancora più complesso, nella sua gestione, il quadro complessivo già di per sé non poco problematico.

---

<sup>90</sup> D. Wech, *Ifo Migrationsmonitor: Einwanderer und Asylbewerber in Deutschland – Zahlen, demographische Angaben, Qualifikationsstrukturen und Arbeitsmarktpartizipation*, in *ifo Schnelldienst*, 69 (06), 2016, 51-58. V. anche [http://diepresse.com/home/wirtschaft/international/5079759/IFOChef-Fuest\\_Sozialstaat-und-freie-Migration-sind-unvereinbar](http://diepresse.com/home/wirtschaft/international/5079759/IFOChef-Fuest_Sozialstaat-und-freie-Migration-sind-unvereinbar)

<sup>91</sup> <http://www.hanswernersinn.de/dcs/sd-2016-04-sinn-migration-2016-02-25.pdf>

<sup>92</sup> Si vedano le dichiarazioni del presidente del Consiglio dei medici bavaresi (Präsident der Bayerischen Landesärztekammer), Max Kaplan, <http://www.augsburger-allgemeine.de/politik/Wie-Fluechtlinge-das-Gesundheitssystem-herausfordern-id35879927.html> e E. Eichenbichler, *Flüchtlinge in Pflegeberufe integrieren*, in [www.caritas.de](http://www.caritas.de). Casi di difficoltà e incomprensioni sono trattati anche in AA.VV., *Ärzte mit Migranten*, in <https://philosophia-perennis.com/2017/04/29/aerzte-mit-migranten/>.