

UNIVERSITÀ COMMERCIALE LUIGI BOCCONI

Scuola Superiore Universitaria

**Corso di laurea magistrale in Economia e Management delle
Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali**

**SALUTE ED ASSISTENZA SANITARIA DEGLI
IMMIGRATI IRREGOLARI: IL RUOLO DEL TERZO
SETTORE A TORINO**

Relatore: Prof. Carlo Devillanova

Controrelatore: Prof. Francesco Longo

Tesi di laurea magistrale di:

Marco GROSSO

Matricola: 1655794

Anno accademico 2013-2014

*Ai miei genitori
e a tutti gli altri miei insegnanti*

Indice

Premessa	3
Introduzione.....	7
Capitolo 1. L'immigrazione in Italia	9
1.1. Cause.....	9
1.2. Profilo	11
1.3. Istruzione e lavoro	13
Capitolo 2. La salute della popolazione immigrata	17
2.1. Determinanti socio-economici della salute	17
2.2. Legislazione in materia di tutela della salute degli stranieri.....	22
2.3. Barriere all'accesso ed alla fruizione dei servizi sanitari.....	24
2.4. Stato di salute della popolazione straniera.....	28
2.5. Risorse a disposizione degli immigrati irregolari.....	30
Capitolo 3. Privato sociale ed assistenza sanitaria agli stranieri irregolari a Torino..	33
3.1. Metodologia.....	33
3.2. Contesto torinese	34
3.3. Volontariato e welfare society: gli ambulatori medici del terzo settore	38
3.4. Risposta del privato sociale di Torino al bisogno di cure.....	43
3.5. Valorizzazione economica del lavoro volontario.....	49
3.6. Collaborazioni col settore pubblico ed il privato sociale	55
3.7. Migliorare il lavoro in rete	57
3.8. Proposte per il settore pubblico	60
Conclusioni.....	63
Appendice.....	66
Bibliografia.....	74

Acronimi

ACI	Ambulatorio medico dell'associazione Camminare Insieme
AGP	Ambulatorio medico Giovanni Paolo II del Servizio Missionario Giovani
AIDS	Sindrome da immunodeficienza acquisita
ANDI	Associazione Nazionale Dentisti Italiani
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASO	Azienda Sanitaria Ospedaliera
CARA	Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo
CDA	Centro di Accoglienza
CIE	Centro di Identificazione ed Espulsione
CNEL	Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro
CPSA	Centro di Primo Soccorso ed Accoglienza
CVR	Ambulatorio Carla Verde Raseri della Croce Rossa Italiana
DCR	Deliberazione del Consiglio Regionale
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
D.lgs.	Decreto legislativo
ENI	Europeo Non Iscritto
GrIS	Gruppo Immigrazione e Salute
HIV	Virus dell'immunodeficienza umana
ICD	International Classification of Diseases
ILO	International Labour Organization
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
IOM	International Organization for Migration
IPASVI	Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia
ISI	Informazione Sanitaria Immigrati
ISMU	Istituto per lo Studio della Multietnicità
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
LDF	Laboratorio dei Diritti Fondamentali
LEA	Livelli Essenziali d'Assistenza
MDC	Major Diagnostic Categories
MIUR	Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
MMG	Medico di Medicina Generale
PA	Pubblica amministrazione
PIL	Prodotto Interno Lordo
SERMIG	Servizio Missionario Giovani
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
STP	Straniero Temporaneamente Presente
UE	Unione Europea
UN	United Nations
UNDESA	United Nations Department of Economic and Social Affairs
UNFPA	United Nations Population Fund
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World Health Organization

Prima di tutto vennero a prendere gli zingari. E fui contento perché rubacchiavano.

Poi vennero a prendere gli ebrei. E stetti zitto, perché mi stavano antipatici.

Poi vennero a prendere gli omosessuali, e fui sollevato, perché mi erano fastidiosi.

Poi vennero a prendere i comunisti, ed io non dissi niente, perché non ero comunista.

Un giorno vennero a prendere me, e non c'era rimasto nessuno a protestare.

Bertold Brecht

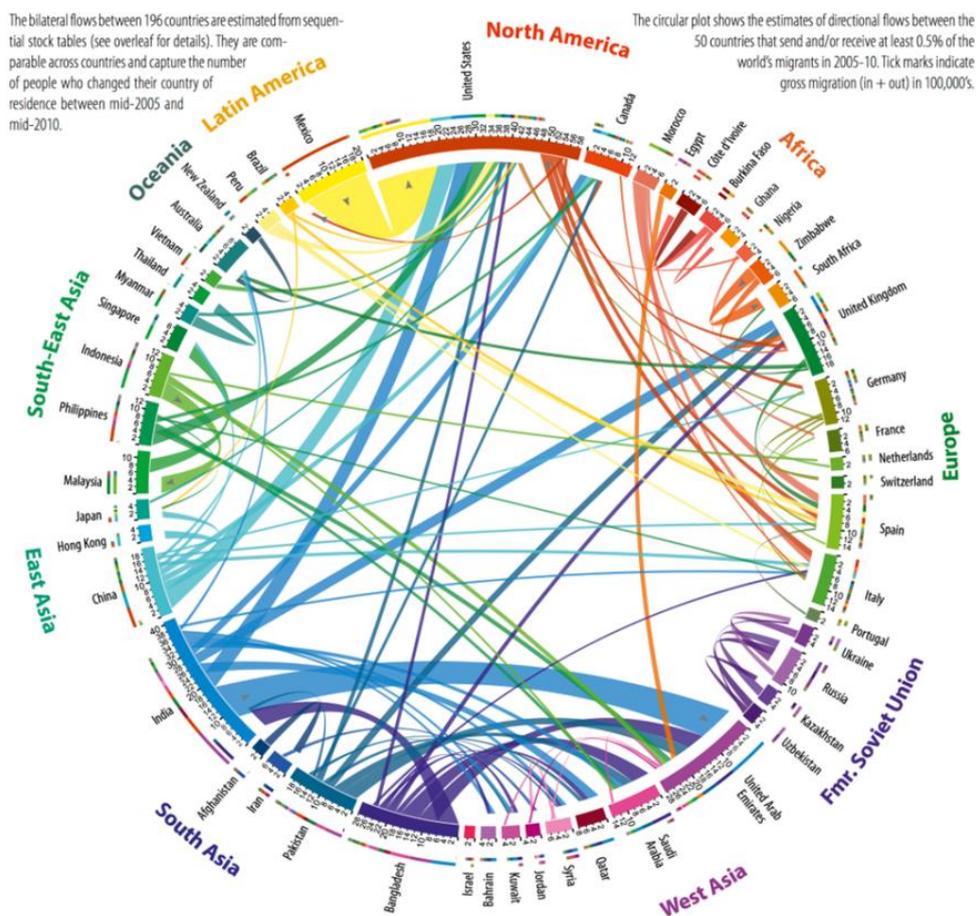
Premessa

Il 2008 è stato un anno epocale per l'umanità in quanto, per la prima volta nella storia, la popolazione urbana ha superato quella rurale (UNFPA, 2008). Tale condizione si è verificata grazie al trasferimento di un numero sempre crescente di persone dalle campagne alle città, tramite un processo di migrazione interna che ha alla sua base l'industrializzazione delle economie dei paesi in via di sviluppo.

L'UNDESA (2013) ha stimato che nel 2012 oltre 232 milioni di persone vivevano al di fuori del proprio paese d'origine. Tale situazione è il risultato di un processo di emigrazione esterna causata da una molteplicità di fattori. Essi includono guerre, disastri naturali, degrado del territorio, persecuzioni politiche, discriminazioni, mancanza di accesso ai servizi essenziali e soprattutto la ricerca di migliori opportunità nei campi dell'istruzione e del lavoro (IOM, 2013a). Nella figura 1, vengono mostrati i flussi migratori più significativi a livello mondiale nel quinquennio 2005-10. I movimenti di persone sono prevalenti lungo la direttrice Sud-Nord del mondo con il 40% del totale (IOM, 2013b), ma anche le migrazioni Sud-Sud (33%) e quelle Nord-Nord (22%) sono rilevanti.

Secondo recenti previsioni demografiche, la popolazione dei paesi più sviluppati, durante questo secolo, rimarrà stabile attorno al livello del 2013, mentre la Terra del 2100 ospiterà 3,5 miliardi di persone in più rispetto ad oggi, prevalentemente concentrate nell'Africa sub-sahariana (UNDESA, 2013).

Figura 1 – Flussi migratori mondiali (2005-10)



Fonte: Abel e Sander, 2014

Tale scenario combinato con il probabile persistere delle diseguaglianze economico-sociali tra Nord e Sud del mondo, le conseguenze del cambiamento climatico ed i conflitti che potrebbero sorgere per il controllo di risorse sempre più esigue, mostra come il fenomeno migratorio sia destinato a continuare nei prossimi decenni. A tal proposito, nel 2013, durante l'*Almaty Process*, il Vice Direttore Generale della IOM ha dichiarato che nel 2040 i migranti internazionali saranno 400 milioni (IOM e UNHCR, 2013).

Il concetto di migrazione, definibile come l'atto dell'entrare in un paese straniero o in un'altra zona della propria nazione per stabilirvisi, cambia significato a seconda dei punti di vista. L'economia del lavoro la vede come un investimento in capitale umano, grazie al quale un lavoratore aumenta la propria produttività spostandosi dove può usare al meglio le sue capacità; per il modello Ricardiano, essa può essere considerata come il vantaggio comparato dei paesi caratterizzati da ritardi nello sviluppo economico; l'opinione pubblica si divide tra chi la considera un'opportunità e

chi una minaccia; per gli storici, questo è un fenomeno che ha sempre caratterizzato la specie umana; Papa Benedetto XVI aveva esortato i fedeli a non considerare i migranti come dei numeri; molti Governi dei paesi più sviluppati, non potendo gestire la globalizzazione economica e finanziaria, hanno visto nel contrasto all'immigrazione irregolare l'occasione per poter riaffermare il proprio ruolo di fronte ai cittadini; infine, c'è chi, come il Colonnello Gheddafi, si era spinto perfino a brandirla come un'arma di ricatto, minacciando di far diventare «nera» l'intera Europa.

Gli impatti dell'immigrazione sull'economia e la società sono complessi da calcolare. Il beneficio principale per i paesi che ricevono tali flussi è la presenza di manodopera disponibile ad occupare i posti di lavoro non graditi ai locali; inoltre, essa accresce la forza lavoro del paese, paga tasse, versa contributi ed arricchisce culturalmente la società che la ospita. Un classico problema sono i timori della popolazione autoctona, che accusa i migranti di ridurre i livelli dei salari per i lavoratori nazionali, di sottrarre loro opportunità di lavoro e di delinquere.

I paesi di emigrazione si avvantaggiano delle rimesse inviate in patria dagli emigranti, tanto che per alcune economie sono una voce importante del PIL, ma pagano tale fatto con la perdita di cittadini preziosi, dato che a partire sono spesso giovani istruiti e sani, i quali godono di una maggiore probabilità di successo nel loro progetto migratorio rispetto al resto della popolazione (ILO, 2010).

Il tema dell'immigrazione, alla luce di quanto scritto finora, ha rilevanza sia in termini quantitativi che qualitativi: non deve quindi stupire che risulti un argomento di confronto particolarmente divisivo. Tuttavia, è allarmante il fatto che le discussioni si basino spesso su tesi ideologiche e propagandistiche, tralasciando qualsiasi riferimento ai dati effettivi.

A riguardo della popolazione immigrata presente nel nostro paese, assume primaria importanza il tema della tutela della salute, per almeno tre ragioni. La prima, di tipo giuridico, è la salvaguardia costituzionale del diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo, in quanto indispensabile per l'esercizio di molti altri diritti umani e necessario per vivere una vita dignitosa (Riedel, 2009). La seconda motivazione è di ordine sociale, infatti le politiche di tutela sanitaria facilitano il percorso d'integrazione e contribuiscono alla coesione sociale (Consiglio d'Europa,

2007). La terza, di tipo economico, include aspetti come la maggior frequenza degli accessi al Pronto Soccorso (Testi e Ivaldi, 2008), la domanda inappropriata di servizi di emergenza-urgenza (Bonvicini, Broccoli, D'Angelo e Cancela, 2011; Marchisio, 2014) ed il maggiore costo medio a ricovero per gli immigrati irregolari rispetto sia agli italiani sia agli stranieri regolari (Morandi e Pugliese, 2013; Carletti, De Giacomi e Barbini, 2014).

Nonostante il rilievo di quanto riportato, la salute di questa popolazione sale agli onori della cronaca solo in caso di vicende estreme, come le morti in mare durante la traversata del Mar Mediterraneo, che ammontano a 22.394 nel periodo gennaio 2000 - agosto 2014 (OIM, 2014), o quando si ritiene che possa avere un impatto negativo sugli italiani, come dimostrato dal recente allarmismo su ebola e tubercolosi.

Con riferimento alla popolazione straniera, è particolarmente interessante da studiare la risposta al bisogno di salute degli irregolari, in quanto essi, al contrario di regolari e rifugiati, non sono iscrivibili al SSN.

Questo tema ha una forte rilevanza perché, laddove la tutela della salute non fosse garantita a tutti, si configurerebbe un chiaro esempio di violazione dei diritti umani. Tale pericolo dovrebbe risvegliare in tutta la popolazione, come l'aforisma di Brecht ammonisce, la consapevolezza che solo la tutela universale dei diritti umani può garantire ai cittadini italiani di conservare i propri.

Introduzione

Questo lavoro è il frutto di una ricerca sull'assistenza sanitaria prestata dal privato sociale, i cui maggiori beneficiari sono gli immigrati irregolari, nella città di Torino. Il capoluogo piemontese si presenta come un buon caso di studio sia in quanto meta di molte persone dal Sud del mondo, ai quali gli immigrati dal Sud italiano hanno idealmente passato il testimone, sia a causa dell'articolato sistema di attori presente.

La letteratura esaminata nel corso della ricerca affronta il tema immigrati irregolari e salute su più piani e da diversi punti di vista: sono stati messi a confronto 11 paesi europei sulla legislazione ed organizzazione dei servizi sanitari (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, 2007); è stata stimata la spesa pubblica necessaria per fornire l'assistenza sanitaria agli stranieri non residenti (Morandi e Pugliese, 2013); sono state analizzate e valutate in base a sette variabili chiave le normative di regioni e province autonome italiane (Geraci, Bonciani e Martinelli, 2010); infine, sono state descritte le attività dei centri medici che si occupano di curare gli immigrati irregolari (Scarcella, Pezzoli, Scolari, Indelicato, Lonati e El-Hamad, 2004) ed i fattori che ne favoriscono l'accesso alle cure (Devillanova, 2008).

Il contributo di questa ricerca sarà quello di investigare un aspetto che ha finora ricevuto poca attenzione: l'organizzazione dell'offerta di servizi sanitari gratuiti da parte del privato sociale all'interno di una grande città. Attraverso interviste semi-strutturate ai responsabili degli ambulatori medici dedicati ai migranti irregolari e l'analisi dei dati sugli accessi alle strutture, si cercherà di rispondere alle seguenti domande: come è organizzato il servizio? È possibile stabilire il valore economico delle prestazioni? In quali modi un migliore lavoro in rete potrebbe aumentare l'efficienza del sistema?

La prima parte della tesi descrive, sotto diversi punti di vista, il fenomeno dell'immigrazione in Italia per offrirne un inquadramento attraverso dati statistici ed il contributo della letteratura. Nel primo capitolo, si spazia dalle cause dell'emigrazione verso il nostro paese al suo futuro demografico, tracciando anche il profilo di questo segmento della popolazione, approfondendone due aspetti fondamentali come l'istruzione ed il lavoro. Il secondo capitolo si avvicina al nucleo della tesi delineando

le determinanti e lo stato di salute degli immigrati, mostrandone anche i legami con gli aspetti descritti nel capitolo precedente; vengono inoltre esaminate la normativa che disciplina la tutela della salute dello straniero irregolare e le risorse a disposizione di questi ultimi.

La seconda parte della tesi, che coincide col terzo capitolo, tratta la questione centrale di questo lavoro. Dopo aver fornito le necessarie coordinate di contesto storico e demografico relative a Torino, viene effettuata una panoramica sulle istituzioni e gli attori sociali che influenzano il grado di salute del migrante irregolare all'interno della città. Viene poi discusso il ruolo assunto dal volontariato all'interno della *welfare society*, approfondendo la realtà degli ambulatori medici gestiti dal privato sociale. In seguito, si analizzano le tre strutture di questo tipo presenti a Torino, descrivendone storia, funzionamento e servizi offerti. I dati raccolti dal sistema informativo di questi ambulatori vengono poi utilizzati per delineare il profilo demografico e le patologie tipiche dei pazienti che si rivolgono a queste organizzazioni e per offrire una valorizzazione economica delle prestazioni offerte. Inoltre, si esaminano le collaborazioni reciproche tra i tre centri, con altri attori del terzo settore e con le strutture pubbliche. Infine, si propongono alcune misure concrete ed attuabili rivolte alle strutture del volontariato per migliorare il lavoro in rete ed al settore pubblico per garantire agli stranieri una maggiore conoscenza dell'offerta di servizi sanitari.

Capitolo 1. L'immigrazione in Italia

1.1. Cause

Il primo aspetto da indagare a proposito dell'immigrazione verso l'Italia è senza dubbio quello delle cause, poiché esse hanno determinato il profilo di chi sarebbe arrivato. La letteratura è concorde nel considerarle di tipo strutturale, connaturate principalmente al sistema di welfare, al modello produttivo ed all'evoluzione demografica.

Il sistema di welfare italiano viene classificato come *mediterraneo*, ossia caratterizzato dalla prevalenza dei trasferimenti monetari rispetto alla fornitura diretta di servizi e dal peso preponderante delle pensioni rispetto ad altri benefici (Ponzini e Pugliese, 2008). Tale modello è attualmente messo sotto pressione dalla necessità di contenere la spesa pubblica, dall'invecchiamento della popolazione e dal progressivo aumento del tasso di attività femminile. Quest'ultimo è cresciuto dal 44,8% del 1992 al 53,6% del 2013¹, mettendo in crisi la suddivisione tradizionale dei compiti familiari per i quali la donna si occupava di gestire la casa, di crescere i figli e di accudire i genitori. La ragione va cercata nell'insufficiente redistribuzione delle incombenze all'interno delle famiglie e nell'inadeguato sviluppo dei servizi pubblici a suo supporto (Ambrosini, 2013). Una conseguenza è il basso livello del tasso di fecondità italiano pari nel 2013 a 1,29 figli per donna (che sale a 1,42 considerando anche le donne immigrate), il quale si colloca nella parte bassa della corrispondente classifica europea (Eurostat, 2014) ed implica il persistere del ricorso all'immigrazione per rimpinguare le fila della forza lavoro.

Per quanto riguarda l'assistenza agli anziani non autosufficienti, la presenza di un'indennità di accompagnamento indipendente dal reddito e dalla struttura familiare del beneficiario, sulla cui spesa lo Stato non pone vincoli, combinata con la minore disponibilità di tempo delle donne ad occuparsi dei compiti domestici, crea la domanda per le assistenti familiari. Il ricorso al welfare privato è accessibile grazie all'offerta di lavoro a basso costo da parte della popolazione straniera, che viene remunerata attingendo alla pensione dell'anziano, all'indennità di accompagnamento

¹ La fonte dei dati riportati nel capitolo 1, dove non indicata, è da considerarsi l'ISTAT, le cui statistiche sono accessibili dal sito <http://www.istat.it/>.

ed eventualmente grazie al contributo dei figli (Ambrosini, 2013). I numeri del fenomeno sono importanti: nel 2012 si contavano 993.719 lavoratori domestici tra badanti e colf, di cui l'81,2% straniero. L'alternativa a tale scelta è rappresentata dal ricoverare gli anziani presso le Residenze Sanitarie Assistenziali o ricorrere ai servizi di assistenza semiresidenziale. Tale soluzione è però ostacolata dalla limitatezza dei posti disponibili e da un fattore culturale: a fronte dei 240.000 posti letto residenziali e semiresidenziali disponibili nel 2011 (Auser, 2012), il fabbisogno rilevato dalla *Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA* nel 2007 venne stimato in 496.000 posti; inoltre, si ritiene più rispettoso permettere agli anziani di continuare a vivere a casa propria (Ambrosini, 2013).

Considerati l'incremento dell'età media e la probabile contrazione della spesa sociale, la tendenza ad impiegare stranieri con compiti di assistenza domiciliare sembra destinata a continuare.

Le caratteristiche del modello produttivo italiano e le tendenze del mercato del lavoro sono fattori importanti per l'attrazione di lavoratori stranieri.

La carenza di manodopera nazionale è la principale determinante della richiesta di immigrati: difatti, dal 1992 in poi, la quota di permessi di soggiorno che riguardano motivi di lavoro è sempre stata superiore al 50% del totale. Una conseguenza è stata la concentrazione degli immigrati nelle zone più produttive della Penisola.

In secondo luogo, i migranti, in particolare gli irregolari, rappresentano degli ottimi candidati per il lavoro *nero*². La mancanza di documenti e la particolare fragilità sociale li costringono infatti ad accettare le prime attività che vengono loro proposte. La crescita di questo fenomeno è stata anche favorita da alcune tendenze del mercato del lavoro come la deregolamentazione, l'*outsourcing* ed il ricorso ad appalti e subappalti.

Infine, il modello economico italiano, caratterizzato dalla diffusione delle piccole imprese e dall'importanza di settori ad alta intensità di lavoro (come l'agricoltura mediterranea, l'edilizia ed il settore alberghiero) tra loro accomunati dal basso margine di profitto, l'elevata concorrenza, la non delocalizzabilità delle attività e fluttuazioni stagionali della domanda è un magnete per i lavoratori non qualificati.

² Nel 2010, la quota di unità di lavoro non regolari sul totale ammontava in Italia al 12,2%.

In sintesi, è l'interesse delle imprese a minimizzare il costo del lavoro ed a ottenere la massima flessibilità a creare la domanda per gli stranieri (Ambrosini, 2013)³.

Le previsioni ISTAT (2011) indicano un aumento della popolazione italiana di quasi tre milioni di persone durante il periodo 2011-2030, frutto di una dinamica naturale negativa per 2.050.000 e di un saldo migratorio positivo per 4.900.000, dovuto sia agli ingressi dall'estero che ai bambini nati da genitori stranieri. Come conseguenza, la popolazione di origine non italiana assumerà nel 2030 un'incidenza sul totale maggiore al 15%, contro il 9% odierno. Inoltre, l'età media crescerà da 43,5 a 47 anni. Da ciò discenderà l'incremento dell'indice di dipendenza degli anziani⁴, parametro di sicuro impatto sulla sostenibilità delle finanze pubbliche, che nel 2030 si attesterà al 43%, rispetto al 31% del 2011. Durante lo stesso periodo, la popolazione in età lavorativa limiterà le perdite a 900.000 unità, grazie ai flussi migratori di adulti in cerca di lavoro.

Ricapitolando, nel 2030 l'Italia sarà un paese più anziano e con un numero maggiore di stranieri rispetto ad oggi, la cui presenza sarà un elemento ancora più centrale e strutturale della popolazione italiana.

In conclusione, è la struttura del sistema paese a creare la domanda di lavoratori stranieri. L'immigrazione si impone quindi come fenomeno destinato a durare.

1.2. Profilo

L'Italia è stata, per gran parte della sua storia, un paese di partenza dei flussi migratori: si stima infatti che oltre 24 milioni di persone siano emigrate tra il 1876 ed il 1976 (Rosoli, 1978). Il bilancio migratorio divenne positivo solo nel 1973 per rimanere tale, ad eccezione del quinquennio 1985-90, fino ad oggi. Il fenomeno acquistò rilevanza soltanto a partire dagli anni Novanta: lo divenne prima a livello mediatico, quando nel 1991 sbarcarono a Brindisi 27.000 albanesi, e dal 1993 a livello demografico, anno in cui gli arrivi degli stranieri iniziarono a compensare il calo

³ Bisogna notare che, sebbene il tasso di disoccupazione sia attorno al 12,5% con punte del 43% per la componente giovanile (15-24 anni), gli italiani possono permettersi di non accettare i lavori di bassa qualità e mal remunerati che sono praticati dagli stranieri. Il sostegno della famiglia, che agisce come un ammortizzatore sociale, consente infatti di prolungare la ricerca di un lavoro più vicino alle proprie aspettative (Semenzin, 2007/08).

⁴ Esso consiste nel rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni).

naturale della popolazione nativa. È notevole constatare la crescita quasi esponenziale dei residenti stranieri: nel 1998 si raggiunse il milione di presenze, mentre al 1° gennaio 2014 tale valore ammontava a 4.922.085 persone. Ad essi vanno sommati 218.000 regolari non residenti e 294.000 irregolari stimati dalla Fondazione ISMU (2014), per giungere ad una presenza straniera di poco inferiore a 5,5 milioni di unità, con un'incidenza del 9% sulla popolazione totale. Nel primo decennio del XXI secolo, l'Italia si è distinta per un tasso medio annuo di immigrazione dello 0,64% (ossia un saldo migratorio positivo annuale di 6,4 persone ogni 1000 abitanti), paragonabile a quello del Canada e pari a circa il doppio di quello degli Stati Uniti durante lo stesso periodo (UNDESA, 2013).

I paesi di provenienza degli stranieri sono ben 194, in pratica la totalità degli stati generalmente riconosciuti come sovrani a livello internazionale. Nonostante la frammentazione dei luoghi di origine, le prime cinque nazionalità per numerosità (romena, albanese, marocchina, cinese ed ucraina) rappresentano il 53% del totale degli stranieri residenti. Le provenienze per continente, al censimento 2011, erano: Europa (53,1%), Africa (21%), Asia (17,7%) ed Americhe (8,2%).

La ripartizione per genere vede prevalere la componente femminile, che rappresenta il 53% del totale. Scomponendo i dati a livello regionale, osserviamo, ai due estremi, che le donne rappresentano il 59,3% di quanti provengono dall'UE-28, mentre il 60% degli originari di Africa Occidentale ed Asia centro-meridionale sono uomini.

La popolazione straniera risulta più giovane di quella autoctona, con un'età media inferiore di 12,7 anni e pari a 32 anni. Dalla verde età discendevano nel 2012 il 10% di matrimoni che hanno visto protagonista almeno uno sposo non italiano ed il 14,5% di nati da almeno un genitore straniero.

La distribuzione degli stranieri sul territorio nazionale è condizionata dalla presenza di opportunità di lavoro: il 35,2% si concentra nel Nord-Ovest rispetto al 26,5% della popolazione, mentre nel Sud ed isole tale proporzione si inverte (14% vs 34,6%).

La propensione alla stabilità è alta, come testimoniato da questi indicatori: il tasso di fecondità delle donne straniere era pari a 2,37 nel 2012, ossia quasi il doppio di quello delle italiane; il 21,7% della popolazione straniera aveva meno di 18 anni nel 2013 (buona parte composta da seconde generazioni); i 3.764.236 permessi di soggiorno attivi nel 2013 erano per il 54,3% di tipo CE per soggiornanti di lungo

periodo⁵, mentre, tra i permessi a termine, il 40,9% è per ricongiungimento familiare; le 62.529 acquisizioni di cittadinanza nel 2011; le 497.080 imprese fondate da stranieri.

L'analisi di tali dati restituisce l'immagine di una comunità altamente eterogenea, di giovane età, distribuita sul territorio in modo diffuso ma diseguale e con una forte tendenza al radicamento ed alla stabilizzazione.

1.3. Istruzione e lavoro

Quest'ultimo paragrafo viene dedicato a due temi importanti come l'istruzione ed il lavoro, alle relazioni esistenti tra di essi ed alle loro conseguenze sul tenore di vita.

Nel 2012, gli alunni con cittadinanza straniera rappresentavano il 9,5% degli iscritti alla scuola elementare, il 9,3% di quelli alla scuola secondaria di primo grado ed il 6,2% degli studenti della scuola secondaria di secondo grado.

Scomponendo i dati relativi a quest'ultimo grado di istruzione, si nota una forte divergenza nelle scelte degli indirizzi: gli alunni stranieri prediligono la formazione tecnica (scelta dal 41,1% di quelli nati in Italia e dal 38,2% dei nati all'estero) e professionale (29,8% e 39,8%), mentre gli studenti di cittadinanza italiana preferiscono il liceo che raccoglie il 39,5% delle preferenze (MIUR, 2013). Si noti che, specialmente per la formazione tecnica, la scelta del percorso di studio non è influenzata dal luogo di nascita. Questa decisione è probabilmente dettata dalla volontà dei genitori dei ragazzi, che dispongono di un reddito ed un patrimonio inferiore rispetto alle famiglie italiane, di scegliere un percorso che permetta, già dopo il conseguimento del diploma di maturità, la ricerca di un lavoro. In questo modo, data l'esistenza di un divario nelle remunerazioni medie tra lavoratori laureati e diplomati, i differenziali di reddito tra la popolazione italiana e quella di origine straniera tenderanno probabilmente a perpetuarsi, mantenendo in essere l'associazione tra immigrato ed appartenenza alla *working class*.

La ricerca di un lavoro è, per molti immigrati, la ragione alla base del trasferimento in Italia. Questi lavoratori sono fondamentali per l'economia nazionale e per i conti

⁵ Si tratta di un permesso di soggiorno a tempo indeterminato, che può essere richiesto solo da chi possiede un permesso di soggiorno da almeno 5 anni e che permette la circolazione nel territorio dello Spazio Schengen.

pubblici: contribuiscono al PIL nazionale per il 12%; nel 2012 hanno versato nelle casse dello stato 1,7 miliardi di euro in più rispetto a quanto ricevuto come spesa pubblica (Caritas e Migrantes, 2013); nel 2012 costituivano il 10,2% degli occupati e mostravano un tasso d'attività e di occupazione superiore agli italiani.

Considerando il recente passato (III trimestre 2008 - III trimestre 2012), notiamo che, sebbene il tasso d'occupazione degli stranieri si sia ridotto maggiormente di quello degli italiani (-6,5% vs. -1,8%), i lavoratori stranieri sono aumentati di 480.000 unità, mentre quelli italiani diminuivano di 1,04 milioni. La perdita occupazionale è stata maggiore per marocchini ed albanesi, più presenti nel settore industriale, rispetto alle comunità che offrono prevalentemente servizi alle famiglie ed assistenza (filippina, romena, polacca).

In generale, la presenza è minima nelle professioni qualificate (1,8% sul totale) e massima in quelle non qualificate, dove un occupato su tre è straniero. Con riferimento ai settori professionali, notiamo che l'incidenza straniera è inferiore al 3% in alcuni comparti del terziario (PA, credito e assicurazioni, istruzione e servizi di informazione e comunicazione), sale al 16,4% nel settore alberghi e ristorazione ed al 20,7% nelle costruzioni, e tocca il 54,5% nei servizi alla persona e familiari. Scomponendo questi dati per genere, osserviamo che oltre la metà delle donne ha mansioni di assistente domiciliare o collaboratrice domestica, mentre gli uomini si concentrano su un numero maggiore di professioni, accomunate dall'essere di tipo manuale, poco qualificate, a bassa specializzazione, con orari disagiati e scarse prospettive di carriera.

Gli immigrati presentano una percentuale di diplomati maggiore rispetto agli italiani (40% vs 34,7%). Il titolo di studio, tuttavia, non costituisce per loro una variabile discriminante per accedere al lavoro: infatti, i titolari di licenza media ed i detentori di un diploma più avanzato hanno pressappoco la stessa probabilità di svolgere un lavoro non qualificato. Come conseguenza, il salario degli stranieri laureati è solo dell'8% superiore agli stranieri con licenza elementare, mentre per gli italiani tale divario sale al 75%. Ulteriori note negative sono rappresentate da: il *brain waste*, dovuto ad un 32% di stranieri con titolo di studio superiore occupato in una professione non qualificata, l'alta incidenza dei sottoccupati ed una retribuzione media netta inferiore del 25% rispetto alla popolazione autoctona.

In sintesi, gli immigrati sono parte integrante dell'economia dove svolgono in prevalenza i cosiddetti *3D jobs (dirty, dangerous and degrading)*, sono sottoccupati sia rispetto al titolo di studio sia in termini di ore lavorate, presentano un tasso di occupazione superiore al livello degli italiani e si concentrano nelle imprese di piccole dimensioni, considerando in senso lato le famiglie all'interno della categoria.

L'effetto di questa situazione è ben riassunto dall'indicatore sintetico di rischio di povertà o esclusione sociale: nel 2009, esso interessava il 56,9% delle famiglie composte da soli stranieri, mentre tale valore scendeva al 23,4% di quelle composte da italiani. La ragione ultima di questa fragilità sociale va probabilmente ricercata nella composizione dei redditi familiari. Per il primo gruppo, essi dipendono per il 90,6% dal lavoro e solo per l'8,3% da trasferimenti sociali, contro rispettivamente 63,8% e 32,7% per gli italiani.

Capitolo 2. La salute della popolazione immigrata

2.1. Determinanti socio-economici della salute

I migranti, dal momento in cui decidono di partire fino alla loro integrazione nella società d'arrivo, vivono un'esperienza che ha un impatto sulla loro salute e che, a fini espositivi, è possibile schematizzare in quattro fasi: situazione prima della partenza, percorso migratorio, accoglienza ed integrazione, accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari (Geraci, 2009).

La situazione prima della partenza comprende le caratteristiche del paese di origine e la posizione sociale dell'individuo. Gli elementi di maggiore influenza sulla salute sono: le caratteristiche genetiche, il genere, il reddito, il livello d'istruzione, le reti sociali di appartenenza, le condizioni lavorative, la qualità dell'ambiente, l'efficacia del sistema sanitario e l'esposizione a fattori di rischio di tipo culturale e microbiologico (WHO, 2014).

È opportuno fugare il timore che vede gli immigrati come portatori di malattie infettive, soprattutto alla luce della recente diffusione del virus dell'ebola in Africa Occidentale. I dati sulle tre maggiori malattie infettive sono infatti chiari: il Centro Operativo AIDS dell'ISS mostra che, nel periodo 1985-2012, sulle 56.952 nuove diagnosi di infezione da HIV avutesi in Italia, solo il 21,6% è imputabile a persone di nazionalità straniera e che nel 2012 ci sono stati 22,3 nuovi casi ogni 100.000 abitanti stranieri (5 per gli italiani); inoltre, il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute rivela che nel 2008 per la tubercolosi⁶, il tasso grezzo di incidenza è stato di 3,8 casi su 100.000 per i nati in Italia e di 50-60 casi su 100.000 per i nati all'estero, i quali costituiscono quasi il 50% dei casi totali; infine, nel 2010, su 826 casi di epatite virale acuta notificati al Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta, il 17,9% riguardava stranieri, con un'incidenza della malattia sulla popolazione straniera meno che doppia rispetto a quella italiana.

⁶ Essa, in quanto patologia della povertà e dell'emarginazione sociale viene definita come «la malattia che meglio misura l'incapacità di un paese di accogliere degnamente gli stranieri» (Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, 2000:1320)

Queste malattie sono certamente più diffuse tra gli stranieri, ma i tassi assoluti non allarmanti permettono di rifiutare la «sindrome di Salgari»⁷. Inoltre, Geraci (2007:10) nota che «molte delle malattie infettive riscontrate sono una conseguenza della fragilità sociale», mentre El-Hamad (2007:42) rassicura sul fatto che «il profilo sanitario della popolazione immigrata non permette considerazioni a favore di un allarme sanitario e l'attuale quadro epidemiologico non consente di ipotizzare reali rischi infettivologici per la popolazione locale».

È risaputo il fatto che, nelle fasi iniziali delle migrazioni di matrice economica, opera l'*effetto migrante sano*, per il quale solo i soggetti più forti e sani intraprendono il viaggio migratorio. Ciò avviene sia per auto-selezione, sia perché spesso l'emigrazione è lo sforzo congiunto di più persone, che investono i propri soldi nell'individuo con più probabilità di successo. Tale osservazione viene confermata dalla presenza di un *intervallo di benessere* della durata non inferiore a 12-18 mesi che normalmente separa l'arrivo in Italia dalla prima richiesta di assistenza sanitaria (Scarcella et al., 2004). Questo effetto viene eroso nel tempo, poiché aumenta il numero di ricongiungimenti familiari e perché i nuovi migranti raggiungono l'Italia attraverso percorsi già solcati da parenti ed amici. Tale combinazione fa in modo che l'auto-selezione iniziale venga meno (ISS, 2013).

Il percorso migratorio presenta avversità sia di ordine psicologico, come la paura di fallire, sia di ordine fisico, che interessano in particolare quegli immigrati che arrivano in Italia via mare. L'incidenza di questi ultimi sul totale è comunque limitata, visto che nel 2011, anno in cui si è registrato il picco di sbarchi a causa delle «Primavere Arabe»⁸, essi sono stati 62.692 su un totale di 385.800 ingressi, ossia il 16% del totale. Al contrario, più del 60% degli ingressi di irregolari nel nostro paese nel periodo 2000-2006 è avvenuto attraverso un aeroporto grazie ad un regolare visto turistico (Ministero dell'Interno, 2007).

L'Italia si è attrezzata da tempo ad affrontare l'immigrazione clandestina, creando un percorso standardizzato che ha l'obiettivo di distinguere quanti hanno diritto a restare sul territorio, da quanti devono essere espulsi.

⁷ Espressione coniata nei primi anni Novanta ad indicare quel pregiudizio diffuso che vedeva gli immigrati come untori della popolazione autoctona e, conseguentemente, dirottava le politiche e le risorse verso strategie sanitarie difensive e di controllo (Geraci e Baglio, 2013).

⁸ Tale record è già stato superato nel 2014, visto che il 14 agosto si è registrato il centomillesimo immigrato sbarcato dall'inizio dell'anno (Ruotolo, 2014).

I quattro CPSA⁹, allestiti nei luoghi di maggiore sbarco, accolgono gli stranieri, offrono le prime cure mediche, li fotosegnalano, ricevono le richieste di protezione internazionale e li smistano verso altri centri (Ministero dell'Interno, 2014a).

I migranti vengono poi accompagnati presso una delle dieci strutture dalla duplice funzione di CDA e di CARA. I CDA si occupano di stabilire l'identità e l'eventuale legittimità della permanenza in Italia dello straniero irregolare rintracciato sul territorio nazionale; in caso contrario, ne dispongono l'allontanamento. I CARA identificano e definiscono la procedura di riconoscimento dello status di rifugiato allo straniero richiedente asilo, privo di documenti o sottrattosi al controllo di frontiera (Ibid.).

Gli immigrati irregolari, in attesa dell'espulsione, vengono trattenuti, in regime di detenzione amministrativa, in uno dei cinque CIE fino ad un massimo di 18 mesi (Ministero dell'Interno, 2014b).

La terza fase comprende sia la capacità della società di arrivo di offrire cure e ricovero immediati a chi giunge nella Penisola, sia elementi quali il reddito, le condizioni lavorative ed abitative (in primis livello d'igiene, di riscaldamento e di promiscuità), il clima, le abitudini alimentari, il rapporto con le istituzioni, la presenza di reti di supporto sociali e l'entità del disagio psicologico e relazionale dovuto allo sradicamento culturale provato nel paese di destinazione (Geraci, 2009).

Si noti che il patrimonio di salute dei migranti si depaupera a causa dell'esposizione ai predetti fattori di rischio proprio durante il primo periodo di permanenza in Italia: si parla in questo caso di *effetto migrante esausto* (Bollini e Siem, 1995). Da ciò discende l'importanza del saper disegnare percorsi di inclusione sociale, non ancora pienamente compresa nel nostro paese. I dati infatti mostrano evidenti disparità: il 43,9% delle famiglie straniere è a rischio povertà contro il 17,4% delle italiane, con un disagio abitativo tre volte più diffuso tra le prime (Caritas e Migrantes, 2014).

Le condizioni lavorative sono il fattore a maggior impatto sul profilo di salute degli immigrati, principalmente a causa dello scarso potere contrattuale nei confronti del datore di lavoro, che comporta lunghi orari di lavoro e scarsa tutela della sicurezza. Tale debolezza è dovuta a: la necessità di mantenere il lavoro per garantirsi il rinnovo del permesso di soggiorno; la consapevolezza che gli stessi datori di lavoro

⁹ I CPSA attualmente operativi sono: Lampedusa (AG), Otranto (LE), Pozzallo (RG) ed Elmas (CA), quest'ultimo con funzioni di CARA.

possono essere un'ottima fonte per ulteriori opportunità lavorative; il pudore nel manifestare il proprio disagio per via di una scarsa conoscenza dell'italiano (Borghi, 2009).

Le principali cause di malattia legate al lavoro comprendono: la mobilità sociale discendente, che richiede lo svolgimento di mansioni gravose a cui manca l'abitudine (Semenzin 2007/08); il rinvio della cura della malattia fino a quando diventa indifferibile, per evitare il rischio di essere rimpiazzati al lavoro (Ibid.); la sottovalutazione dei livelli di usura fisica, dovuta alla relativizzazione del bisogno di riposo e di cura (Borghi, 2009); la discriminazione che si prova nel constatare la segmentazione gerarchica¹⁰ nei confronti di altri lavoratori crea malessere e frustrazione (Ibid.); infine, la precarietà lavorativa ha pesanti conseguenze sulla psiche perché minaccia costantemente di far fallire il progetto migratorio, visto che il rinnovo del permesso di soggiorno è condizionato all'essere occupati (Semenzin, 2007/08).

Si esaminano ora le problematiche cliniche tipiche per alcune categorie.

La *sindrome Italia* è una forma di depressione che colpisce le assistenti familiari, identificata nel 2005 in Ucraina dagli psichiatri Kiselyov e Faifrych. Essa è causata da fattori che generano forti crisi di identità, che comprendono: l'impatto con il mercato del lavoro di cura, la vicinanza alla malattia, la richiesta di un'attenzione psicologica ed emotiva elevata, la solitudine, il poco supporto fornito dai datori di lavoro, la lontananza dalla propria patria e dai propri figli, ed il senso di colpa derivante dal fatto di non poter rispondere direttamente ai loro bisogni di cura (Borghi, 2009).

I lavoratori occupati in imprese di pulizia e manutenzione mostrano un'accentuata vulnerabilità psicofisica: molti di essi sommano uno o più impegni ad ore di collaborazione domestica presso famiglie (ben retribuiti ed in nero) ad un impiego mattutino o serale presso una cooperativa od una impresa di pulizie (più faticoso ma con regolare contratto), da cui consegue la difficoltà a conciliare i propri impegni quotidiani. Essi denunciano la scarsa formazione sull'uso di sostanze tossiche e di detersivi ad alto contenuto di ammoniaca, fatto che causa piccoli incidenti ed il cui

¹⁰ Essa descrive la presenza di due gruppi di lavoratori che, sebbene chiamati a ricoprire lo stesso tipo di mansioni, nello stesso luogo e con gli stessi orari, vengono contrattualizzati da due imprese diverse, che riconoscono loro livelli salariali, dotazioni ed ausili differenti.

impiego prolungato sembra contribuire all'insorgenza di allergie, problemi respiratori e dermatologici (Borghi, 2009).

La salute della madre e del bambino straniero è negativamente influenzata da due contrapposti fattori culturali: da un lato, abbiamo il *vissuto malato* della maternità e del parto ospedalizzato (Semenzin, 2007/08); dall'altro, chi vive la gravidanza come un periodo di ottima salute fisica spesso trascurava l'effettuazione dei dovuti esami ed accertamenti (LDF, 2012a). Gli indici che seguono, più alti tra le donne straniere rispetto alle italiane, dimostrano la condizione di minore salute delle prime: ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza; percentuale di donne che inizia le visite dopo la 12° settimana di gestazione e che non ha eseguito più di un'ecografia in gravidanza; mortalità perinatale ed infantile; nascite pretermine con bambini di basso peso; presenza di malformazioni congenite ed interruzione molto precoce o non stabilirsi dell'allattamento al seno (Ministero della Salute, 2013b). Tali dati risultano ancora più preoccupanti vista l'età media più bassa al momento del parto (29,3 anni contro 32,6 delle italiane)¹¹.

I dati INAIL mostrano che nel 2011 l'incidenza infortunistica¹² risultava più elevata tra gli stranieri rispetto agli italiani (38,4 casi denunciati ogni 1.000 occupati contro 35,8). Lo stesso istituto riconosce che «a determinare queste differenze concorre senz'altro l'occupazione prevalente degli immigrati in settori particolarmente rischiosi nei quali l'attività manuale è prevalente (edilizia, industria pesante, agricoltura), i turni di lavoro sono più lunghi e spesso la formazione professionale non adeguata» (INAIL, 2012:15). Gli infortuni dei lavoratori in nero, che vengono alla luce solo nei casi più gravi o mortali, si sommano a quelli ufficiali: l'INAIL, basandosi su dati ISTAT ed utilizzando i propri indicatori di rischio con opportuni fattori correttivi, ne ha stimati per il 2010 circa 164.000, ossia il 21% di quelli registrati durante quell'anno.

I cinesi meritano un discorso a parte, in quanto sia nei settori del tessile/abbigliamento sia in quello della ristorazione, tendono alla dipendenza assoluta dal datore di lavoro, che fornisce anche cibo e posti letto, il tutto all'interno del luogo di lavoro stesso. Tale situazione implica un ridotto accesso ai servizi territoriali e sanitari, vista la difficoltà ad integrarsi nella società (Borghi, 2009).

¹¹ Tali evidenze sono particolarmente inaccettabili alla luce della ricerca di Bollini, Pampallona, Wanner e Kupelnick (2009). Essa mostra come nei paesi ad alta integrazione per politiche rivolte agli immigrati non vi siano differenze significative negli esiti riproduttivi tra donne locali e straniere.

¹² Essa è espressa dal rapporto tra infortuni denunciati e lavoratori assicurati all'INAIL.

Infine, è impossibile non ricordare i 22.270 detenuti stranieri nelle nostre carceri sovraffollate (35,1% sul totale), le condizioni di sfruttamento di quanti sono costretti a prostituirsi (stimati dall'associazione *Parsec* in 38.000 nel 2006), la maggior incidenza degli aborti clandestini per le donne immigrate non coniugate (Dalla Zuanna e De Rose, 2013) e la condizione dei lavoratori agricoli sotto i caporali (che sono compresi tra i 300.000 ed i 500.000 secondo l'associazione *Finisterre*, nonostante l'introduzione della legge contro il caporalato nel 2011¹³).

La quarta ed ultima fase, trattata nei due paragrafi che seguono, coinvolge sia la legislazione che regola l'accesso ai servizi sanitari, sia l'organizzazione degli stessi. Da notare che un'efficace politica sanitaria a livello locale è cruciale per permettere che «il diritto formale (possibilità di accesso) garantito dalla legge si trasformi in diritto reale (fruibilità delle prestazioni)» (Geraci e El-Hamad, 2011:S16).

2.2. Legislazione in materia di tutela della salute degli stranieri

In Italia, i riferimenti della legislazione a tutela della salute sono l'articolo 25 della Dichiarazione universale dei diritti umani e l'articolo 32 della Costituzione che al primo comma recita «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

La legge n. 833 del 1978, che istituì il SSN, affrontò per la prima volta sul piano legislativo la questione dell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri. Tale tema venne regolato nel tempo da una lunga serie di norme, fino a quando nel 1998, con l'emanazione del D.lgs. 286 del 15 luglio 1998¹⁴, si decise di ordinare e dare un'impostazione stabile e chiara alla materia.

A partire dal 2001, in seguito ad una riforma costituzionale¹⁵, la tematica salute ed immigrazione venne scissa in una legislazione esclusiva dello Stato in materia di immigrazione ed una legislazione concorrente rispetto alla tutela della salute¹⁶, rimanendo «sospesa» tra le due. Come diretta conseguenza, si sono prodotti incerti passaggi di responsabilità, che «possono mettere in crisi l'effettiva applicazione degli orientamenti sanitari» (Marceca, 2008: 157).

¹³ Legge 148 del 14 settembre 2011.

¹⁴ Il titolo è *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*.

¹⁵ Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 intitolata *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*.

¹⁶ Articolo 117 della Costituzione Italiana.

La Conferenza Stato Regioni e Province Autonome del 20 dicembre 2012 è giunta all'approvazione di un documento intitolato: *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane*. Attraverso l'interpretazione autentica della normativa in essere, il documento si propone di «fornire, a legislazione vigente, indirizzi operativi per l'applicazione omogenea della normativa relativa all'assistenza sanitaria della popolazione straniera», dimostrando che, come segnalava Geraci (2010:34) con riferimento all'indagine condotta dall'Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze e l'ARS Marche (2008), esistono «soprattutto sul piano organizzativo, delle diversità ed alcune volte delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi in ambiti territoriali diversi». Queste disparità dipendono sia dalla potestà legislativa delle Regioni in materia di tutela della salute (ARS Marche, 2008) sia dall'orientamento adottato dalle ASL ed ASO nei confronti degli immigrati e dal livello di penetrazione territoriale dei servizi (Merotta, 2011). Tali disuguaglianze comportano sia una lesione dell'articolo 32 della Costituzione sia una deroga ai LEA ed al principio di equità ispiratore del SSN.

Nel documento, viene ribadito che la legislazione attuale prevede che sia i comunitari¹⁷, sia la quasi totalità degli extracomunitari regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale goda del diritto/dovere di iscrizione al SSN¹⁸; agli extracomunitari non in regola col permesso di soggiorno, ma in possesso della tessera STP¹⁹, vengono invece garantite le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali²⁰, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva, interventi di profilassi internazionale, la profilassi, diagnosi e cura di malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai, la tutela della gravidanza e della maternità, la tutela della salute del minore e la cura, prevenzione e riabilitazione in materia di

¹⁷ Circolare del Ministero della Salute del 3 agosto 2007.

¹⁸ Secondo l'articolo 34 del D.lgs. 286 del 15 luglio 1998, l'iscrizione può essere, in base alla categoria d'appartenenza, a titolo obbligatorio o volontario.

¹⁹ La tessera STP viene rilasciata gratuitamente dalle strutture del SSN ed è indispensabile per accedere alle prestazioni sanitarie di cui lo straniero irregolare ha diritto. Per il rilascio occorre esibire un documento d'identità ed un'autocertificazione relativa alla domiciliazione nel territorio dell'ASL. Essa ha validità semestrale sull'intero territorio nazionale ed è rinnovabile in caso di permanenza in Italia.

²⁰ Definizioni chiarite dalla Circolare del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000.

tossicodipendenza²¹. Se lo straniero dichiara tramite autocertificazione uno stato di indigenza, gli oneri per le prestazioni urgenti, essenziali e per la tutela della gravidanza e qualsiasi cura in favore di bambini sotto i 6 anni e degli anziani oltre i 64 anni sono remunerati da un apposito fondo del Ministero dell'Interno, mentre le spese connesse alle prestazioni ambulatoriali, ai farmaci ed ad altri servizi restano a carico delle Regioni²².

Oltre che per il rispetto dei diritti umani, esistono delle ragioni più prosaiche per garantire l'accesso alle cure di base agli stranieri: la popolazione residente gode di maggior tutela dalla diffusione di malattie infettive, mentre il SSN risparmia il maggior costo che deriverebbe dall'utilizzo inappropriato ed eccessivo del Pronto Soccorso e dal dover trattare malattie che si sono aggravate per essere state curate in modo improprio²³ o tardivo (LDF, 2012b). Inoltre, bisogna riconoscere che le persone in età lavorativa con un buon livello di salute hanno maggiori livelli di produttività ed alimentano i consumi, che sono condizioni necessarie per sostenere la produzione e l'occupazione (Borgonovi e Compagni, 2012). Infine, è necessario evitare che si ripeta quanto successo durante la storia dell'emigrazione meridionale al Nord, ossia l'integrazione dei nuovi arrivati all'interno della stratificazione sociale più svantaggiata (Geraci e Marceca, 2006).

2.3. Barriere all'accesso ed alla fruizione dei servizi sanitari

La letteratura mostra che i diritti riconosciuti agli stranieri si scontrano spesso con barriere all'accesso ed alla fruizione dei servizi sanitari. Le prime si possono distinguere in due categorie: domanda e offerta.

Dalla parte della domanda, ossia dei malati, la prima e più importante barriera è quella economica. Semenzin (2007/08) fa notare come per gli immigrati il tempo da

²¹ La nota informativa del Ministero della Salute del 3 agosto 2007 chiarisce che queste stesse prestazioni vengono garantite anche ai cittadini comunitari non assistiti dal proprio Stato di provenienza e sprovvisti di assicurazione sanitaria privata, che si trovano in condizioni di indigenza. Tali prestazioni andranno rendicontate separatamente dalle ASL, tramite l'attribuzione di un codice ENI al paziente, per cercare di ottenere un rimborso da parte dello Stato di provenienza di quest'ultimo.

²² Articolo 35 del D.lgs. 286 del 15 luglio 1998.

²³ I percorsi alternativi alle cure ufficiali comprendono: i consigli del farmacista, il ricorso a connazionali con conoscenze in campo medico (contattati anche telefonicamente), la medicina tradizionale, l'utilizzo di farmaci comprati al mercato nero e l'automedicazione attraverso l'assunzione di dosi massicce di antibiotici generici (Fossarello, 2008/09).

dedicare alle cure sia caratterizzato da un costo-opportunità per il quale provvedere alla propria salute significa togliere del tempo al lavoro e quindi ridurre le proprie entrate economiche, senza contare le eventuali spese connesse alle terapie. Sussiste infatti l'obbligatorietà di compartecipazione alla spesa, al pari degli italiani, per una serie di servizi, tra cui le prestazioni di secondo livello, la medicina riabilitativa ed il trattamento non ospedaliero di malattie croniche o contagiose. Pertanto, Borghi (2009:275) afferma che «non è concesso star male se non in pausa dal lavoro o durante le ferie, gli unici momenti in cui è di fatto possibile curarsi».

La seconda barriera alla cura è di tipo culturale. In generale, si può affermare che tra i migranti non è diffusa la consapevolezza della necessità di fare prevenzione. La malattia viene riconosciuta solo in presenza di segni tangibili sul corpo. In particolare, soprattutto nel caso di malattie mentali e di sieropositività, lo stigma che pesa su queste patologie posticipa la richiesta di aiuto, ostacolando la diagnosi precoce.

La fiducia riposta nella medicina tradizionale può ostacolare la domanda di cure, in particolare per i disturbi più lievi: nel 2011, il 3,1% degli immigrati residenti ricorreva a tali pratiche, con un picco del 17,7% tra i cinesi²⁴.

Inoltre, ci sono migranti, provenienti da paesi dove la sanità pubblica è di scarso livello, che possono essere diffidenti nei confronti di un SSN che in Italia è pubblico e gratuito; altri invece hanno aspettative di salute non realistiche, che, quando disattese, creano frustrazione ed ostilità verso i medici, accusati di non essersi impegnati a sufficienza (LDF, 2012a).

Infine, la scarsa familiarità con le prassi ambulatoriali, rende necessario alle strutture contattare i pazienti per ricordare loro l'orario della visita.

L'ultimo ostacolo è di tipo psicologico, in quanto la componente irregolare, nonostante il divieto fatto al personale medico ed infermieristico di segnalare i pazienti all'Autorità²⁵, potrebbe temere il pericolo di subire controlli da parte delle forze di polizia nelle strutture sanitarie, che comporterebbe l'espulsione (Borghi, 2009); questa diffidenza conduce spesso a cercare informazioni su come curarsi presso canali non ufficiali, ad esempio rivolgendosi ad altri immigrati, correndo però il rischio di incorrere in inesattezze e pesanti distorsioni delle informazioni ricevute (Semenzin, 2007/08).

²⁴ La fonte dei dati riportati nel capitolo 2, dove non indicata, è da considerarsi ISTAT (2014). I dati sono stati rilevati nel periodo 2011-12.

²⁵ Come previsto dall'articolo 35 comma 5 del d.lgs. 286 del 15 luglio 1998.

Dalla parte dell'offerta, la prima barriera riscontrabile è di tipo informativo: Borghi (2009:279) denuncia la mancanza di «un marketing dei servizi strutturato e di procedimenti di comunicazione interculturale». Essi sarebbero necessari per presentare e far comprendere l'offerta del sistema di servizi e la funzione specifica della singola struttura. El-Hamad (2007) aggiunge che gli stranieri non sono ancora stati oggetto di campagne di informazione mirate a far conoscere i loro diritti e le modalità pratiche per l'iscrizione al SSN e la fruizione dei servizi sanitari. La ricerca di LDF (2012a) ha addirittura registrato che spesso il personale degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico non conosce i diritti dei migranti e non è preparato ad interagire con l'utenza straniera. Come conseguenza, ben un sesto degli extracomunitari residenti non risultava iscritto al SSN nel 2010 (Ministero dell'Interno, 2011).

La seconda criticità è di tipo organizzativo. El-Hamad (2007:41) rivela che «non sono state intraprese sufficienti iniziative di adeguamento delle stesse strutture sanitarie alla nuova utenza». Gli aspetti coinvolti sono molteplici. Il primo è rappresentato dagli orari di apertura che potrebbero non essere compatibili con gli orari dei lavoratori. In particolare, i più sfavoriti sono coloro non tutelati da un contratto, i quali sono impossibilitati a richiedere permessi o ad assentarsi dal posto di lavoro, pena la sostituzione. Infatti, nel 2011, ben il 16% degli stranieri dichiarava di avere difficoltà ad effettuare visite od esami medici per incompatibilità con gli orari di lavoro, mentre l'8,6% non riusciva a conciliare gli impegni personali o familiari. Si noti che tale criticità è una delle cause degli accessi inappropriati presso il Pronto Soccorso. Ulteriori aspetti sono la localizzazione delle strutture, che potrebbero risultare scomode da raggiungere se posizionate lontano dai luoghi di lavoro (Borghi, 2009) ed il layout della sala d'aspetto che, laddove non preveda spazi separati per sesso, può creare problemi nelle culture più conservatrici.

La terza criticità è rappresentata dalla burocrazia: infatti, le procedure amministrative, tradizionalmente non pensate per essere *user friendly*, risultano di difficile comprensione per gli stranieri (Devillanova, 2013), che hanno difficoltà a muoversi all'interno di un sistema sanitario complesso. Nel 2011, il 12,9% degli stranieri intervistati lamentava tale problematica ed è interessante il fatto che tale percentuale non diminuisca all'aumentare degli anni di soggiorno.

Oltre a barriere all'accessibilità delle strutture, ne esistono anche con riguardo alla fruibilità del servizio. Queste ultime rappresentano la «mancanza della capacità culturale dei servizi di adeguare le risposte ai nuovi utenti» (Geraci, 2007:11).

Le barriere organizzative rientrano in questa categoria: un esempio tipico è l'impossibilità di soddisfare la richiesta di alcune donne di essere visitate, soprattutto nell'area ostetrico-ginecologica, da medici dello stesso sesso.

La barriera linguistica, intesa come la mancata od approssimativa conoscenza della lingua italiana, complicando la comunicazione dello straniero col medico, implica che le cure fornite siano basate su informazioni imprecise ed incomplete, con una conseguente minore appropriatezza ed efficacia delle stesse: nel 2011 il 13,8% degli immigrati dichiarava di avere difficoltà nello spiegare in italiano i disturbi o i sintomi di cui soffre al medico ed il 14,9% riferiva di avere difficoltà a comprendere ciò che il medico dice. Tali percentuali crescono all'aumentare dell'età e sono più alti tra le donne, tra coloro che vivono da meno tempo in Italia, tra quanti hanno soltanto la licenza elementare e tra gli asiatici, con punte del 43,4% per quanto riguarda i cinesi. Inoltre, la barriera linguistica crea problemi nella comprensione delle ricette, delle diagnosi e delle terapie da seguire. Il sistema sanitario subisce di conseguenza costi maggiori del necessario, per via di inefficienze e prestazioni superflue (Grantmakers in health, 2003). Un ulteriore aspetto è la mancanza di informazioni scritte nella lingua degli stranieri all'interno delle strutture (Provincia di Arezzo e Oxfam Italia, 2011), che rende difficoltoso l'orientamento.

La barriera culturale comporta, per esempio, l'interruzione dell'assunzione dei farmaci non appena il sintomo scompare, anche in contrasto con la prescrizione medica, pena l'aggravarsi delle condizioni di salute del paziente (Semenzin, 2007/08).

L'ultima barriera, quella discriminatoria, è particolarmente odiosa: nel 2011 il 2,7% dei cittadini stranieri di 15 anni e più ha dichiarato di averla incontrata.

Il superamento di tali barriere attraverso l'adeguamento delle strutture sanitarie alle esigenze dei nuovi pazienti ed un'estesa campagna informativa di cultura sanitaria dovrebbe essere una priorità per i *policy makers*.

2.4. Stato di salute della popolazione straniera

Lo stato di salute percepito risulta migliore tra gli stranieri residenti rispetto agli italiani: ben l'87,5% dei primi considera buone o molto buone le proprie condizioni di salute, contro l'83,5% dei secondi.

In generale, il livello di salute è negativamente influenzato dall'età e positivamente dal titolo di studio. L'*effetto salmone*²⁶ è uno dei fattori che comporta che, al crescere dell'età, aumenti il divario di salute a favore degli stranieri. Il numero di fumatori e di popolazione in eccesso di peso vede percentuali molto simili a quelle degli italiani.

I dati non sembrano mostrare particolari problemi nell'accesso degli stranieri alle cure: nelle quattro settimane precedenti l'intervista, il 20,2% si era sottoposto ad almeno una visita medica, più del 40% ne aveva fruito nel corso dell'anno precedente, mentre solo l'11%, prevalentemente tra coloro arrivati da meno di 36 mesi o di età compresa tra i 14 ed i 24 anni, non se ne è mai avvalso.

Con riferimento al primo dei tre gruppi, il 57,5% si è rivolto al medico pur non accusando disturbi e sintomi pregressi e ben il 63,3% non ha dovuto pagare nulla. Come prevedibile, alle prestazioni sanitarie ricorrono soprattutto bambini e ragazzi in età pediatrica (25,9% degli stranieri tra 0 e 13 anni) e la componente di 55 anni e più (22,8%). I cinesi e gli indiani, a dimostrazione di una minore integrazione, hanno usufruito in proporzione minore delle visite mediche rispetto alle altre comunità (rispettivamente 8,8% e 13,7%). Se si considera il tipo di visita, gli stranieri che ricorrono alle visite generiche o pediatriche (15,9%) sono più di quanti fanno ricorso alle visite specialistiche (9,6%); queste ultime riguardano in particolare le donne in età fertile e gli over 55. Il 13,2% degli stranieri è stato sottoposto ad accertamenti diagnostici: essi sono principalmente utilizzati dalla popolazione con più di 45 anni di età, il 46,7% vi usufruisce gratuitamente, mentre solo il 6,9% dei cinesi vi ha fatto ricorso. Nei tre mesi precedenti l'intervista, il 6,6% degli stranieri di oltre 14 anni ha usufruito del pronto soccorso, il 2,2% del consultorio ed il 2,1% della guardia medica.

²⁶ Esso indica il ritorno verso il paese di origine di persone malate non più in grado di offrire la propria forza lavoro.

Il modo migliore per riuscire a quantificare il ricorso degli stranieri all'assistenza ospedaliera e stimare il costo delle prestazioni ad essi erogate è consultare le Schede di Dimissione Ospedaliera²⁷ (Ministero della Salute, 2013a).

Nel 2012, i ricoveri di pazienti stranieri sono stati 629.462 (di cui 140.388 in day hospital), con un tasso di ospedalizzazione pari a 155 ricoveri per 1000 assistiti, in linea con quello degli italiani. Bisogna notare come il 17% dei ricoveri in regime ordinario riguardino bambini di età inferiore all'anno e che un ulteriore 31,9% abbia per protagoniste donne tra i 25 ed i 44 anni, ossia nel pieno dell'età riproduttiva.

È possibile risalire al tipo di patologia ed alla valorizzazione economica delle prestazioni erogate soltanto per gli stranieri irregolari, facendo riferimento alle voci *stranieri indigenti a carico del SSN/Ministero dell'Interno*. I ricoveri sono stati 33.915 (di cui 8.068 in day hospital), con un tasso di ospedalizzazione pari a 115 ricoveri per 1000 persone.

Relativamente agli aspetti clinici, il 30,7% dei ricoveri si riferisce alla categoria diagnostica *Gravidanza, parto e puerperio* (9,3% per gli italiani), il 6,9% alla categoria *Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo* (12,7%), il 6,6% alla categoria *Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio* (7%), un ulteriore 6,6% alla categoria *Malattie e disturbi dell'apparato digerente* (9,4%) ed il 5,3% alla categoria *Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio* (13%). Questo confronto di patologie fa emergere le conseguenze della diversa età media, con gli italiani affetti da malattie tipiche della senilità, mentre gli stranieri sono interessati da un numero di parti sensibilmente maggiore.

La remunerazione teorica²⁸ di queste prestazioni ammonta a € 45.737.610 a carico del SSN²⁹ e € 49.598.123 a carico del Ministero dell'Interno³⁰. Queste cifre, se

²⁷ Geraci e Marceca (2006:37) ne ricordano «i limiti ad essere utilizzate come strumento statistico» in quanto «il ricovero ospedaliero rappresenta, in quanto grave e non rinviabile solo un evento nella complessa rete dei bisogni assistenziali» e poiché «nel tempo, si è assistito alla progressiva riduzione del numero di ricoveri ospedalieri ed al contestuale incremento dei volumi di prestazioni specialistiche ambulatoriali». Inoltre, va riconosciuto come restino sconosciuti quei bisogni soddisfatti da reti di assistenza operanti all'interno delle comunità o col rimpatrio volontario.

²⁸ Essa è stimata sulla base dell'ipotesi che ogni ricovero sia remunerato in ogni regione secondo i valori delle tariffe di riferimento nazionali ex decreto ministeriale 18 ottobre 2012 e la casistica sia raggruppata secondo il sistema di classificazione *Diagnosis-Related Group* versione 24. Pertanto, i valori riportati non coincidono con i costi effettivamente sostenuti per l'assistenza ospedaliera (Ministero della Salute, 2013a).

²⁹ La delibera del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica N. 81 dell'8 novembre 2013 denominata *Fondo Sanitario Nazionale 2012 – Ripartizione tra le Regioni della quota accantonata per l'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari presenti sul territorio nazionale* aveva ripartito tra le Regioni a statuto ordinario ed alla Regione Siciliana la cifra di € 30.990.000.

confrontate con la dotazione del Fondo Sanitario Nazionale per spese correnti di € 107.960.684.000, mostrano un'incidenza di appena lo 0,09% (Ministero della Salute, 2013a).

Adottando una prospettiva storica, possiamo notare un'evoluzione nelle malattie che colpiscono gli stranieri, che li sta assimilando agli italiani: cresce infatti l'incidenza delle patologie cronico-degenerative tipiche dei paesi ospiti quali ipertensione, diabete ed obesità, così come aumenta il rischio cardio-vascolare. Le principali cause sono: l'aumento dei soggetti appartenenti alle fasce d'età estreme, il raggiungimento di un maggior benessere economico legato allo stabilizzarsi del processo migratorio e l'assimilazione dei modelli comportamentali occidentali (LDF, 2012a).

In sintesi, lo stato di salute degli stranieri intervistati dall'ISTAT non desta particolari preoccupazioni; si nota peraltro il minor accesso ai servizi sanitari di comunità come quella cinese. Emerge infine l'impatto limitato sulle casse pubbliche dei migranti irregolari che, per via del loro status, non versano tasse né contributi.

2.5. Risorse a disposizione degli immigrati irregolari

Gli immigrati irregolari non vanno considerati come soggetti passivi che si limitano a sottostare alle norme repressive dei paesi che li ospitano, o che al massimo le trasgrediscono.

Essi sono attori sociali che cercano di migliorare le proprie condizioni di vita, aspirando alla regolarizzazione. Questa ambizione li porta ad utilizzare le risorse che trovano a loro disposizione per superare, ad esempio in campo sanitario, le barriere che sono state esposte. Ambrosini (2013) fornisce un elenco di dieci classi di risorse: le reti migratorie, il lavoro, l'asserzione di utilità sociale, l'accesso ad alcuni servizi pubblici, il sostegno da parte di istituzioni solidaristiche, la scarsa efficacia dell'apparato repressivo e l'aspettativa di regolarizzazione, le relazioni sentimentali e le unioni matrimoniali, la familiarizzazione, la sollecitudine per i propri cari e l'impegno ad aiutarli ed infine il sostegno da parte della rete familiare in patria.

³⁰ Il Ministero dell'Interno ha stanziato € 30.000.000 l'anno per il triennio 2012-14 come «trasferimento fondi alle ASL per assistenza sanitaria in favore di stranieri indigenti» nella *Nota Integrativa alla Legge di Bilancio per l'anno 2012 e per il triennio 2012-14*.

In questo paragrafo si approfondiranno solo tre di queste risorse, ossia quelle che riguardano più da vicino il tema della salute.

La prima è rappresentata dalle reti migratorie: esse sono fondamentali per determinare sia il luogo di destinazione dei migranti che il mestiere che essi andranno a svolgere, visto che gli immigrati già stabiliti fungono da intermediari tra la domanda di lavoro di imprenditori e famiglie di loro conoscenza e l'offerta di lavoro dei concittadini ancora in patria (Ibid.). Queste reti sono così efficaci da aver diffuso la convinzione che ci sia un'associazione tra nazionalità e mansione svolta in Italia. Per quanto riguarda le decisioni sull'utilizzo dei servizi di welfare, tali reti operano attraverso due canali principali: uno è la fornitura di informazioni (in primis sulla sicurezza di non essere arrestati e qualità delle cure), l'altro è un'alterazione della domanda dei servizi tramite la pressione dei pari, che può avvenire sia consigliando di rivolgersi ad un medico che inducendo un comportamento non salutare (Devillanova, 2008). Possiamo comunque prevedere una correlazione diretta tra la ricchezza della rete sociale in cui è inserito il migrante ed il suo livello di salute, in quanto amici e parenti, oltre ad informazioni preziose, possono fornire supporto morale, monetario e di cure.

Le istituzioni solidaristiche svolgono un ruolo di importanza capitale nei confronti degli immigrati. In primo luogo, tramite la sponsorizzazione di questi ultimi, esse garantiscono al potenziale datore di lavoro la moralità e l'affidabilità dei lavoratori, nonché la percezione dell'assunzione alla stregua di un aiuto umanitario. In secondo luogo, esse svolgono un'azione di *advocacy* a favore dei diritti dei migranti: in Italia, il caso più eclatante fu rappresentato dalla sollevazione del mondo del volontariato, nonché delle associazioni di medici ed operatori sanitari, quando nel 2008 l'allora Ministro dell'Interno Roberto Maroni propose di inserire due emendamenti al Testo Unico sull'Immigrazione: il primo avrebbe eliminato la gratuità delle cure per gli irregolari, mentre il secondo avrebbe introdotto l'obbligo per i medici di denunciare all'Autorità la condizione degli stranieri irregolari. Inoltre, le istituzioni solidaristiche forniscono una serie di servizi di prima necessità, come l'assistenza sanitaria in ambulatori in cui operano medici volontari, pasti gratuiti, corsi di italiano, posti letto per senza dimora, istruiscono le pratiche per le domande di regolarizzazione ed offrono sostegno psicologico. Infine, esse costruiscono dei networks operativi con le

strutture pubbliche, del terzo settore ed interpersonali, assicurandosi la cooperazione del personale medico degli ospedali al quale vengono affidati i casi più complicati.

La terza risorsa è l'aspettativa di regolarizzazione. Essa è una prospettiva concreta grazie ad una serie di fattori: la scarsa efficacia degli apparati di controllo, il supporto delle reti migratorie, la necessità dello Stato di riguadagnare controllo sulla componente sommersa della popolazione residente, le precedenti sanatorie (1986, 1990, 1995, 1998 e 2002) e, per alcune nazionalità, l'allargamento dell'UE. È importante notare come l'interesse per la regolarizzazione non sia determinato tanto dal timore di essere espulsi, ma piuttosto dalla possibilità di poter tornare tranquillamente in patria, aprire un conto bancario ed avere accesso completo al SSN.

Capitolo 3. Privato sociale ed assistenza sanitaria agli stranieri irregolari a Torino

3.1. Metodologia

La ricerca si è svolta principalmente grazie all'interazione diretta con gli attori del privato sociale e del settore pubblico che si occupano di fornire ed organizzare i servizi sanitari destinati agli irregolari a Torino. I metodi utilizzati sono stati sia qualitativi che quantitativi.

Lo studio si è limitato al capoluogo piemontese per due ragioni: l'utilizzo di tecniche qualitative di ricerca predilige un campo di indagine circoscritto, al fine di assicurare un maggior grado di validità ed attendibilità dei risultati ai quali si perviene; la comprensione dei riferimenti emersi durante i colloqui è stata agevolata dalla conoscenza del contesto cittadino.

Lo strumento qualitativo adottato è stata l'intervista semi-strutturata. Questa tecnica è stata scelta perché non condiziona la risposta alla stretta aderenza ai quesiti posti (ivi compresi i termini utilizzati), permettendo quindi maggiore approfondimento ed autonomia al discorso del soggetto intervistato; inoltre, ha consentito un certo grado di comparazione tra le interviste ottenute, dato che gli argomenti toccati sono stati i medesimi. Gli schemi di intervista sono presenti nell'allegato 2.

Le persone da intervistare sono state individuate tra i responsabili delle strutture analizzate. Si tratta di medici per i due centri ISI, mentre è interessante il fatto che, per i tre ambulatori del privato sociale, i profili professionali siano più diversificati: un infermiere, un amministrativo ed un medico. Il background non omogeneo tra questi ultimi ha permesso di concentrare l'attenzione su diversi aspetti della questione studiata, rispettivamente: l'organizzazione del servizio, i rapporti con fornitori ed ASL, l'interazione col paziente durante la visita medica. Le interviste sono incentrate su due aree tematiche principali: organizzazione del servizio (*mission*, modalità d'accesso, personale presente) e collaborazione con l'esterno (rapporti con altri nodi della rete d'assistenza, fornitori, finanziatori).

Il capitolo riporta alcuni stralci di intervista all'interno del paragrafo 3.7, in modo da dare simbolicamente voce alle proposte degli operatori. Nel resto del capitolo, per

ragioni di sinteticità e di aggregazione dell'informazione, si è preferito riportare il risultato delle conversazioni in modo indiretto.

Il metodo quantitativo adottato è stata l'analisi primaria dei dati statistici provenienti dal sistema informativo interno delle strutture.

Ulteriori fonti conoscitive sono state le relazioni sulle attività svolte dagli ambulatori ed i siti web delle associazioni di volontariato ed enti pubblici analizzati.

3.2. Contesto torinese

Nel 1864 il trasferimento della capitale del Regno d'Italia da Torino a Firenze costrinse la città a cercare una nuova identità: lo spostamento della corte e di tutto l'apparato amministrativo aveva infatti provocato una depressione dell'economia locale. Soltanto a partire dalla fine del XIX secolo, la città sviluppò quella vocazione industriale che avrebbe richiamato in epoca fascista e soprattutto nel secondo dopoguerra enormi ondate migratorie interne sia dal Nordest che dal Meridione. Come conseguenza, la popolazione crebbe fino agli 1,2 milioni di abitanti del 1974 tanto che Torino divenne la «terza città meridionale d'Italia per popolazione», secondo la definizione dell'allora sindaco Diego Novelli. All'inizio di questo secolo, a causa del declino della manifattura, il capoluogo piemontese è stato costretto a reinventarsi di nuovo, sviluppando la propria vocazione turistica e ponendosi l'obiettivo di diventare una città della conoscenza. Ad impreziosire questo quadro di cambiamento è, fin dagli anni novanta, l'arrivo di cittadini stranieri, che ha rappresentato un argine al calo demografico.

Nel 2013, la città di Torino contava 140.099 residenti stranieri, che costituivano il 15,5% della popolazione³¹. Tale percentuale scende al 5,4% per i 23 Comuni della prima cintura³² del capoluogo piemontese. Ad essi, bisogna aggiungere gli stranieri irregolari, il cui numero è compreso tra il 5 ed il 10% della popolazione immigrata regolarmente presente, ossia 12.000 ulteriori persone secondo LDF (2012b). Le prime cinque nazionalità per presenze a Torino, e peraltro le sole a superare le 5.000 unità, erano nel 2013: romena (55.333), marocchina (19.892), peruviana (9.390), albanese (7.128) e cinese (6.093).

³¹ In questo capitolo, dove non indicato, il sito del Comune di Torino <<http://www.comune.torino.it/>>, è la fonte dei dati.

³² Secondo la definizione dell'Osservatorio demografico territoriale del Piemonte.

La tabella 3.1 mostra la distribuzione degli stranieri all'interno delle dieci circoscrizioni cittadine. Come si può osservare, la popolazione immigrata tende a concentrarsi in alcune circoscrizioni, attratta da un costo dell'affitto accessibile. Si noti che il 36% degli assegnatari di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica è di nazionalità straniera, indizio di un'efficace politica di integrazione.

Tabella 3.1 - Residenti totali e residenti stranieri a Torino per circoscrizione (Anno 2013)

Circoscrizione	Residenti	Stranieri	% sul totale
1	78025	8015	10,27%
2	101600	9543	9,39%
3	129411	17233	13,32%
4	99186	16268	16,40%
5	126740	20163	15,91%
6	108291	24959	23,05%
7	89497	19911	22,25%
8	57695	8162	14,15%
9	75584	11075	14,65%
10	38985	4770	12,24%
Totale	905014	140099	15,48%

Fonte: Archivio Anagrafico della Città di Torino. Servizio Statistica e Toponomastica della Città.

Una volta introdotto il contesto storico e demografico, può essere utile effettuare una panoramica sulle istituzioni la cui azione ha un impatto sulla salute del migrante irregolare nella realtà di Torino.

La Regione Piemonte, in seguito alle riforme del SSN degli anni '90 (Dd.Lgss. 502/92, 517/93 e 229/99) ed alla modifica del Titolo V della Parte II della Costituzione nel 2001, ricopre un ruolo centrale nella programmazione sanitaria, nell'organizzazione del sistema sanitario e nell'implementazione e realizzazione dei percorsi di integrazione degli immigrati.

La prima legge regionale in favore degli immigrati extra-comunitari vede la luce nel 1989³³ ed introduce una serie di interventi finalizzati alla loro piena integrazione. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, essa promuove interventi socio-assistenziali a favore degli immigrati in condizioni di bisogno (Art. 10.1.h) e prevede la possibilità per le strutture amministrative di collaborare con associazioni ufficialmente riconosciute (Art. 10.1), con le quali tuttavia non viene specificato se formalizzare dei rapporti di convenzione.

³³ Legge regionale 64 dell'8 novembre 1989.

Nel 1992 nasce a Torino il servizio ISI; nel 1997³⁴ esso viene esteso, in via sperimentale, all'intero Piemonte, dando così piena attuazione alla predetta legge regionale; nel 2005 passa a regime³⁵.

Nel 2001, nell'ambito del piano triennale sull'immigrazione 2001-03³⁶, si istituisce l'Osservatorio sull'immigrazione straniera, attivo ancora oggi, sia per fornire strumenti adeguati all'elaborazione di politiche pubbliche innovative sia come supporto all'attività conoscitiva e decisionale del terzo settore.

Nel 2004³⁷ si prevede l'esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria per gli stranieri STP affetti da malattie croniche, invalidanti o rare.

Nel 2006³⁸ la Regione riconosce il diritto all'erogazione delle necessarie prestazioni integrative e di assistenza protesica a favore di questi ultimi.

Nel 2008³⁹ vengono riconosciuti agli stranieri STP, domiciliati nella Regione Piemonte e registrati presso i centri ISI, la fruizione dell'assistenza per malattie terminali, dell'ossigenoterapia domiciliare, del trasporto sanitario per terapia dialitica e di altre indispensabili terapie ospedaliere.

Il Piano socio-sanitario regionale 2012-15⁴⁰ riporta la salute degli immigrati tra i quattordici problemi di salute considerati come prioritari dall'istituzione.

La Provincia di Torino ed il Comune di Torino, pur non avendo potestà legislativa sul tema, utilizzano il proprio sito istituzionale per informare gli stranieri dei loro diritti⁴¹ e concorrono alla definizione degli indirizzi generali di programmazione socio-sanitaria da parte della Regione Piemonte, delle ASL e delle ASO⁴².

I tre livelli istituzionali sopra descritti cofinanziano specifici progetti socio-sanitari attivati dal privato sociale.

A dimostrazione dell'efficacia delle politiche sanitarie in Piemonte, Geraci, Bonciani e Martinelli (2010) assegnano un livello alto all'indice sintetico del loro avanzamento ed

³⁴ DGR n. 56-10571 del 15 luglio 1996.

³⁵ DGR n. 43-14393 del 20 dicembre 2004.

³⁶ DCR n. 209-35411 del 13 novembre 2001.

³⁷ Circolare n. 12139/29 del 3 agosto 2004.

³⁸ DGR n. 6-3264 del 27 giugno 2006.

³⁹ DGR n. 8-8042 del 21 gennaio 2008.

⁴⁰ DCR n. 167-14087 del 3 aprile 2012.

⁴¹ Il sito del Comune di Torino è tradotto anche in inglese, francese, arabo, romeno ed albanese.

⁴² Legge regionale n. 18 del 6 agosto 2007.

un valore ottimo a quello di impatto⁴³. Inoltre, CNEL e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2013), riconoscono il Piemonte come la regione a più alto potenziale di integrazione degli immigrati, pur non considerando il settore socio-sanitario.

A Torino operano due ASL: la ASL TO1 ha competenza sulle Circoscrizioni 1, 2, 3, 8, 9 e 10, mentre la ASL TO2 sulle Circoscrizioni 4, 5, 6 e 7. Tali aziende pubbliche, il cui compito primario risiede nell'assicurare i LEA previsti dal piano sanitario nazionale, ospitano un totale di tre centri ISI.

I centri ISI sono ambulatori dedicati all'assistenza sanitaria per gli stranieri irregolari muniti di tessera STP/ENI. I servizi offerti includono: informazioni di orientamento all'interno dei servizi socio-sanitari, rilascio delle tessere STP ed ENI, assistenza medica di base⁴⁴, attività di prevenzione e promozione della salute e mediazione socio-culturale.

L'apertura settimanale è di 27 ore (4,5 ore per il secondo centro ISI). La dotazione di personale tipica è formata da: un medico dirigente, tre medici per circa dieci ore settimanali ciascuno, quattro mediatori, un'infermiera ed un amministrativo al 50%.

I pazienti vengono a conoscenza di queste strutture grazie al passaparola, alle associazioni del privato sociale ed agli ospedali. Il percorso tipico all'interno del centro ISI prevede che gli utenti, dopo aver atteso il proprio turno, siano ricevuti da un mediatore culturale che comunica le informazioni richieste. Una volta accertati i requisiti, quest'ultimo rilascia la tessera STP/ENI che permette, all'interno della struttura, di: accedere alle visite mediche, richiedere analisi e successivo controllo delle stesse, ottenere richieste di ricovero e ricevere prescrizione di farmaci e di visite specialistiche. Il paziente può anche essere indirizzato verso i consultori o gli ambulatori del privato sociale.

Le criticità maggiori riscontrate dai responsabili dei Centri ISI nello svolgimento dell'attività sono imputabili alla scarsità di risorse economiche ed umane: i medici

⁴³ La ricerca aveva il fine di descrivere l'eventuale variabilità territoriale tra le Regioni italiane. Sono stati raccolti un totale di 700 atti, emanati tra il 1995 e metà del 2010, poi analizzati attraverso l'identificazione e la combinazione di indicatori chiave che caratterizzano le politiche sanitarie.

⁴⁴ Si noti che nel secondo centro ISI della ASL TO1 non sono al momento presenti medici. Esso, tramite la presenza di quattro mediatori culturali, è stato concepito per fornire le informazioni di accesso ai servizi in modo più capillare e per facilitare il rilascio del codice STP/ENI alle categorie deboli: minori, donne in gravidanza, persone oggetto di tratta e tossicodipendenti. È possibile inoltre prenotare una visita presso l'altro centro ISI della stessa ASL.

devono effettuare fino a dieci visite all'ora con ricadute negative sulla possibilità di ascolto e la percezione da parte dei pazienti di atteggiamenti burocratici; la lunghezza delle code crea un clima di costante tensione tra le persone in attesa; è impossibile promuovere interventi di informazione ed educazione alla salute; non sono realizzabili studi statistici sui dati anagrafici e clinici dei pazienti. Infine, segnalano l'aggressività mostrata dalle persone a cui viene negato il rilascio della tessera STP. In generale, l'essere legati al lavoro quotidiano, senza possibilità di varare progetti di respiro più ampio, crea frustrazione presso i medici.

Il punto di forza principale dei centri ISI, oltre alla motivazione e preparazione degli operatori, è rappresentato dalla rete creata con le strutture del territorio, istituzionali e non, per la gestione integrata del soggetto migrante. Si veda, a tal proposito, l'allegato 5.

Presso la sede della Regione, avviene, su base mensile, il gruppo di coordinamento dei Centri ISI attivati presso dodici ASL del Piemonte a cui partecipano i responsabili di queste strutture. Essi affrontano le tematiche emergenti dal loro lavoro quotidiano ed offrono spunti importanti per le delibere approvate a livello di giunta regionale in tema di assistenza sanitaria agli immigrati irregolari.

L'offerta sanitaria dell'ASL TO1 comprende anche l'ambulatorio medico a bassa soglia *Sottopasso*. I suoi servizi sono rivolti alle persone senza fissa dimora ed includono visite, medicazioni, trattamenti farmacologici, cure dermatologiche ed attività di accompagnamento sociale.

La città di Torino vede anche operare tre ambulatori medici gestiti dal privato sociale, che completano il ventaglio dell'offerta di servizi sanitari per gli immigrati irregolari.

3.3. Volontariato e welfare society: gli ambulatori medici del terzo settore

I tre ambulatori medici sono nati in una realtà dove il terzo settore, specialmente in campo socio-sanitario, è molto vivace. I dati più significativi a tal riguardo sono stati raccolti da: la *Guida ai Servizi Sanitari per Immigrati* (LDF, 2012b), che illustra l'offerta assistenziale presente nell'area metropolitana di Torino a favore dei non iscritti al SSN⁴⁵; il *Registro Regionale delle organizzazioni di volontariato - sezione Provincia di Torino* vede 1033 organizzazioni iscritte nel 2014, i cui campi di azione

45 Oltre ad assistenza medica di base e specialistica, sono comprese: terapie iniettive, assistenza psichiatrica e psicologica, ginecologia ed ostetricia e terapia familiare.

più diffusi sono il socio-assistenziale (36% sul totale) ed il sanitario (27%); l'Osservatorio economia civile (2013), considerando il solo ambito dell'assistenza sociale, ha calcolato per Torino la presenza di 19,6 volontari ogni 1.000 abitanti, un valore inferiore soltanto a quello di Firenze (21,7) e di Bologna (19,7) tra le grandi città italiane.

Questa felice situazione può essere interpretata come la preziosa eredità dei Santi Sociali vissuti a Torino durante l'Ottocento, che ispirano ancor oggi le azioni delle associazioni di volontariato analizzate: una di esse, in ideale continuità col passato, ha la propria sede laddove, già nel XIX secolo, era sorto un importante istituto assistenziale.

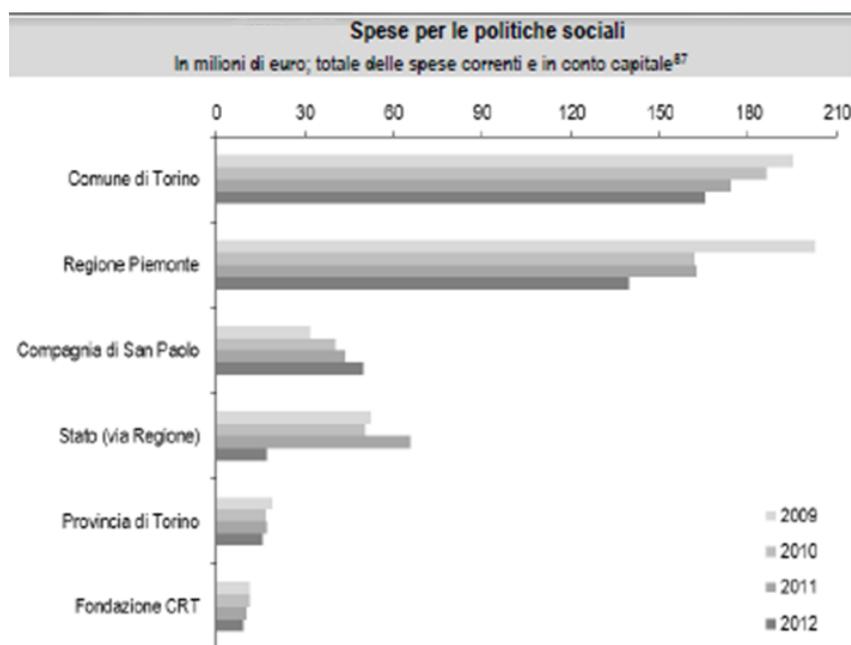
L'attuale periodo di crisi economica se da una parte ha esaltato l'importanza del volontariato, dall'altra ha aumentato la pressione su di esso. In Piemonte la spesa per politiche sociali nel periodo 2009 - 2012 è infatti diminuita del 22,6%, come mostrato dalla figura 3.1.

Osservando i dati a livello di singola istituzione, notiamo il sostanziale disimpegno da parte dello Stato (-67,4% di risorse erogate nel quadriennio), mentre la sola Compagnia di San Paolo si pone in controtendenza (+56%)⁴⁶. Desti quindi preoccupazione il disegno di legge di Stabilità che vuole incrementare dal 5% al 77,74% la quota imponibile dei dividendi percepiti dalle fondazioni bancarie. È inevitabile infatti che per pagare queste maggiori tasse, esse dovranno ridurre le proprie erogazioni.

La contrazione delle risorse provoca inevitabilmente un arretramento del settore pubblico, proprio in un momento nel quale le persone più bisognose, di cui i migranti fanno sicuramente parte, sono ancora più fragili. Sembra pertanto chiaro che soltanto la collaborazione con le numerose realtà del privato sociale possa continuare a garantire la tutela dei segmenti più vulnerabili.

46 La Compagnia di San Paolo e la Fondazione CRT (Cassa di Risparmio di Torino) sono due fondazioni bancarie con sede a Torino. I settori in cui operano sono: ricerca scientifica, economica e giuridica; istruzione; arte; conservazione e valorizzazione dei beni e delle attività culturali e dei beni ambientali; sanità; assistenza alle categorie sociali deboli.

Figura 3.1 - Spesa per le politiche sociali in Piemonte (Anni 2009-2012)



Fonte: Centro Einaudi, 2014:224

Quanto descritto si inserisce all'interno dell'evoluzione storica del modello di stato: se lo stato liberale si limitava a tutelare i diritti civili e politici, mentre il welfare state era nato per garantire anche quelli sociali (Barbera e Fusaro, 2008), il modello in cui viviamo oggi prende il nome di *welfare society*. Tale caratterizzazione trova fondamento in Italia nell'articolo 118.4 della Costituzione, in cui si fa riferimento alla sussidiarietà orizzontale. Oltre a ragioni finanziarie e per il processo di modernizzazione della PA, la *welfare society* nasce sia dal desiderio dei cittadini di contribuire in prima persona al progresso della società ed alla tutela concreta dei diritti umani, sia dalla delusione rispetto all'operato dello Stato durante l'esperienza del welfare state, giudicato inefficiente e talora inefficace nel raggiungere i propri obiettivi (Gallo, 2002). Su questi presupposti si innesta la nascita delle organizzazioni di volontariato, che si aggregano su obiettivi specifici, al contrario di quelli generali dello Stato, e che raccolgono autonomamente le risorse necessarie al proprio funzionamento. Esse vengono coinvolte dal settore pubblico per rispondere, attraverso una rete di servizi, ai bisogni sociali e sanitari.

Secondo Marcon (2011), i vantaggi potenziali della *welfare society* rispetto al welfare state sono il contenimento delle risorse pubbliche impegnate nel sistema di welfare e la creazione di un tessuto sociale più esteso e più forte. I rischi ad essa associati

sono il perpetuarsi o la riemersione di disparità e diseguaglianze territoriali e l'eventuale mancanza dei presupposti per un vero protagonismo della società, che non compenserebbe l'arretramento dello Stato e rischierebbe di scaricare su famiglie e corpi sociali intermedi i bisogni non soddisfatti.

Un esempio importante di tutela dei diritti umani tramite la raccolta autonoma di risorse è rappresentato dalle strutture che offrono servizi sanitari gratuiti ai bisognosi. Ambrosini (2013) ha identificato tre strategie che esse possono utilizzare per tutelare la salute degli stranieri irregolari: la protesta e la pressione politica; la produzione di servizi; la promozione di reti di sostegno. La seconda strategia, che consiste nell'offrire servizi medici in strutture autonome dai servizi pubblici, si è evoluta nel tempo da un ruolo di supplenza, quando gli interventi istituzionali erano assenti od inadeguati, ad uno di integrazione, supporto ed orientamento, dopo l'introduzione di adeguate forme di assistenza.

In un'acuta osservazione, lo stesso Ambrosini (Ivi:163) riconosce che «la loro attività consente di risolvere il dilemma delle politiche pubbliche: da una parte, non vorrebbero riconoscere la presenza sul territorio di immigrati non autorizzati, visti come violatori del principio di sovranità nazionale. Dall'altra parte, per ragioni di igiene pubblica, lo Stato ha interesse a che siano curati, non diffondano malattie tra la popolazione, non si aggravino fino a richiedere ricoveri ospedalieri».

La tabella 3.2 delinea le peculiarità degli ambulatori del volontariato, in termini di vantaggi e svantaggi rispetto alle equivalenti strutture pubbliche.

Tabella 3.2 – Ambulatori medici del volontariato e strutture pubbliche a confronto

Vantaggi / potenzialità	Svantaggi / criticità
Maggior tempestività di risposta ai bisogni	Offerta di servizi/prestazioni vincolata alle risorse umane (in quanto volontarie) e tecnologiche disponibili (in senso assoluto o relativo)
Alta motivazione degli operatori	Possibile selezione anagrafica degli operatori (minore coinvolgimento dei professionisti nel pieno della carriera)
Organizzazione tendenzialmente non gerarchica favorente la collaborazione tra operatori	Incertezza sulla futura sostenibilità economica delle attività
Clima maggiormente accogliente (da parte degli utenti irregolari la natura non istituzionale del servizio comporta una minore percezione di pericolo)	Possibile scarsa adeguatezza delle strutture e minore decoro degli ambienti (precarietà strutturale)
Minore rischio di comportamenti discriminatori	Minore possibilità di controllo sulla assiduità e sulla qualità tecnica degli operatori
Maggiore capacità di orientamento su problematiche sociali e di raccordo con le istituzioni preposte a risolverle (maggiore abitudine al lavoro di rete)	(Potenziale) minore attenzione e qualità nella registrazione delle attività assistenziali (completezza dei dati; utilizzo di sistemi di classificazione internazionalmente validati)
Flessibilità organizzativa e gestionale	Precarietà organizzativa e gestionale

Fonte: Geraci e Marceca, 2006:43-44

Alla luce di tali limiti, i due autori diffidano il settore pubblico dalla tentazione di affidarsi in toto al volontariato, visto spesso come un modo di produrre servizi a basso costo e personalizzato in quanto attento alle esigenze di un segmento di popolazione problematico. Al contrario, essi auspicano una collaborazione che dall'assistenza sanitaria si estenda all'analisi dei bisogni, ricerca e formazione.

3.4. Risposta del privato sociale di Torino al bisogno di cure

A Torino i tre ambulatori medici del privato sociale sono delle vere e proprie manifestazioni concrete della *welfare society*. Essi sono gestiti dal Sermig, dall'associazione *Camminare Insieme* e dalla Croce Rossa Italiana.

Il Sermig è un gruppo missionario fondato nel 1964 da Ernesto Olivero insieme ad un gruppo di giovani, con l'intento di cooperare con vari missionari sparsi nel mondo. Il gruppo iniziò in seguito ad occuparsi della povertà presente a Torino, aprendo nel 1988 la propria sede all'interno dell'ex arsenale militare cittadino ribattezzandolo *Arsenale della Pace*. Il poliambulatorio *Giovanni Paolo II* si occupa dal 1989 di dare risposta ai bisogni di persone disagiate che non possono accedere al SSN.

L'ambulatorio *Carla Verde Raseri* della Croce Rossa Italiana nacque nel 1991 in seguito al lascito testamentario di una volontaria. Questa donazione permise di concretizzare la volontà di offrire un servizio al territorio, a cominciare dai numerosi abitanti delle case popolari della zona circostante la struttura. La *mission* consiste nel dare assistenza sanitaria e psicologica ai bisognosi. L'ambulatorio si trova presso la sede dei Comitati Regionale e Provinciale della Croce Rossa Italiana.

L'associazione di volontariato *Camminare Insieme* nacque nel 1993, raggruppando persone provenienti sia dagli ambienti religiosi delle comunità parrocchiali torinesi sia da ambienti laici, con l'obiettivo di fornire assistenza medica qualificata e gratuita alle persone che non possono usufruire del SSN. Essi diedero così vita ad un progetto di assistenza basato sul volontariato e affrancato da qualsiasi logica di appartenenza politica o religiosa. Il poliambulatorio è ospitato nei locali dell'*Ospedaletto Santa Filomena*, che la marchesa Giulia di Barolo aveva fatto erigere nel 1834 per la cura dei più poveri.

Le tre strutture sono poco distanti tra loro: ACI e AGP, separate da 500 metri, si trovano nel quartiere Aurora (Circoscrizione 7), mentre CVR si trova nel quartiere Barriera di Milano (Circoscrizione 6) e dista meno di tre chilometri da esse⁴⁷. Riprendendo la tabella 3.1, possiamo notare che questi ambulatori sono situati nelle circoscrizioni a maggior presenza relativa di stranieri, ossia delle persone che costituiscono gli utilizzatori principali dei servizi offerti. Tale circostanza appare come

⁴⁷ La localizzazione delle strutture pubbliche e del terzo settore trattate nel corso della tesi è indicata nell'Allegato 4.

una fortunata coincidenza, dato che tutti i centri operavano già prima della metà degli anni Novanta, quando gli stranieri erano appena l'1,2% della popolazione torinese.

Sebbene il luogo di domicilio o residenza non sia un dato rilevato, risulta che la maggioranza dei pazienti vive nei quartieri in cui insistono le strutture, mentre una parte compresa tra il 15 ed il 20% dell'utenza proviene dall'area metropolitana.

Le strutture sono aperte sia al mattino che di pomeriggio durante i giorni feriali (ACI è accessibile anche il sabato mattina). Le ore di apertura settimanale sono 36 per ACI, 30 per il AGP e 16 per CVR.

L'accesso ai poliambulatori è libero. Pertanto il possesso della tessera STP, che dimostra che il paziente non ha diritto al SSN, non è condizione necessaria per accedere alle prestazioni.

Il canale principale attraverso cui i pazienti conoscono queste strutture è rappresentato dal passaparola. In subordine, si segnalano i cartelli informativi presenti nelle strutture in cui i migranti possono curarsi (ISI, servizi sociali e Pronto Soccorso), gli operatori dell'Ufficio Stranieri del Comune e le associazioni dotatesi di sportelli informativi per gli stranieri. Non si segnala la presenza di strategie di ricerca attiva di pazienti, sia per la limitatezza del personale a disposizione, sia per le oggettive difficoltà nel mettere in pratica tale politica. In passato, venne fatto un tentativo a favore della comunità cinese: una volontaria di ACI di quella nazionalità comunicò ai commercianti del principale mercato cittadino all'aperto la presenza di un mediatore culturale che parlava mandarino presso l'ambulatorio.

Il numero di specialità offerte costituisce sicuramente un forte fattore di attrazione per i pazienti. Un elenco complessivo di quelle presenti nei tre ambulatori comprende: angiologia, cardiologia, chirurgia generale e plastica, dermatologia, ematologia, fisiatria, fisioterapia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, infettivologia, medicina generale ed interna, nefrologia, neurologia, oculistica, odontoiatria, optometria, ortopedia, otorinolaringoiatria, pediatria, pneumologia, radiologia, urologia. I medici, tra generici e specialisti, che prestano lavoro volontario sono 50 ad AGP, 41 ad ACI e 9 a CVR. I dentisti invece sono 32 ad ACI e 12 ad AGP (coadiuvati da un odontotecnico, sei assistenti alla poltrona ed un tecnico). In aggiunta a ciò, AGP offre il servizio di distribuzione occhiali grazie a tre ottici volontari.

È interessante notare la diversa composizione del personale scelto per supportare le attività dei medici.

AGP, che si avvale della sola collaborazione di volontari, impiega 13 persone che si occupano di accogliere i pazienti nell'ambulatorio, dell'animazione dei bambini, delle attività di ufficio, delle pulizie e delle attività di manutenzione, mentre nove infermieri eseguono le mansioni infermieristiche⁴⁸. Inoltre, si contano sette volontari farmacisti che curano selezione, controllo, allocazione e smistamento dei medicinali. In questa struttura opera un solo straniero con ruolo di medico generico.

ACI invece impiega sette dipendenti part-time: sei di loro sono di origine straniera (due arabi, due romene, una peruviana ed uno albanese) mentre l'unico italiano conosce la lingua araba. Essi si occupano principalmente di accogliere i pazienti, di assistere i dentisti e di manutenzione, in quanto le attività amministrative vengono svolte dai soci volontari dell'associazione, mentre alcuni fra i medici, in particolare tra quanti prestano servizio in Pronto Soccorso, provvedono alle necessarie prestazioni infermieristiche. Il tratto peculiare dell'associazione è certamente la capacità di coinvolgere gli stranieri nelle proprie attività: essi sono ben il 18% dei volontari.

CVR presenta la configurazione più originale perché, durante ogni visita, è presente una coppia formata da un medico e da una delle 16 infermiere volontarie della Croce Rossa. Il ruolo di queste ultime, oltre al coadiuvare l'operato dei medici, consiste nell'effettuare le prestazioni infermieristiche e nel mantenere l'ordine e l'igiene all'interno dell'ambulatorio. Uno dei medici si occupa della gestione dei farmaci.

Per completare il quadro, è doveroso accennare al sostegno dei numerosi fornitori/donatori, i quali contribuiscono in maniera determinante all'operatività di queste strutture. I farmaci somministrati dai medici sono frutto di donazioni del *Banco Farmaceutico*, di farmacie, di organizzazioni religiose e di volontariato e di privati. Il *Banco di solidarietà sanitaria* dona materiale sanitario, mentre la Fondazione *La Stampa-Specchio dei Tempi* elargisce attrezzature sanitarie. L'Ospedale *Cottolengo* ed il Presidio Sanitario *Gradenigo* offrono esami ematochimici e delle urine gratuite ai pazienti segnalati da ACI. Per quanto riguarda i contributi in denaro, la *Compagnia di San Paolo* rappresenta il 71% delle entrate di ACI, mentre enti pubblici e privati seguono con rispettivamente 16% ed 11%; AGP riceve i due terzi delle entrate da donazioni di privati e la restante parte dal Comune di Torino; i costi del poliambulatorio CVR sono coperti dalla Croce Rossa stessa e da contributi di privati.

⁴⁸ Con tale termine si intendono: iniezioni intramuscolari, controllo di pressione arteriosa e glicemico.

Nelle attività dei poliambulatori si possono riconoscere schematicamente dei percorsi prestabiliti comuni:

1. Ingresso in sala di attesa e ritiro ad opera dei pazienti di un numero progressivo.
2. Accettazione amministrativa e creazione di una cartella clinica per ogni nuovo paziente tramite il rilevamento dei dati personali. In questa fase avviene una prima mediazione culturale e si fornisce ai pazienti l'informazione sul loro diritto di accesso alle cure.
3. Visita medica di medicina generale e compilazione della seconda parte della cartella clinica con l'indicazione della diagnosi. Durante la visita riveste capitale importanza la fase dell'accoglienza: infatti, inquadrare la storia della vita dei pazienti permette sia di instaurare la relazione sia di raccogliere informazioni utili riguardo alle problematiche cliniche ed al modo di vivere la patologia, rendendo più agevole l'anamnesi. Ad esempio, i nigeriani, a causa di una dieta ipersodica, già dall'età di 20 anni presentano un'incidenza di ipertensione maggiore della media. Un medico, consapevole di questa statistica, potrà iniziare la visita misurando la pressione arteriosa. La modalità di lavoro descritta pone l'attenzione maggiore alla persona piuttosto che al sintomo e alla malattia. L'ascolto dei pazienti ed il tempo dedicato a tale attività sono infatti la caratteristica principale dello stile medico degli ambulatori, tanto che ognuno di essi rivendica la propria eccellenza in questo campo. La durata media della visita è di 15 minuti.
- 4.a Visita medica di secondo livello all'interno del poliambulatorio. Essa può essere immediata, in caso di presenza in struttura del medico specialista, o svolta su prenotazione in un secondo momento, in caso contrario.
- 4.b Fornitura del farmaco richiesto dalla terapia prescritta. Da notare che, quando un medicinale non si trova in magazzino, esso può essere acquistato in farmacia o richiesto agli altri poliambulatori, in modo da minimizzare le richieste inevase.
- 4.c Invio a strutture terze: ISI e studio di MMG (a seconda dello status giuridico del paziente) per la prescrizioni di esami e di visite specialistiche, o altri ambulatori del privato sociale che dispongono di uno specialista non presente nella propria struttura: in entrambi i casi, viene consigliata la consegna a ciascun paziente di una lettera, scritta dal primo medico visitante, che ne dettagli i sintomi riscontrati e la diagnosi accertata, in modo da agevolare il lavoro del medico successivo.

ACI e AGP sono dotati di un sistema informativo interno⁴⁹ che registra: età, sesso e nazionalità di ciascun paziente; la tipologia di ogni visita (sotto forma di specialità medica e codice nosologico per ACI, di apparato interessato per AGP) ed il numero di ore di lavoro offerte dai volontari. Grazie a tale sistema ed alla tenuta della contabilità, l'attività svolta viene rendicontata all'esterno. I destinatari non sono solo gli enti donatori, che richiedono tale azione per accedere ai finanziamenti per i progetti, ma idealmente l'intera comunità locale.

La tabella 3.3 presenta la rielaborazione dei dati aggregati di pazienti e visite delle due strutture allo scopo di effettuare un confronto sulle variabili chiave per l'anno 2013. Tale operazione, immediata per i dati anagrafici, si è rivelata più complessa per le prestazioni, poiché il metodo utilizzato per la loro classificazione è diverso nelle due strutture. La procedura utilizzata ha visto la riclassificazione dei codici nosologici di ACI, registrati secondo il metodo ICD-9-CM⁵⁰, in modo da renderli omogenei con la classificazione di AGP, molto vicina al sistema MDC⁵¹.

⁴⁹ CVR adotta un sistema per censire gli utenti basato su registro cartaceo e cartelle cliniche.

⁵⁰ La classificazione ICD è la catalogazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dal WHO.

⁵¹ Il sistema MDC si costruisce dividendo tutte le possibili diagnosi individuate dal ICD-9-CM in 25 aree diagnostiche mutualmente esclusive. Ciascun MDC corrisponde ad un singolo apparato o eziologia ed è generalmente associato ad una particolare specialità medica.

Tabella 3.3 – ACI e AGP a confronto su pazienti e prestazioni (anno 2013)

Anno 2013	ACI		AGP	
Pazienti totali	2057		1473	
Under 16	310	15,1%	254	17,2%
Donne	1163	56,5%	656	44,5%
Marocchini	689	33,5%	597	40,5%
Romeni	511	24,8%	128	8,7%
Nigeriani	107	5,2%	256	17,4%
Bengalesi	100	4,9%	112	7,6%
Italiani	79	3,8%	58	3,9%
Prestazioni totali	9873		5904	
Visite per paziente	4,8		4,0	
Prestazioni non classificate	1816		517	
Prestazioni classificate	8057		5387	
Cardiovascolare	678	8,4%	299	5,6%
Dermatologia	649	8,1%	585	10,9%
Gastroenterico e metabolismo	936	11,6%	756	14,0%
Genito urinario	174	2,2%	179	3,3%
Ginecologia e Urologia	715	8,9%	235	4,4%
Medicazioni e iniezioni	249	3,1%	105	1,9%
Muscolo scheletrico	1040	12,9%	765	14,2%
Nervoso	213	2,6%	227	4,2%
Odontoiatria	1702	21,1%	806	15,0%
Organi di senso (oculista e otorino)	192	2,4%	758	14,1%
Respiratorio	1509	18,7%	672	12,5%

Fonte: elaborazione propria su dati delle strutture

L'analisi della tabella porta alla luce alcuni dati interessanti: la percentuale di ragazzi e bambini sul totale dei pazienti è limitata, in quanto essi godono di più facile accesso ai servizi pubblici rispetto agli adulti; le donne sembrano preferire le cure di ACI, ma ciò è una conseguenza di un maggior accesso della popolazione romena, nella quale il genere femminile è sovrarappresentato rispetto al maschile; gli italiani sono la quinta nazionalità per consistenza⁵², mentre i romeni, in larga parte iscrivibili al SSN, sono tra le prime tre; il paziente medio di ACI ha ricevuto 4,8 visite in un anno, mentre quello di AGP solo 4; i dati sull'apparato interessato dalle patologie (la cui percentuale è calcolata sulle sole prestazioni classificate), mostrano il grande successo riscosso dalle prestazioni odontoiatriche, non offerte dal settore pubblico;

⁵² Gli italiani sono la nazionalità più rappresentata per CVR. Gli operatori hanno segnalato un aumento di italiani disoccupati affetti da malattie croniche quali diabete ed asma. La ragione che porta queste persone a rivolgersi a CVR è quella di ottenere gratuitamente i farmaci che non possono permettersi di acquistare.

ulteriori confronti sugli apparati non sarebbero appropriati, in quanto le visite sono influenzate dal numero di ore offerto dai medici di ciascuna specialità.

I dati per l'anno 2013 riferiti alle altre strutture analizzate sono: circa 3.000 prestazioni offerte da CVR; circa 1.500 tessere STP attive nei centri ISI dell'ASL TO1; 11.810 passaggi registrati nel centro ISI dell'ASL TO2, con un totale di 1.212 nuovi pazienti rispetto all'anno precedente.

Accanto alla fornitura di cure mediche dirette, ossia l'attività *core* di questi poliambulatori, possiamo identificare iniziative targettizzate, volte in particolare a proteggere la salute della mamma e del bambino. Il Sermig organizza attività di educazione sanitaria ed offre sostegno ai neonati con aiuti alimentari e pannolini. Camminare Insieme, nel *Salone delle mamme*, organizza incontri per sostenere donne in gravidanza con difficoltà culturali ed economiche e prepararle al parto ed alla maternità; inoltre, tramite il progetto *InfoRom*, co-finanziato dal *Centro Servizi Idea Solidale*, donne di etnia Rom, mentre i loro bambini sono visitati da un'équipe pediatrica, hanno modo di discutere dei propri problemi con le volontarie.

3.5. Valorizzazione economica del lavoro volontario

Salamon (2010) elenca tre ragioni per cui misurare il volontariato è importante: il lavoro volontario, in quanto risorsa rinnovabile cruciale per la risoluzione dei problemi sociali ed ambientali del mondo, va quantificato per essere sfruttato al meglio; convincere le persone a dedicare parte del proprio tempo per un determinato scopo richiede che tale attività sia misurata, perché nella nostra società è apprezzato solo ciò a cui può essere attribuito un valore; è possibile gestire in modo efficiente ed efficace solo ciò che viene misurato.

La valorizzazione economica dell'operato degli ambulatori medici gestiti dal volontariato a Torino, limitata dal fatto di non essere in grado di misurare il capitale sociale creato (in termini di solidarietà, coesione sociale e creazione di relazioni), potrebbe però essere utile per: aumentare consapevolezza, visibilità e credibilità degli attori coinvolti attraverso la documentazione dell'impatto economico del loro lavoro; offrire l'opportunità di un confronto teso a migliorare le tecniche di gestione; fornire uno strumento quantitativo ai decisori pubblici, che possa guidare la scelta

dello stanziamento di risorse a favore di queste realtà, considerando l'entità dei risparmi prodotti per la collettività.

La valorizzazione economica del lavoro volontario rientra nel più ampio problema della traduzione monetaria del lavoro non retribuito (CNEL e ISTAT, 2011). Tale questione è stata affrontata in ambito internazionale sia dallo *Handbook of Non-Profit Institutions in the System of National Accounts* (UN, 2003)⁵³ sia dal *Manual on the Measurement of Volunteer Work* (ILO, 2011) con l'obiettivo di mantenere la compatibilità con le procedure di stima utilizzate nei sistemi di contabilità nazionale. Innanzitutto, va premesso che non esiste un vero valore economico del lavoro volontario, ma solo differenti metodologie che lo valorizzano da diverse prospettive. In quest'ottica, il sistema da utilizzare dipende sia dalla teoria che meglio si adatta agli obiettivi della valorizzazione, sia dalla quantità e qualità delle informazioni disponibili (UN, 2003).

Le tecniche utilizzabili si possono ricondurre a due diversi approcci: i metodi diretti e gli indiretti. Entrambi implicano l'esistenza sul mercato di beni e servizi comparabili. La differenza sta nel fatto che i primi valutano il risultato del processo di produzione (per questo definiti output-based), mentre i secondi valorizzano la forza lavoro impiegata nell'attività di volontariato (input-based) (Ivi:271-2).

Le strutture del volontariato analizzate utilizzano questi ultimi, attraverso la tecnica del costo di sostituzione per singola funzione. Tale metodo assegna un valore economico al tempo offerto dai volontari, per ogni tipo di funzione che assolvono, pari al costo necessario ad acquistare sul mercato le stesse attività. L'assunzione implicita è che la produttività sia la medesima (CNEL e ISTAT, 2011).

La formula è: $UWIFR = \sum_i H_i * V_i * W_i$ dove:

- UWIFR = costo di sostituzione per singola funzione
- H_i = ore medie di lavoro prestate da ciascun volontario nella funzione i
- V_i = numero di volontari presenti nella funzione i
- W_i = retribuzione oraria media applicabile alla funzione i .

Tale metodo si adatta bene alle realtà analizzate poiché il sistema informativo permette di determinare l'ammontare delle ore spese nelle differenti funzioni, mentre

⁵³ Esso è nato dalla collaborazione tra il *Center for Civil Society Studies* della Johns Hopkins University e la Divisione Statistica delle Nazioni Unite

il fatto che i professionisti sanitari siano chiamati a svolgere lo stesso lavoro che compiono per il SSN permette di utilizzare la retribuzione di mercato.

La tabella 3.4 mostra il modo in cui ACI ed AGP hanno applicato il metodo sopra descritto alle attività svolte nel 2013. Si noti che, a differenza della formula riportata, la retribuzione oraria media è moltiplicata direttamente per il totale cumulato delle ore prestate per ciascuna funzione (ossia la categoria professionale). Il numero dei collaboratori è pertanto mostrato a solo fine informativo.

Tabella 3.4 - Valorizzazione del lavoro volontario tramite metodo indiretto (anno 2013)

Categoria professionale	Numero		Ore		€/ora		Valorizzazione interna (€)	
	ACI	AGP	ACI	AGP	ACI	AGP	ACI	AGP
Medici e dentisti	73	64	5.050	5.720	*	103	293.870	586.807
Assistenti alla poltrona odontoiatrica	7	6		880	**	20	141.113	17.600
Infermieri	10	9	1.800	1.200	30	20	54.000	24.000
Accoglienza e accompagnamento	18	10	2.550	3.900	30	20	76.500	78.242
Pulizia locali e gestione attrezzature	3	3	450	1.040	40	20	18.000	20.864
Farmacisti	3	7	550	1.040	30	51	16.500	53.040
Direzione (organizzativa e sanitaria)	6		1.000		50		50.000	
Totale	120	99	11.400	13.780			649.983	780.553

Fonte: rielaborazione su dati delle strutture

Con riferimento ad ACI, si sottolinea che: la valorizzazione dell'operato di medici e dentisti è avvenuta moltiplicando le 5708 prestazioni generiche offerte per € 15 e le restanti 4165 specialistiche per € 50; il ruolo di assistenti alla poltrona odontoiatrica è stato ricoperto dai sette dipendenti e la sua valorizzazione, pari al costo del lavoro sostenuto dall'associazione, è stata inserita al solo fine di rendere confrontabili i dati. AGP ha determinato la retribuzione oraria dell'operato di medici e dentisti attualizzando, in base all'indice del costo della vita, un valore calcolato nel 1998, derivato dal rapporto tra il costo medio di una visita medica ed il numero medio di visite realizzabili in un'ora. L'odontotecnico ed il tecnico sono stati equiparati ai dentisti.

La valorizzazione interna delle attività prestate dai volontari è pari ad € 649.983 per ACI ed a € 780.553 per AGP.

La tabella mostra che le due strutture non attribuiscono lo stesso valore allo stipendio orario delle figure professionali. Fare riferimento al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro sarebbe sicuramente una tecnica più oggettiva per valorizzare il contributo di ciascun professionista. Ad esempio, calcolando otto ore di lavoro giornaliero per 22

giorni al mese, si deduce che lo stipendio orario lordo di base di un medico ospedaliero, dopo cinque anni di attività, è pari a € 33, mentre quello di un farmacista dipendente, dopo due anni di lavoro, è € 12.

Alla luce di questa evidente mancanza di omogeneità, si crea la necessità di ricorrere ad un metodo alternativo per ottenere una valorizzazione più precisa ed oggettiva.

I metodi diretti si basano su questa formula: $HP = \sum_i Q_i * P_i$ dove

- HP è il valore monetario a prezzi di mercato della produzione dei volontari
- Q_i è la quantità del bene o servizio i -esimo da questi prodotta
- P_i è il prezzo di mercato del prodotto sostitutivo del bene o del servizio i .

Secondo CNEL ed ISTAT (2011), i vantaggi maggiori di questi metodi sono: riconoscere valore economico esclusivamente a quei beni e servizi che vantano un prodotto analogo sul mercato; valorizzare attività diverse svolte contemporaneamente; compatibilità con la metodologia adottata nell'ambito della contabilità nazionale per valorizzare la produzione di mercato. A tali pregi, si oppongono tre limitazioni principali: la difficoltà nel trovare equivalenti sul mercato delle prestazioni effettuate dai volontari; la necessità, raramente soddisfatta, di avere un'ampia base informativa sulle attività di volontariato; il rischio di produrre delle stime distorte, qualora non si includa un correttivo per tenere conto del differenziale qualitativo tra servizi di mercato e servizi offerti dal lavoro non retribuito.

Utilizzare il metodo diretto per valorizzare l'attività degli ambulatori del privato sociale appare più appropriato rispetto all'impostazione attuale per due ordini di ragioni.

La prima riguarda la correttezza intrinseca. Essa è garantita dal fatto di non soffrire dei limiti tipici del metodo: il sistema informativo interno fornisce dati relativamente precisi sulle prestazioni effettuate; inoltre, il servizio in questione è disponibile sul mercato, dove è offerto dagli stessi medici che operano presso le strutture del terzo settore.

La seconda ragione è di tipo sostanziale. Il metodo diretto, rispetto a quello indiretto, risulta più oggettivo, prestandosi anche a confronti tra le strutture. Il lavoro dei medici viene valutato in base alle prestazioni effettuate, che garantiscono il perseguimento della *mission* di queste strutture ed il cui valore di mercato può essere calcolato in modo obiettivo. Il sistema alternativo valorizza invece, in modo non uniforme tra le

strutture, le ore di lavoro prestate dai volontari. Tale approccio è poco adeguato per l'attività di un ambulatorio medico perché il numero di visite all'ora dipende sia dalla complessità del caso clinico che dalla presenza effettiva di pazienti.

Inoltre, il metodo diretto, essendo noto il numero di ore di lavoro volontario prestato e l'ammontare delle prestazioni effettuate, permette di confrontare l'efficienza delle varie strutture. Questa possibilità potrebbe essere sfruttata per migliorare l'organizzazione del servizio. Tuttavia, il tema è molto delicato in quanto un alto numero di prestazioni effettuate non è garanzia di un'adeguata risposta al bisogno, ma potrebbe invece indicare un minor approfondimento della visita medica e/o un'insufficiente attenzione alla fase dell'accoglienza.

È possibile scomporre in tre fasi il processo utilizzato per applicare il metodo diretto agli ambulatori ACI ed AGP.

In base all'equazione, il primo passo da compiere per definire il valore monetario è quantificare con precisione la produzione. Nel nostro caso, essa è rappresentata dalle prestazioni sanitarie offerte negli ambulatori del privato sociale. I sistemi informativi ci permettono di svolgere questa operazione.

La seconda fase consiste nel definire il prezzo di mercato del servizio offerto. Tale valore può essere stimato consultando una serie di documenti.

Il primo è la DGR del Piemonte n. 11-6036 del 2 luglio 2013, che recepisce il Decreto del Ministero della Salute del 18 ottobre 2012⁵⁴ ed aggiorna il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Questo documento definisce la remunerazione che il SSN riconosce alle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche o private (equiparate ed accreditate). In tal modo, è possibile dare un valore alle visite mediche.

Il secondo documento è il *Nomenclatore e Tariffario ANDI 2009*, che, attraverso rilevazioni statistiche, ha pubblicato lo spettro tariffario applicato negli studi ortodontistici italiani per 15 branche e 209 prestazioni.

Il terzo ed ultimo documento è il *Nomenclatore tariffario nazionale* della Federazione Nazionale Collegi IPASVI del 2002. In ottemperanza alla Legge 248 del 4 agosto

⁵⁴ Il titolo è *Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*.

2006, esso ha valore indicativo e serve quale strumento di riferimento per professionisti e cittadini nel definire il valore economico delle prestazioni erogate.

La terza ed ultima fase, mostrata nell'allegato 1, consiste nel valorizzare le prestazioni effettuate, applicando la tariffa appropriata a ciascuna prestazione.

Il metodo diretto valuta le prestazioni mediche, dentistiche ed infermieristiche offerte presso ACI € 271.925, mentre quelle prestate presso AGP € 151.952. Tali valori sono sensibilmente più bassi rispetto a quelli ottenuti tramite il metodo indiretto.

Sebbene si sia raggiunto l'obiettivo di conferire maggiore oggettività al valore delle prestazioni mediche, questo metodo, al contrario di quello indiretto, non permette di quantificare la complementare e non meno importante attività di mediazione culturale e di progetti mirati di prevenzione sanitaria.

Si propone nella tabella 3.5, al fine di mantenere gli aspetti positivi di entrambi i metodi, una valorizzazione che utilizza un metodo *misto*: diretto per le prestazioni mediche, dentistiche ed infermieristiche ed indiretto per le rimanenti. I valori sono pertanto stati importati dalle corrispondenti voci dei due metodi esaminati. La sola correzione apportata alle cifre ha interessato i sette dipendenti di ACI per i quali si è conservato solo il 50% della valorizzazione in quanto, indicativamente, metà del loro tempo è dedicato alla mediazione socio-culturale e metà ad assistere i dentisti. Questa seconda parte si assume già compresa nel valore attribuito alle prestazioni odontoiatriche.

Tabella 3.5 - Valorizzazione economica tramite metodo misto (anno 2013)

Attività	Val.ne econ.ca (€)	
	ACI	AGP
Prestazioni mediche	139.977	83.886
Prestazioni odontoiatriche	125.600	66.920
Prestazioni infermieristiche	6.347	1.146
Dipendenti	70.000	
Accoglienza e accompagnamento servizi sanitari	76.500	78.242
Pulizia locali e gestione attrezzature	18.000	20.864
Farmacisti	16.500	53.040
Direzione (organizzativa e sanitaria)	50.000	
Totale	502.924	304.098

Fonte: elaborazione propria su dati delle strutture

I valori di € 502.924 per ACI e di € 304.098 per AGP sono intermedi rispetto a quelli calcolati con gli altri due metodi e forniscono una valorizzazione realistica e prudente del valore economico dell'attività di queste strutture.

Si noti che nessuno dei metodi sperimentati permette di valorizzare i farmaci offerti gratuitamente ai pazienti: il Sermig ha quantificato in € 176.255 il valore dei 665 kg di medicinali distribuiti nel 2013.

3.6. Collaborazioni col settore pubblico ed il privato sociale

Le strutture analizzate sono coscienti di come la tutela socio-sanitaria delle persone che si rivolgono a loro sia molto complessa e che quindi la sola azione individuale di ciascuna di esse non sarebbe sufficiente al perseguimento della propria *mission*. Tale consapevolezza rende indispensabile aprirsi al lavoro in rete sia con il settore pubblico che con altre realtà del privato sociale per integrare le diverse risorse sul territorio massimizzandone l'impatto sul bisogno, anche in un'ottica di sussidiarietà orizzontale.

Il ruolo nei confronti del settore pubblico è sfaccettato. In primo luogo, gli ambulatori sono un punto di ascolto ed orientamento ai servizi, grazie alla particolare vicinanza alle esigenze dei pazienti. In secondo luogo, essi mettono a disposizione i propri spazi, di cui gli immigrati si fidano, per raggiungere quelle persone che altrimenti non verrebbero a conoscenza di alcuni servizi sanitari gestiti dal SSN. Un esempio concreto è la collaborazione tra il Sermig ed il Mi.Sa. (Migrazione e Salute), ambulatorio dell'Ospedale Amedeo di Savoia (ASL TO2) dedicato alla prevenzione e cura dei pazienti portatori di malattie infettive e sessualmente trasmesse, che svolge la propria attività presso AGP per due volte la settimana. Inoltre, come già scritto, esiste informalmente uno scambio di pazienti tra centri ISI ed ambulatori del terzo settore. Infine, gli ambulatori sono un luogo di formazione per gli studenti di Medicina e di Odontoiatria dell'Università di Torino, consci del fatto che nel loro futuro professionale dovranno confrontarsi con un'utenza sempre più multietnica.

La collaborazione con il privato sociale si articola sia nella cooperazione tra i tre ambulatori medesimi, principalmente orientata ad ottimizzare i servizi ed eliminare eventuali duplicati, sia nell'attivazione di specifici progetti sanitari con altre associazioni del territorio.

Con riferimento al primo tipo di relazione, la collaborazione è sinergica, seppur non formalizzata. Essa consiste principalmente ne: lo scambio di pazienti in base alle specialità dei medici, alle attrezzature ed ai medicinali presenti nelle strutture; la copertura di diverse fasce orarie durante la settimana e di giorni diversi nel mese di luglio, in modo da garantire la presenza del servizio.

Estrema rilevanza è assunta dal GrIS Piemonte, che è un'unità territoriale della Società Italiana Medicina delle Migrazioni. Il suo obiettivo è creare una rete tra istituzioni e terzo settore per condividere esperienze, problematiche e soluzioni di volta in volta emergenti con riferimento alla popolazione migrante. Gli 80 membri lavorano a diverso titolo con gli immigrati: molti di loro appartengono a realtà del volontariato (ACI e AGP compresi) e/o a istituzioni pubbliche, prevalentemente sociosanitarie. Il GrIS si riunisce mensilmente presso il Sermig suddividendosi in quattro tavoli di lavoro: salute, comunicazione, lavoro e normativa. In concreto, esso si propone di segnalare dal basso le istanze emerse nel corso degli incontri all'ordine dei medici, l'assessorato alla sanità della Regione Piemonte, la prefettura, la questura ed il tribunale dei minori, svolgendo un'azione di *advocacy* affinché nessuno sia escluso dai percorsi assistenziali. Nel campo della sanità, il GrIS comunica le barriere all'accesso e fruizione delle strutture pubbliche. Ad esempio, di recente è stato raccomandato ai centri ISI di chiarire la ragione per cui non possono fornire la tessera STP, rappresentata dalla già avvenuta iscrizione al SSN o dalla permanenza in Italia da meno di tre mesi. Tale mancanza di trasparenza viene percepita da parte degli stranieri come una violazione dei propri diritti e provoca disaffezione verso il settore pubblico in generale.

Sebbene il lavoro in rete funzioni bene, LDF ha riscontrato limiti alla sua azione ed efficacia causati da rivalità o da apparentemente insanabili differenze concettuali/metodologiche tra le diverse realtà. Ad esempio, l'apertura di un nuovo ambulatorio di assistenza sanitaria ai migranti è stata vista da alcuni attori come una minaccia per le altre realtà esistenti impegnate in attività simili, invece che come un'opportunità in più per la popolazione migrante (LDF, 2012a). Questa ricerca sembra perciò suggerire che la priorità di queste associazioni sia il perseguimento dei propri scopi custodendo identità ed autonomia, mentre, in particolare durante la situazione attuale, si dovrebbe privilegiare la migliore offerta di servizio possibile.

Tra i progetti attivati con altre associazioni, con riferimento al Sermig possiamo citare: incontri rivolti alle mamme per diffondere informazione scientifica sui comportamenti preventivi nel paziente immunocompromesso in collaborazione con la Onlus *Associazione Studio Paziente Immuno Compromesso*; interventi di medicazione grazie a chirurghi plastici della Onlus *Cute project*.

3.7. Migliorare il lavoro in rete

La presenza di una rete forte del volontariato e la marcata attenzione della Regione a tutelare il diritto alla salute dello straniero irregolare garantiscono indubbiamente un servizio aperto a tutti e di assoluta qualità. Tuttavia, dalle conversazioni con gli operatori del terzo settore, è emersa l'esistenza di margini di miglioramento con riguardo all'efficienza nell'erogazione del servizio. La soluzione su cui tutti concordano è il rafforzamento del lavoro in rete tra le strutture del privato sociale, col necessario e complementare apporto del settore pubblico, che dovrebbe assumere il duplice compito di assicurare il coordinamento degli attori e garantire il mantenimento del servizio. L'introduzione di tale nuovo assetto non è più differibile, in quanto le risorse pubbliche sembrano destinate a contrarsi negli anni a venire, mentre lo stesso non vale per l'afflusso di nuovi immigrati. A tal fine, si elenca un insieme di misure da introdurre negli ambulatori del volontariato. Esse nascono dall'analisi della situazione attuale attraverso la consultazione della normativa e della letteratura, ma soprattutto grazie al confronto verbale con gli operatori.

1. Condivisione, standardizzazione e digitalizzazione⁵⁵ delle cartelle cliniche.

I vantaggi sarebbero duplici. Innanzitutto, si potrebbe contenere il numero di pazienti che, nell'arco di una stessa giornata, si recano in tutti e tre gli ambulatori senza menzionare tale fatto. Essi, spinti dal desiderio di fare scorta di medicinali, inflazionano la domanda di visite e farmaci e comportano un potenziale danno a se stessi, in quanto si espongono al rischio di ricevere tre terapie diverse. Come testimoniato dal responsabile di un ambulatorio del privato sociale:

Alcuni sono capaci di venire di mattina alla Croce Rossa, poi nel pomeriggio alla Camminare Insieme ed al Sermig. Non dicono che sono stati da altre parti, così

⁵⁵ La digitalizzazione è riferita al solo CVR, non ancora dotatosi né di sistema informativo né di cartelle cliniche elettroniche

possono fare incetta di medicinali, ma rischiano che gli diano tre terapie diverse. Ricordo anche il caso di una mamma che voleva che il medico prescrivesse a suo figlio uno sciroppo per la tosse. Ma il medico non era disposto a farlo senza poter visitare il bambino. Di sicuro, avrà ripetuto la richiesta da un'altra parte.

Il secondo beneficio, dovuto all'omogeneizzazione delle modulistiche esistenti, sarebbe la maggiore precisione ed aggregabilità di dati quali le patologie riscontrate e le prestazioni effettuate. Come conseguenza, si potrebbero promuovere indagini epidemiologiche basate su dati più completi, in quanto comprendenti anche le strutture del volontariato. In questo modo, sarebbe anche possibile quantificare con maggior precisione il bisogno, al fine di attuare una corretta programmazione a livello regionale, sia in termini di prevenzione che di pianificazione delle risorse.

2. Creazione di un sistema di prenotazione unificato per le visite specialistiche.

Esso consisterebbe nel mettere a disposizione del medico generico, ossia di colui che effettua la prima visita al paziente, l'orario di visita di ogni specialista presente nei tre poliambulatori cittadini del terzo settore ed il numero di pazienti già prenotati. Tale sistema garantirebbe la possibilità di prenotare il proprio assistito laddove la visita sarebbe temporalmente più vicina, non limitandosi alla disponibilità della singola struttura.

Secondo il sistema attuale, il percorso si svolge prevalentemente all'interno dello stesso ambulatorio. Tuttavia, in questo modo, si rinuncia all'opportunità di utilizzare le risorse della rete nel modo più efficiente. Adottando il sistema proposto, si creerebbero vantaggi sia per i pazienti che per i medici: i primi vedrebbero ridotto il tempo intercorrente tra la visita generica e quella specialistica, mentre i secondi minimizzerebbero eventuali tempi morti.

Si potrebbe inoltre valutare la fattibilità di un'inclusione dei centri ISI all'interno del sistema. Al momento già succede che, per ragioni di vicinanza, il Centro ISI dell'ASL TO2 invii pazienti presso gli specialisti di ACI ed AGP.

Lo stesso principio potrebbe applicarsi anche per farmaci o apparecchi ortopedici: infatti, qualora il paziente non sia completamente esentato dalla spesa per il loro acquisto, può accadere che questi non possa acquistare presso i canali ufficiali ciò di

cui ha bisogno. Mediante l'indirizzamento presso un centro del volontariato, che ha già il bene, tale problema sarebbe risolvibile.

3. Accesso all'elenco degli iscritti presso l'anagrafe sanitaria.

Il privato sociale potrebbe distinguere gli aventi diritto al SSN dagli altri. Il possesso della tessera STP non è condizione necessaria per accedere ai servizi del volontariato, pertanto accade che iscritti al SSN omettano di dichiarare la propria condizione per evitare la compartecipazione alla spesa sanitaria ed il rispetto delle liste d'attesa. Secondo il responsabile di un ambulatorio del privato sociale:

Se avessimo accesso all'anagrafe sanitaria, potremmo sapere se chi ci sta di fronte è già iscritto al SSN. Al momento dobbiamo fidarci di quello che ci dicono.

Minimizzando l'impatto di questo segmento di domanda opportunistica, le risorse sarebbero concentrate sui più bisognosi, rafforzando il perseguimento della *mission* di queste strutture. Tale limitazione non andrebbe ovviamente estesa né alle cure odontoiatriche (non ottenibili attraverso il pubblico), né ad interventi tipici da Pronto Soccorso, per ridurre il congestionamento di quest'ultimo.

L'incentivazione per l'adozione delle prime due misure, che comportano certamente degli investimenti per aggiornare i sistemi informativi nonché una maggiore attenzione nella compilazione delle cartelle cliniche virtuali, potrebbe essere offerta da uno stanziamento di fondi mirato da parte degli enti pubblici e delle fondazioni che già finanziano l'attività di queste strutture. Inoltre, si consiglia la designazione presso la Regione di una figura di interfaccia diretta e di riferimento per il volontariato sanitario. Attualmente, un funzionario si occupa della materia *assistenza sanitaria a favore degli extra comunitari e gestione centri ISI*, ma riceve comunicazioni dagli ambulatori medici del terzo settore soltanto per via indiretta tramite i GrIS.

I principi ispiratori nel definire questi suggerimenti di policy sono stati: elevato rapporto impatto/costo, realizzabilità in tempi brevi ed attuabilità, nel senso di possibilità di trovare l'accordo di tutte le parti interessate.

Proporre un maggior lavoro di rete a realtà del volontariato può provocare resistenze: ogni collaborazione implica infatti anche una perdita di autonomia. Questo ostacolo

sarà più facile da superare una volta messi sul piatto della bilancia i vantaggi che ne derivano: opportunità di crescita ed apprendimento, perseguimento della *mission* e rafforzamento della propria immagine. Quest'ultimo beneficio potrebbe aumentare il potere contrattuale e la capacità di interloquire degli ambulatori nei confronti delle istituzioni. Essere un soggetto collettivo potrebbe quindi dare maggior peso in ambito istituzionale ai suggerimenti ed alle richieste di fondi che provengono da questi veri e propri *sensori* dei bisogni.

3.8. Proposte per il settore pubblico

Per ovviare alla presenza di barriere informative, il settore pubblico potrebbe considerare queste due proposte al fine di garantire agli stranieri una maggiore conoscenza dell'offerta di servizi sanitari.

1. Ripensare il rapporto tra stranieri regolari e MMG.

Al momento gli stranieri non sfruttano al meglio l'assistenza del proprio MMG: in primis, essi trovano difficile sia comprendere le procedure per l'assegnazione del MMG sia presentarsi in studio durante l'orario d'apertura; inoltre, la possibilità di visita domiciliare è sottoutilizzata, poiché spesso prevale un senso di vergogna per le condizioni della propria casa; infine, in caso di chiamata presso l'ambulatorio medico, alla risposta della segreteria telefonica, i pazienti meno competenti nella lingua italiana preferiscono non lasciare un messaggio. Secondo quanto riferito dalla testimonianza del responsabile di un ambulatorio del privato sociale:

Se lei va nella sala d'attesa di un MMG vede quasi solo italiani: di straniero trova al massimo qualche badante romena. Queste persone quando chiamano in studio, riattaccano alla risposta della segreteria telefonica e non chiamano neanche il medico a casa propria perché si vergognano.

La conseguenza è che, nonostante questa alternativa più appropriata, molti stranieri regolari preferiscono ancora rivolgersi al Pronto Soccorso.

Da parte dei MMG, non esiste alcun incentivo ad interessarsi dei propri assistiti, in quanto la retribuzione è prevalentemente fondata sulla quota capitaria.

La soluzione più adatta a rispondere a questo stato di cose appare quella di avvicinare le due parti, concentrando gli sforzi sui MMG, data la maggior facilità nel raggiungerli da parte del settore pubblico. A questo scopo, sarebbe auspicabile il

riconoscimento ufficiale degli ambulatori del volontariato come centri di formazione. Le strutture del terzo settore potrebbero così organizzare corsi di formazione di medicina interculturale ed approccio al paziente straniero, nell'ambito del programma di Educazione Continua in Medicina⁵⁶. Tali corsi dovrebbero essere raccomandati in particolare a quei MMG che si trovano ad avere un numero (o una percentuale) di assistiti stranieri al di sopra di una soglia considerata critica. In questo modo, si auspica che una maggior sensibilizzazione da parte dei MMG alle barriere sperimentate dai pazienti stranieri nell'accedere alle cure, li esorti ad impegnarsi in modo proattivo, telefonando ai propri assistiti per accertarsi che siano a conoscenza su come utilizzare al meglio il servizio.

ACI, per facilitare l'accesso allo studio del MMG, sarebbe disposta a distaccare un dipendente, che avrebbe la funzione di mediatore culturale.

2. Promozione di campagne informative mirate agli stranieri.

Esse dovrebbero precisare i diritti degli stranieri in tema di salute, diffondere informazioni chiare ed aggiornate sulle tipologie ed il costo delle prestazioni garantite, far comprendere il ruolo della prevenzione e rimarcare l'importanza di utilizzare i diversi servizi a seconda della problematica di salute.

La situazione attuale mostra un deficit di conoscenza che si traduce, a livello pratico, in un utilizzo erroneo di certi servizi (come il Pronto Soccorso) o nel sotto-utilizzo di altri (come il MMG, i consultori o i test per le malattie infettive) con conseguenze negative sulla salute degli immigrati.

L'obiettivo di queste campagne informative sarà quello di indirizzare questi pazienti verso il servizio più appropriato al bisogno. I vantaggi che ne deriverebbero sono: favorire un accesso più corretto ed efficace; risparmiare i costi dovuti al sovraffollamento di un servizio chiave come il Pronto Soccorso; godere di una possibile riduzione di casi, grazie a una migliore diffusione di misure preventive e di cura.

Tali campagne, pena una minore efficacia, andrebbero condotte in maniera differenziata rispetto alle diverse comunità che costituiscono la popolazione immigrata, in modo da tenere conto della cultura dei destinatari.

⁵⁶ Si noti che le strutture del volontariato ospitano già oggi studenti di medicina ed odontoiatria che, senza ricevere in cambio crediti formativi ma consapevoli che il confronto con diverse culture sanitarie sarà parte integrante del loro futuro professionale, decidono di prestare la propria opera al loro interno.

La ricerca di LDF (2012a), considerando il ruolo del passaparola nella diffusione delle informazioni nelle comunità migranti, sottolinea l'estrema rilevanza dell'individuazione dei migliori canali tramite i quali veicolare le informazioni desiderate. In particolare, un ruolo chiave può essere assunto dai leader di comunità ed altre personalità rispettate dai connazionali, come i mediatori culturali. Assicurarsi che queste figure siano correttamente informate sull'offerta sanitaria, può significare il diffondersi di informazioni corrette all'interno delle comunità tramite la metodologia della *peer education*.

Un'iniziativa del genere è già stata tentata con successo a Torino. Il Comitato Collaborazione Medica, nell'ambito del progetto *Lo sapevi che...?*, ha formato dieci donne maghrebine all'educazione tra pari nel quartiere Aurora. Esse hanno poi condiviso conoscenze sanitarie teoriche e pratiche sulla salute materno-infantile e sulle corrette modalità di accesso ai servizi sanitari sul territorio con altre 847 persone.

È importante che l'attore pubblico dia seguito a questa esperienza, allargandone la portata in modo da raggiungere capillarmente la maggior parte della popolazione migrante.

Conclusioni

L'argomento di analisi è stato l'offerta di servizi sanitari dedicati alla popolazione migrante irregolare di Torino.

La normativa italiana in tema di salute ed assistenza sanitaria agli immigrati è molto avanzata. Le ragioni di tale attenzione sono la necessità di integrare queste persone nella società di arrivo, proteggere la salute dei cittadini italiani e trattare le malattie prima che si aggravino.

Le leggi, almeno nella città di Torino, non sono certo rimaste sulla carta. La Regione Piemonte ha infatti creato, nel corso degli anni, strutture tagliate su misura per le necessità degli stranieri irregolari ed ha progressivamente esteso le prestazioni cui possono avere accesso.

I bisogni di salute dei migranti sarebbero tuttavia difficilmente coperti dal solo settore pubblico. Il ruolo del privato sociale è determinante in tal senso ed il sistema operante a Torino vede l'integrazione, più o meno formalizzata, tra primo e terzo settore. Tale stretta collaborazione, nonostante la riduzione delle risorse a disposizione, non ha portato ad una deresponsabilizzazione del pubblico nei confronti del volontariato. Si è invece creato un lavoro in rete tra i vari protagonisti del settore: in particolare, il privato sociale offre un servizio che, per modalità, flessibilità ed informalità, le strutture pubbliche, per limitazioni dovute a leggi e considerazioni economiche, potrebbero difficilmente fornire.

I tre ambulatori medici del volontariato hanno erogato nel corso del 2013 circa 19.000 prestazioni tra mediche, odontoiatriche ed infermieristiche. Si noti che si tratta di servizi di livello qualitativo e professionale non inferiori alle strutture del SSN, presso le quali i medici ed infermieri volontari lavorano. L'organizzazione è pensata per superare le barriere tipicamente incontrate da pazienti stranieri attraverso: accesso senza prenotazione, attenzione all'accoglienza sia all'ingresso nella struttura sia durante la visita ed attivazione di progetti per promuovere l'educazione sanitaria.

La presenza di un sistema informativo interno ha permesso di approfondire il contributo di valore di due di queste strutture. Nello specifico, si è elaborata una valutazione economica, con tutti i limiti del caso, del lavoro volontario prestato. Data l'inesistenza di un vero valore, sono stati adottati tre metodi diversi. Il valore

complessivo decresce da € 1.430.536 col metodo indiretto, a € 807.022 col metodo misto, a € 423.877 col metodo diretto. Ciò che queste cifre non possono includere sono il capitale sociale creato, i risparmi garantiti alla collettività per aver alleggerito la domanda su altri servizi e, più in generale, l'aver contribuito all'integrazione degli stranieri.

Nel periodo attuale, in cui si è assistito alla decrescita della spesa pubblica in sanità, che inevitabilmente colpisce maggiormente coloro che sono in difficoltà, è importante aver dimostrato che queste organizzazioni, quasi *intangibili* dal punto di vista della visibilità sociale, raggiungono risultati tangibili non solo a livello individuale ma anche con riferimento alla società locale. Si auspica pertanto che il settore pubblico, nonché i donatori privati, mantengano vivo il loro supporto a queste realtà.

La presenza di margini di miglioramento nel lavoro in rete ed il possibile aumento del bisogno sono all'origine di una serie di proposte per efficientare l'utilizzo delle risorse a disposizione degli ambulatori del volontariato. Si suggeriscono a tal fine: la condivisione, standardizzazione e digitalizzazione delle cartelle cliniche; la creazione di un sistema di prenotazione unificato per le visite specialistiche; l'autorizzazione all'accesso all'elenco degli iscritti presso l'anagrafe sanitaria.

Similmente, la necessità di aumentare la conoscenza e la possibilità di fruizione da parte degli stranieri dei servizi pubblici loro dedicati, potrebbe essere soddisfatta da una maggior sensibilizzazione da parte dei MMG rispetto alle barriere incontrate dagli assistiti stranieri e dall'avvio di campagne informative tramite la metodologia della *peer education*.

Queste proposte, in linea con lo spirito dei tempi, sono attuabili in tempi brevi e con costi limitati, ma hanno il potenziale per aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'offerta dei servizi.

I limiti maggiori di questa ricerca sono rappresentati dai dati forniti dai sistemi informativi, non certo pensati per la valorizzazione economica delle prestazioni erogate; in aggiunta, le proposte dirette agli ambulatori del privato sociale potrebbero non essere generalizzabili, essendo state concepite sulle caratteristiche della rete presente a Torino.

Inoltre, è opportuno ricordare che l'assistenza sanitaria, per quanto importante, è solo uno dei determinanti della salute. Idealmente, per garantire la condizione di salute definita dalla costituzione del WHO, ossia «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o di infermità», sono fondamentali anche politiche attive nei campi dell'istruzione, della casa, del lavoro e della mobilità sociale, che devono avere come finalità ultima l'integrazione degli stranieri nella società di arrivo.

Un campo di ricerca da approfondire riguarda il livello di inclusione sociale delle categorie svantaggiate della stessa popolazione italiana. In particolare, si potrebbe studiare il contributo potenziale degli ambulatori del volontariato nell'intercettare i bisogni sanitari di queste persone. Si può infatti ipotizzare che questo segmento di popolazione abbia un profilo, in termini di salute, reddito e forse capacità di orientarsi nell'offerta del SSN, più simile agli stranieri che al loro concittadino medio. Inoltre, già oggi, il numero di italiani che si rivolgono a queste strutture varia da circa il 4% sul totale per ACI ed AGP al 35% di CVR. In futuro, non si può escludere che questo numero aumenti, soprattutto se dovessero continuare le attuali tendenze di invecchiamento della popolazione, erosione del patrimonio delle famiglie e debolezza della crescita economica.

Appendice

Allegato 1. Applicazione del metodo diretto ad ACI ed AGP

Come premessa, bisogna riconoscere che i dati dei sistemi informativi, non certo pensati per permettere la valorizzazione delle prestazioni, richiedono l'assunzione di alcune ipotesi per essere adottati come base di applicazione del metodo diretto. Si noti che si calcolerà una stima prudente della valorizzazione, la quale è riportata nella tabella A.1.

ACI presenta il sistema informativo più dettagliato in quanto, accanto alla classificazione degli interventi per specialità, divide gli stessi in base alla diagnosi secondo il già citato metodo ICD-9-CM. Tuttavia, le variabili specialità e diagnosi non sono incrociate tra loro.

I campi *visita generale* e *visita di controllo*⁵⁷ sono stati scelti come variabili residuali, in quanto rappresentano la prestazione standard offerta dai medici. Si è deciso di dividere gli interventi in proporzioni uguali, visto che le 4,8 visite medie per paziente escludono l'ipotesi che si tratti di sole prime visite.

I quattro tipi di ecografia indicati sono stati individuati a partire dalla classificazione in specialità degli interventi di ACI. Esse sono state valorizzate scegliendo per ciascuna l'alternativa meno costosa tra le varie prestazioni presenti nel tariffario regionale.

Il numero delle prestazioni odontoiatriche è stato derivato dai dati delle specialità, mentre per dedurre la tipologia ci si è affidati ai tre diversi codici ICD-9-CM rilevati, ognuno riconducibile ad una diversa malattia tipica dei denti. La specifica prestazione offerta, grazie anche alla consulenza di un odontoiatra, è stata rilevata a partire dal nomenclatore ANDI ed è stata valorizzata secondo il valore minimo presente nel documento.

Le prestazioni infermieristiche *medicazione semplice* ed *iniezioni* sono state dedotte dalla classificazione ICD-9-CM, mentre gli interventi della specialità chirurgia (trattasi di piccoli interventi ambulatoriali come rimozione di punti o asportazione di cisti) sono stati riclassificati come *medicazioni complesse*, in modo da evidenziare la specificità

⁵⁷ La DGR del Piemonte n. 11-6036 del 2 luglio 2013 definisce la prima come «visita specialistica o prima visita», mentre identifica la seconda come «un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) [che] viene rivalutato dal punto di vista clinico entro un anno dalla prima visita».

nei confronti di una semplice visita generica. Il valore monetario attribuito è stato quello minimo presente nel nomenclatore IPASVI.

AGP presenta un sistema meno dettagliato in quanto suddivide le prestazioni offerte soltanto in base all'apparato interessato.

La logica adottata è stata simile a ACI per le visite mediche, mentre le 806 prestazioni odontoiatriche sono state distribuite tra i tre diversi interventi valorizzati con le stesse proporzioni di ACI e le 105 *medicazioni ed iniezioni* sono state equamente divise tra *medicazioni semplici ed iniezioni*.

Tabella A.1 - Valorizzazione economica tramite metodo diretto (anno 2013)

Fonte	Codice	Descrizione prestazione	Num. prest.		Tariffa (€)	Val.ne econ.ca (€)	
			ACI	AGP		ACI	AGP
R. Pie.	89.7	Visita generale	3.781	2.497	20,70	78.267	51.688
R. Pie.	89.01	Visita di controllo	3.781	2.496	12,90	48.775	32.198
R. Pie.	88.75.1	Ecografia dell'addome inferiore	251	0	32,00	8.032	0
R. Pie.	88.78.2	Ecografia ginecologica	123	0	31,00	3.813	0
R. Pie.	88.75.2	Ecocolordoppler	33	0	20,00	660	0
R. Pie.	88.72.6	Ecocardiografia	6	0	71,80	431	0
ANDI		Otturazione in amalgama	1.269	676	80,00	101.520	54.080
ANDI		Gengivectomia/Gengivoplastica	63	34	180,00	11.340	6.120
ANDI		Pronto soccorso endodontico	182	96	70,00	12.740	6.720
IPASVI	032 T	Medicazione semplice	128	53	13,40	1.715	710
IPASVI	033 T	Medicazione complessa	135	0	26,80	3.618	0
IPASVI	017 T	Iniezione	121	52	8,38	1.014	436
		Totale	9.873	5.904		271.925	151.952

Fonte: elaborazione propria su dati delle strutture

Da notare che il peso relativo delle prestazioni odontoiatriche sul totale della valorizzazione economica è pari al 46,2% per ACI ed al 44% per AGP, pur essendo pari solo a rispettivamente il 15,3% ed il 13,6% delle prestazioni offerte.

Allegato 2. Schemi di intervista

Soggetto intervistato: responsabile ambulatorio medico del volontariato

1. Storia dell'associazione e dell'ambulatorio:

- a) Anno e circostanze della nascita dell'associazione
- b) Anno e circostanze della nascita dell'ambulatorio
- c) Mission dell'ambulatorio

2. Organizzazione del servizio

- a) Modalità d'accesso al servizio (requisiti, orario, prenotazione)
- b) Luogo di domicilio/residenza dei pazienti
- c) Servizi offerti
- d) Canali attraverso cui i pazienti conoscono il servizio
- e) Tappe del percorso all'interno della struttura
- f) Criticità tipiche durante la visita medica
- g) Criticità organizzative
- h) Personale presente
- i) Presenza di un sistema informativo (dati rilevati)
- j) Progetti attivi

3. Rapporti con gli attori esterni:

- a) Collaborazione con gli altri ambulatori del privato sociale
- b) Collaborazioni con altre associazioni no profit (progetti o fornitura materiali)
- c) Partecipazione al GrIS
- d) Relazione coi centri ISI
- e) Misure in vostro favore richieste al settore pubblico

Soggetto intervistato: responsabile centro ISI

1. Organizzazione del servizio

- a) Modalità d'accesso al servizio (requisiti, orario, prenotazione)
- b) Presenza di domanda inappropriata
- c) Servizi offerti
- d) Canali attraverso cui i pazienti conoscono il servizio
- e) Tappe del percorso all'interno della struttura
- f) Criticità tipiche durante la visita medica
- g) Criticità organizzative
- h) Personale presente
- i) Dati anagrafici e clinici rilevati, supporto utilizzato
- j) Progetti attivi

2. Rapporti con gli attori esterni:

- a) Collaborazione con altri centri ISI
- b) Livello di integrazione con gli altri servizi del settore pubblico
- c) Collaborazione con gli ambulatori del privato sociale
- d) Collaborazioni con altre associazioni no profit (progetti o fornitura materiali)

Allegato 3. Elenco completo delle persone che hanno contribuito alla tesi

#	Ente	Figura	Contributo
1	Associazione Camminare Insieme	Presidente	Dati e domande
2	Associazione Camminare Insieme	Socio-volontario	Intervista
3	Associazione Camminare Insieme	Socio-volontario	Dati
4	Associazione Camminare Insieme	Socio-volontario	Dati
5	Associazione Camminare Insieme	Volontario	Domande
6	Sermig – ambulatorio	Responsabile	Intervista
7	Sermig – ambulatorio	Volontario	Dati
8	Croce Rossa Italiana - ambulatorio	Responsabile	Intervista e dati
9	Croce Rossa Italiana - ambulatorio	Volontario	Domande
10	ASL TO1 – Centro ISI	Responsabile	Intervista
11	ASL TO2 – Centro ISI	Responsabile	Intervista e dati
12	ASL TO2 – ASO Maria Vittoria	Medico	Dati
13	Regione Piemonte – Assessorato Sanità	Funzionario	Domande
14	GrlS Piemonte	Portavoce	Domande

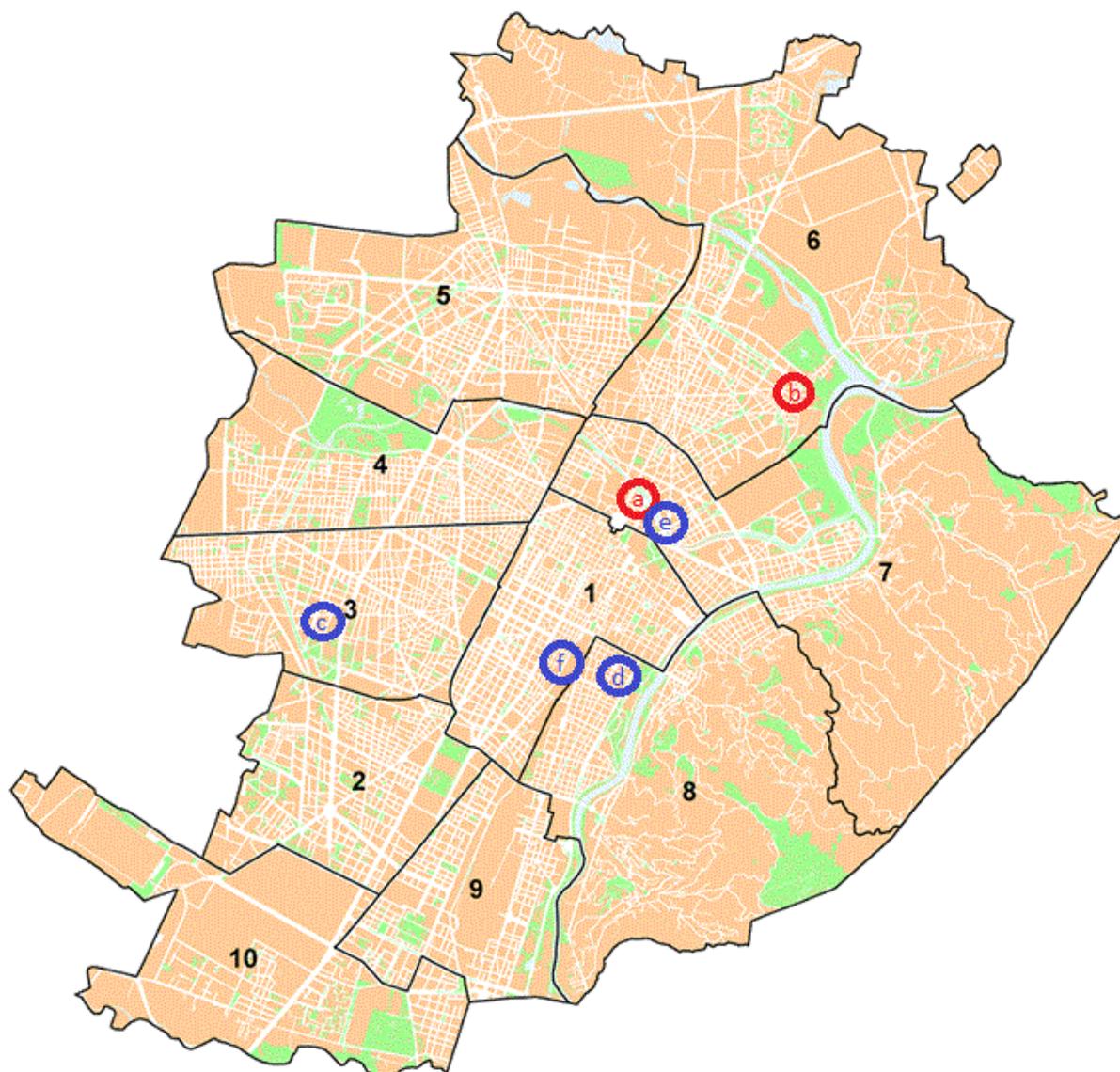
Legenda:

Intervista – il soggetto ha risposto alle domande contenute nell'allegato 2;

Domande – il soggetto ha risposto ad alcune domande specifiche riguardanti l'organizzazione per cui lavora;

Dati – il soggetto ha fornito dati riguardanti l'organizzazione per cui lavora.

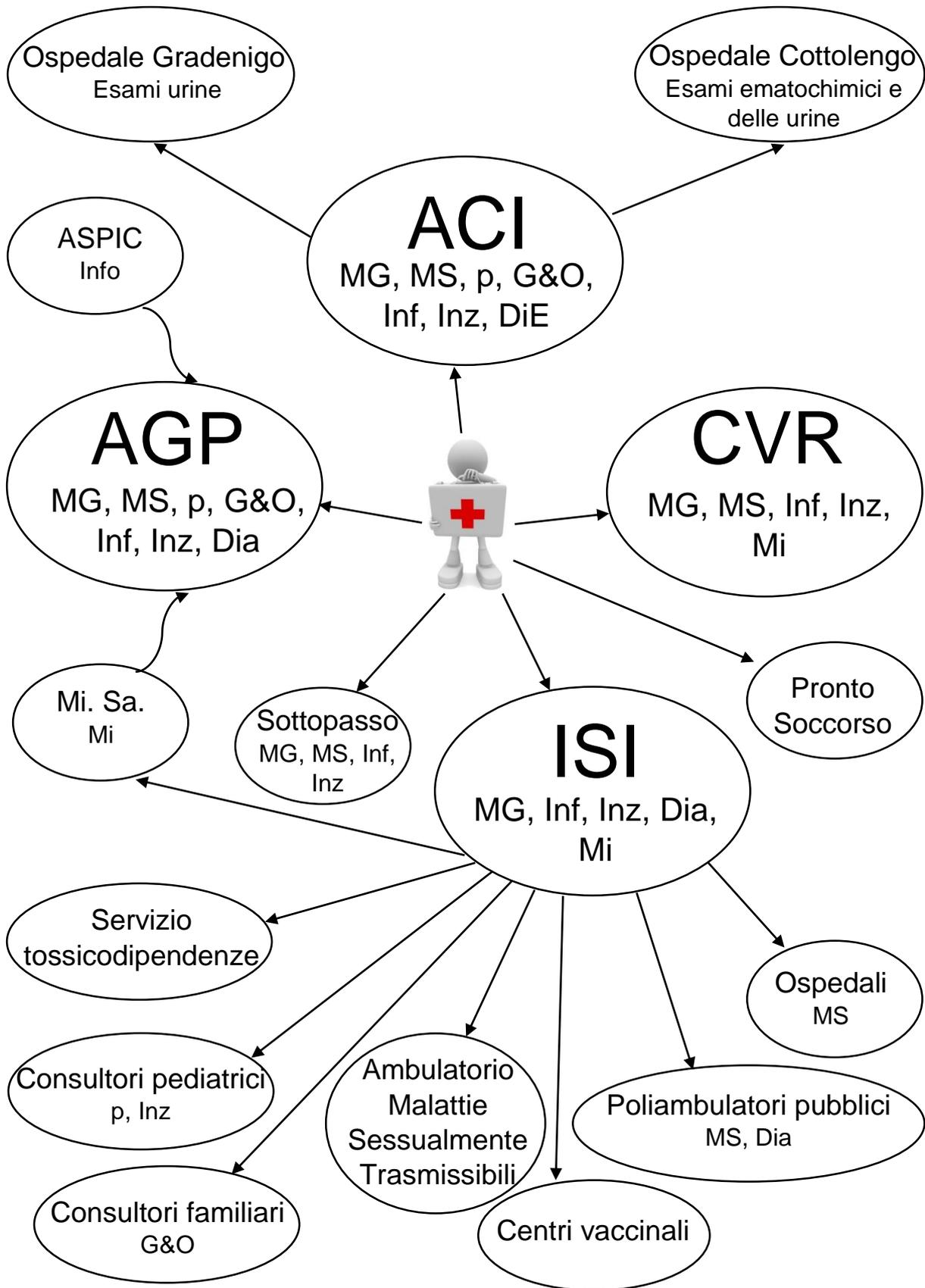
Allegato 4. Mappa di Torino con circoscrizioni ed indicazione degli ambulatori medici



La città è suddivisa in dieci circoscrizioni ed ogni lettera indica la localizzazione di ciascun ambulatorio pubblico e del privato sociale descritto nel corso della tesi:

- a. ACI e AGP
- b. CVR
- c. Centro ISI 1 (ASL TO1)
- d. Centro ISI 2 (ASL TO1) [solo mediazione]
- e. Centro ISI 3 (ASL TO2)
- f. Ambulatorio *Sottopasso* (ASL TO1)

Allegato 5. I servizi sanitari a disposizione degli stranieri irregolari



Fonte: Guida ai Servizi Sanitari per Immigrati (LDF, 2012b).

Lo schema della pagina precedente mostra le strutture che offrono risposta ai bisogni sanitari degli stranieri irregolari (simboleggiati da un omino).

Le frecce indicano i percorsi possibili tra le strutture presenti. Si noti che non sono mostrati gli invii reciproci di pazienti tra ACI, AGP, CVR ed ISI. Si è reso necessario adottare questo accorgimento per evitare sovrapposizioni tra le frecce, in modo da non complicare la comprensione dello schema. Le frecce curve indicano dipendenti di un'organizzazione che compiono il proprio lavoro presso una sede terza.

All'interno degli ovali, si è riportato il nome della struttura e le prestazioni da essa offerte (laddove esse non risultino chiare nome della stessa).

Dalla lettura dello schema emerge chiaramente il triplice ruolo dei centri ISI: ambulatorio medico di base, *gatekeeper* per l'assistenza specialistica ed accompagnamento agli altri nodi della rete sanitaria pubblica.

Legenda: Medicina Generale (MG), Prestazioni specialistiche (MS), Pediatria (p), Ginecologia ed ostetricia (G&O), Assistenza infermieristica (Inf), Terapia iniettiva (Inz), Diagnostica strumentale e di laboratorio (Dia), Diagnostica ecografica (DiE) Diagnosi e cura delle malattie infettive (Mi).

Bibliografia

- Abel, G.J., Sander, N. (2014). Quantifying global international migration flows. *Science*, 343(6178): 1520-1522.
- Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo (2000). Migrazioni e salute in Italia. In: *Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*. Dossier di ricerca. Volume II. Convegno internazionale. Roma 12-14 luglio 2000. Disponibile online <http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Articoli/salute_immigrati_dossier_giubileo_00.pdf> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Ambrosini, M. (2013). *Immigrazione irregolare e welfare invisibile*. Bologna: Il Mulino.
- Auser (2012). Indagine sulle RSA in Italia. *Quotidianosanita.it*. Disponibile online <<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3485654.pdf>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Barbera, A., Fusaro, C. (2008). *Corso di diritto pubblico*. Bologna: Il Mulino.
- Bollini, P., Siem, H. (1995). No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science & Medicine*, 41(6): 819-828.
- Bollini, P., Pampallona, S., Wanner P., Kupelnick B. (2009). Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine*, 68(3): 452-461.
- Bonvicini, L., Broccoli, S., D'Angelo, S., Cancela, S. (2011). L'accesso al Pronto Soccorso nella Provincia di Reggio Emilia: un confronto tra la popolazione immigrata e italiana. *Epidemiologia e Prevenzione*, 35(5-6): 250-266.
- Borghi, P. (2009). La salute psicosociale dei lavoratori stranieri: un'indagine nazionale. *Autonomie locali e servizi sociali*, (2): 267-282.
- Borgonovi, E., Compagni, A. (2012). Più salute per tutti. Anche così si supera la crisi. *ViaSarfatti25*. Disponibile online <<http://www.viasarfatti25.unibocconi.it/notizia.php?idArt=9416>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Caritas e Migrantes (2013). *XXII Rapporto Immigrazione 2012*. Todi: Tau Editrice.
- Caritas e Migrantes (2014). *XXIII Rapporto Immigrazione 2013*. Todi: Tau Editrice.
- Carletti, P., De Giacomi, G. V., Barbini, N. (2014). Cosa sappiamo sui costi dell'assistenza sanitaria agli immigrati?. *Quotidianosanita.it*. Disponibile online <<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3012570.pdf>> [ultimo accesso: 01/11/14].

- Centro Einaudi (2014). *Semi di fiducia. XV Rapporto "Giorgio Rota" su Torino*. Disponibile online <<http://www.rapporto-rota.it/rapporti-su-torino/2014-semi-di-fiducia.html>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- CNEL e ISTAT. Osservatorio sull'Economia Sociale (2011). *La valorizzazione economica del lavoro volontario nel settore nonprofit*. Disponibile online <http://www.cnel.it/29?shadow_ultimi_aggiornamenti=3333> [ultimo accesso: 01/11/14].
- CNEL e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2013). *Indici di integrazione degli immigrati in Italia – IX Rapporto*. Disponibile online <http://www.cnel.it/29?shadow_ultimi_aggiornamenti=3484> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Consiglio d'Europa (2007). *Dichiarazione di Bratislava su salute, diritti umani e migrazione*, 23 novembre 2007, 8° conferenza dei Ministri della salute europei. Bratislava: Consiglio d'Europa.
- Dalla Zuanna, G., De Rose A. (2013). *Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea*. Bologna: Il Mulino.
- Devillanova, C. (2008). Social networks, information and health care utilization: Evidence from undocumented immigrants in Milan. *Journal of health economics*, 27(2): 265-286.
- Devillanova, C. (2013). *Inequities in immigrants' access to health care services: Disentangling potential barriers*. Ricerca non pubblicata. Università Bocconi.
- El-Hamad, I. (2007). La salute degli immigrati: ieri, oggi e domani. *Tendenze nuove*, (1): 39-44.
- Eurostat (2014). *Total fertility rate*. Disponibile online <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tsdde220>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Fondazione ISMU (2014). *XIX rapporto sulle migrazioni 2013*. Milano: FrancoAngeli.
- Fossarello, L. (2008/09). *Disparità di trattamento in corsia. Una ricerca*. Tesi di laurea specialistica discussa presso l'Università di Torino. Disponibile online <<http://www.camminare-insieme.it/VECCHIOSITO/relazioni/tesiLuca.pdf>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Gallo, C. E. (2002). *La riforma della sanità italiana: verso una welfare community?* Intervento ai corsi delle Scuole di sussidiarietà, Torino. Disponibile online

- http://www.fga.it/fileadmin/storico/pdf/scuole_sussidiarieta/Gallo.pdf> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Geraci, S. (2007). La salute degli immigrati: luci ed ombre. In: Caritas e Migrantes. *XVII Dossier Statistico sull'immigrazione*. Todi: Tau Editrice.
- Geraci, S. (2009). *La salute: diritto inalienabile, bene indivisibile*. Presentazione PowerPoint. Disponibile online <http://www.caritas.it/materiali/Italia/immigrazione/Relazione_Geraci.pdf> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Geraci, S., Baglio, G. (2012). Salute degli immigrati. In: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. *XI Rapporto Osservasalute – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Disponibile online, con registrazione <<http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2011/11>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Geraci, S., Bonciani, M., Martinelli, B. (2010). La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali. *Quaderni di InformaArea*, (7).
- Geraci, S., El-Hamad, I. (2011). Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre. *Italian Journal of Public Health*, 8(3S3): S14-S20.
- Geraci, S., Marceca, M. (2006). Il ruolo del volontariato. *Monitor*, (18): 26-45.
- Grantmakers In Health (2003). In the Right Words: Addressing Language and Culture in Providing Health Care. *Grantmakers In Health Bulletin*, (18): 1-54.
- ILO (2010). *International labour migration. A rights-based approach*. Ginevra: ILO.
- ILO (2011). *Manual on the Measurement of Volunteer Work*. Ginevra: ILO.
- INAIL (2012). *Rapporto Annuale 2011. Parte quarta/statistiche. Infortuni e malattie professionali*. Milano: INAIL.
- IOM (2013a). *International Migration, Health and Human Rights*. Ginevra: IOM.
- IOM (2013b). *World migration report 2013. Migrant well-being and development*. Ginevra: IOM
- IOM (2014). *Fatal Journeys. Tracking Lives Lost during Migration*. Ginevra: IOM.
- IOM e UNHCR (2013). *Ministerial Conference on Refugee Protection and International Migration: The Almaty Process*. Summary Report. Almaty. 5 giugno 2013.
- ISS. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Reparto di Epidemiologia delle malattie infettive (2013). *Malattie infettive e accesso alle vaccinazioni tra i migranti*. Disponibile online

- <<http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/InfettiveIntro.asp>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- ISTAT (2011). *Il futuro demografico del Paese*. Roma: ISTAT. Disponibile online <<http://www.istat.it/it/files/2011/12/futuro-demografico.pdf>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- ISTAT (2014). *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari*. Roma: ISTAT. Disponibile online <<http://www.istat.it/it/archivio/110879>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- LDF (2012a). La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino. *Rapporti di ricerca LDF* (01). Disponibile online <www.labdf.eu/pubblicazioni/rapporti> [ultimo accesso: 01/11/14].
- LDF (2012b). *Guida ai Servizi Sanitari per Immigrati*. Disponibile online <<http://www.comune.torino.it/pass/informadisabile/files/2012/02/guida-ai-servizi-sanitari-per-immigrati-1.pdf>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Marceca, M. (2008). La salute degli stranieri tra fatti, contraddizioni e cambiamenti. In: Fondazione ISMU. *XIII Rapporto sulle migrazioni 2007*. Milano: FrancoAngeli.
- Marchisio, U. (2014). *Stranieri in Pronto Soccorso: una finestra sui bisogni e una porta per il dialogo*. Presentazione PowerPoint. Corso su “salute globale”. Torino. 19-23 maggio 2014.
- Marcon, G. (2011). *Le organizzazioni di terzo settore e il sistema di protezione sociale: visione sistemica e profili evolutivi*. Presentazione PowerPoint. Disponibile online <http://www.anteas.tv.it/files/CPT_APS_Terzosettore_Evol_Marcon.pdf> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Merotta, V. (2011). Welfare e politiche regionali: chi decide che cosa. In: Pasini, N. (a cura di). *Confini irregolari. Cittadinanza sanitaria in prospettiva comparata e multilivello*. Milano: FrancoAngeli.
- Ministero dell'Interno (2007). *Primo rapporto sugli immigrati in Italia*. Disponibile online <http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/15/0673_Rapporto_immigrazione_BARBAGLI.pdf> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Ministero dell'Interno (2011). *Quarto rapporto del Ministero dell'Interno sui consigli territoriali 2009*. Disponibile online <http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/21/0164_quarto_rapporto_Cons_Terr_Immig.pdf> [ultimo accesso: 01/11/14].

- Ministero dell'Interno. (2014a). *I centri dell'immigrazione*. Disponibile online <<http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/temi/immigrazione/sottotema006.html>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Ministero dell'Interno (2014b). *Centri di identificazione ed espulsione (CIE)*. Disponibile online <http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/28_2014/2014_10_01_cartina_centro_cie.pdf> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Ministero della Salute (2013a). *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2012*. Disponibile online <http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2094> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Ministero della Salute (2013b). *Certificato di Assistenza al Parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - anno 2010*. Disponibile online <http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2024> [ultimo accesso: 01/11/14].
- MIUR – Ufficio di Statistica (2013). *Gli alunni stranieri nel sistema scolastico italiano. A.S. 2012/13*. Disponibile online <http://www.istruzione.it/allegati/Notiziario_Stranieri_12_13.pdf> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Morandi, I., Pugliese, A. (2013). *La valutazione economica dell'assistenza sanitaria erogata agli immigrati: metodologia e primi risultati*. Progetto CCM “La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali”. Disponibile online <http://www.agenas.it/images/agenas/ricerca/agenas_ccm_corrente_finalizzata/EA/La%20Salute%20pop%20immigrata/1_La_valutazione_economica_dellassistenza_sanitaria_erogata_agli_immigrati.pdf> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Osservatorio economia civile (2013), *I numeri delle organizzazioni di volontariato in provincia di Torino*. Disponibile online <http://www.provincia.torino.gov.it/speciali/2013/volontariato/dwd/i_numeri_del_volontariato_2013.pdf> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ Azienda Regionale Sanitaria Marche (2008). *Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali*. Disponibile online <http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_report.pdf> [ultimo accesso: 01/11/14].

- Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (2007). *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe*. Disponibile online <<http://picum.org/picum.org/uploads/file /Access to Health Care for Undocumented Migrants.pdf>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Ponzini, G., Pugliese, E. (2008). *Un sistema di welfare mediterraneo. Rapporto Irpps-Cnr sullo Stato sociale in Italia 2007-2008*. Roma: Irpps/Donzelli.
- Provincia di Arezzo e Oxfam Italia (2011). *Servizi sanitari e immigrazione: accesso, utilizzo, criticità. Il punto di vista degli utenti stranieri*. Disponibile online <<http://www.provincia.aretzo.it/politichesociali/upload/files/Report%20n.33%20-%20Servizi%20sanitari%20e%20immigrazione.doc>> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Riedel, E. (2009) The Human Right to Health: Conceptual Foundations. In: Clapham, A. e Robinson, M. *Realizing the Right to Health*. Swiss Human Rights Book, 3:36. Zurigo: Rüffer & Rub.
- Rosoli, G. (1978). *Un secolo di emigrazione italiana 1876-1976*. Roma: Centro studi emigrazione.
- Ruotolo, G. (2014). Sbarcati centomila migranti dall'inizio dell'anno. *La Stampa*, 13 agosto 2014: 15.
- Salamon, L. (2010), Intervento alla II Conferenza di CSVnet. Roma, 26 ottobre 2010. In: CNEL e ISTAT. Osservatorio sull'Economia Sociale (2011). *La valorizzazione economica del lavoro volontario nel settore nonprofit*.
- Scarcella, C., Pezzoli M. C., Scolari, C., Indelicato, A. M., Lonati, F., El-Hamad, I. (2004). L'esperienza del Centro di Salute Internazionale e Medicina Transculturale di Brescia nell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati provenienti da paesi extra-Comunità Europea. *Tendenze nuove*, (4-5): 361-384.
- Semenzin, M. (2007/08). *La salute in migrazione. Uno studio sulle traiettorie di accesso ai servizi sanitari: il caso di Sokos*. Tesi di laurea specialistica discussa presso l'Università di Bologna. Disponibile online <http://www.sokos.it/pdf/tesi/salute_migrazione.pdf> [ultimo accesso: 01/11/14].
- Testi A., Ivaldi E. (2008). L'esercizio del diritto alla tutela della salute: accesso degli immigrati ai servizi sanitari in regione Liguria. In: Costanzo P., Mordegli S. e Trucco L. (a cura di). *Immigrazione e diritti umani nel quadro legislativo attuale*. Annali della Facoltà di Giurisprudenza di Genova: 115-132. Milano: Giuffrè.

UN (2003). *Handbook of Non-Profit Institutions in the System of National Accounts*. New York: UN publications.

UNDESA (2013). *World population prospects: the 2012 revision*. Disponibile online <<http://esa.un.org/wpp/index.htm>> [ultimo accesso: 01/11/14].

UNFPA (2008). *State of world population 2007. Unleashing the Potential of Urban Growth*. New York: UNFPA.

WHO (2014). *The determinants of health*. Disponibile online <<http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>> [ultimo accesso: 01/11/14].