



AFSSL ACCADEMIA
DI FORMAZIONE PER IL SERVIZIO
SOCIOSANITARIO LOMBARDO

Il paziente senza tessera sanitaria: una realtà sommersa. La possibile presa in carico e gestione

Tesi del Corso triennale di formazione specifica in Medicina generale

Dott. Massimo Maccalli

Triennio 2015-2018

Polo Didattico ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo

Milano, Gennaio 2019 (sessione ordinaria)

Il paziente senza tessera sanitaria

Il paziente senza tessera sanitaria: una realtà sommersa.
La possibile presa in carico e gestione

Tesi del Corso triennale di formazione specifica in Medicina
generale

Triennio 2015-2018

Dott. Massimo Maccalli

Polo Didattico ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo

Relatore: dr.ssa Anna Pozzi

Milano, Gennaio 2019, sessione ordinaria

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

Il paziente senza tessera sanitaria

*A Margherita,
la mia puzzolina*

INDICE

ABSTRACT	9
1) INTRODUZIONE	11
2) MIGRANTI NEL MONDO	13
I DATI E I FATTI DELLE MIGRAZIONI NEL MONDO	14
EVOLUZIONE E LIVELLO DELLE MIGRAZIONI	15
3) MIGRANTI IN ITALIA	19
UNO SGUARDO GENERALE	19
PIANO NAZIONALE DI INTEGRAZIONE	24
IL PROFILO DI SALUTE DEGLI IMMIGRATI REGOLARI	26
IL PROFILO DI SALUTE DEGLI IMMIGRATI IRREGOLARI	26
4) DISTRIBUZIONE DEGLI IMMIGRATI NELLA PROVINCIA DI BERGAMO	29
STRANIERI IRREGOLARI NELLA PROVINCIA DI BERGAMO	33
5) MIGRANTE: UN DETERMINANTE FATTORE DI RISCHIO	35
6) LEGISLAZIONE ITALIANA E SSN	37
LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)	40
ASSISTENZA SANITARIA PER CITTADINI STRANIERI	42
7) BARRIERE ALL'ACCESSO ALLA SALUTE	47
STP PER EXTRACOMUNITARI	47
ESENZIONE DAL TICKET	48
INTRACOMUNITARI SENZA TEAM	48
LE DIFFICOLTA DI ACCESSO ALLA SALUTE	51
SENZA FISSA DIMORA E MARGINALITA	53
8) SIMM	55
LA RETE E I GRIS	56
OIKOS	56
9) SCOPO DELLO STUDIO	59
10) MATERIALI E METODI	61
SELEZIONE DEI DATI	61
INTERVISTA A MEDICI DI MEDICINA GENERALE	61
METODOLOGIA DI STUDIO	62
METODOLOGIA STATISTICA	62
11) RISULTATI	63
PAZIENTI STRANIERI SENZA TESSERA SANITARIA AFFERITI AL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO	63
PAZIENTI SENZA TESSERA SANITARIA AFFERITI ALL'AMBULATORIO PER MIGRANTI DI OIKOS	69
12) DISCUSSIONE	79

CRITICITA DELLO STUDIO	79
ANALISI DEI RISULTATI	79
13) CONCLUSIONI	89
BIBLIOGRAFIA	91
SITOGRAFIA	95

Abstract

Il fenomeno migratorio è una realtà non ignorabile. Nel territorio italiano sono presenti (talora stabilmente) stranieri immigrati irregolari che per svariati motivi non possono ottenere la tessera sanitaria e quindi accedere al Sistema Sanitario Nazionale. La problematica delle patologie a carattere cronico tra questi pazienti non trova nei modelli attuali di offerta sanitaria un adeguato approccio con conseguenti accessi in pronto soccorso e ricoveri per riacutizzazioni.

È stata analizzata in particolare la situazione nella provincia di Bergamo dove l'associazione di volontariato Oikos Onlus mette a disposizione un servizio di ambulatorio di medicina generale per migranti in grado di sopperire in parte a tale problematica. L'analisi dei database dei pazienti afferiti nel 2017 a Oikos e quelli afferiti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo hanno messo in luce un trend in aumento dell'età media degli stranieri irregolari con un conseguente aumento delle patologie a carattere cronico.

Gli accessi impropri in Pronto Soccorso, così come i ricoveri ospedalieri per patologie croniche riacutizzate, talora per mancanza di una terapia adeguatamente assunta, evidenzia la necessità di garantire un'assistenza sanitaria di base, in conformità con i LEA, a tutti gli stranieri indipendentemente dal loro status giuridico. Nel contesto delle migrazioni infatti, la salute degli stranieri irregolari si presenta come quella maggiormente vulnerabile, per il sommarsi degli effetti delle condizioni di partenza e di viaggio, e per la marginalità in cui molti di loro vivono nel nostro Paese. Sul piano della sanità pubblica, emerge il tema dell'accessibilità dei servizi come nodo centrale delle diverse azioni di tutela.

Le interviste a medici di medicina generale della provincia di Bergamo effettuate su questo argomento hanno mostrato una buona disponibilità dei medici a prendere in carico questi pazienti offrendo spunti e criticità su un possibile modello organizzativo in grado di superare il problema.

1) Introduzione

Il fenomeno migratorio è una realtà non ignorabile. Nel territorio italiano sono presenti (talora stabilmente) soggetti immigrati irregolari che per svariati motivi non possono ottenere la tessera sanitaria e quindi accedere al Sistema Sanitario Nazionale (SSN). La problematica delle patologie a carattere cronico tra questi pazienti non trova nei modelli attuali di offerta sanitaria un adeguato approccio con conseguenti accessi in pronto soccorso e ricoveri per riacutizzazioni.

In Italia, il diritto d'asilo è garantito dall'articolo 10, comma 3, della Costituzione:

“Lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge”.

Secondi i dati riportati nel International Migrant Report del 2015 dall'Organizzazione delle nazioni unite (ONU), in Italia vivono 5 milioni di stranieri residenti che rappresentano l'8,3% della popolazione totale al 31 dicembre 2015 e nel mondo i migranti internazionali hanno raggiunto i 244 milioni. Questo comporta notevoli implicazioni sul tema della salute come pilastro irrecusabile e indiscutibile da assicurare indiscriminatamente che rischia di franare come ha ricordato l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definendo l'attuale situazione “un'importante emergenza sanitaria”.

Nell'accordo Stato-Regioni del 2013 si evidenzia l'impegno ad assicurare tra cittadini italiani e migranti la parità di trattamento per ciò che concerne l'assistenza sanitaria e l'accesso alle cure per i soggetti più vulnerabili. Tale concetto si fonda sull'articolo 32 della Costituzione italiana che riconosce la tutela della salute come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Le diseguaglianze di salute nelle popolazioni immigrate sono intrinsecamente legate al rischio di esclusione sociale e povertà. Perciò occuparsi della salute di tutte le persone che vivono nel nostro paese, qualsiasi sia la loro provenienza o cittadinanza, permette di attuare interventi di salute pubblica nell'accezione più ampia del termine.

Ma a causa di ostacoli amministrativi e malgrado le leggi vigenti, per i migranti in possesso di un titolo di soggiorno o senza, le possibilità di accesso alle cure si riducono, in particolare quelle di medicina generale: ne consegue che i Pronto Soccorso ospedalieri sono spesso l'unica modalità di accesso al Servizio Sanitario Nazionale.

2) Migranti nel mondo

In un mondo sempre più interconnesso, la migrazione internazionale è diventata una realtà che tocca quasi tutti gli angoli del globo. I trasporti moderni hanno reso più facile, meno costosa e più veloce la mobilità delle persone in cerca di lavoro, opportunità, istruzione e qualità della vita. Allo stesso tempo, conflitti, povertà, disuguaglianza e mancanza di mezzi di sussistenza sostenibili costringono le persone a lasciare la propria casa per cercare un futuro migliore per sé e per le proprie famiglie all'estero.

Se sostenuta da politiche adeguate inclusive e sostenibili, la migrazione può contribuire alla crescita economica sia nella comunità d'origine che in quella ospitante. Nel 2016, i migranti provenienti dai paesi in via di sviluppo hanno inviato a casa circa 413 miliardi di dollari in rimesse. Le rimesse costituiscono una fonte significativa di reddito familiare che migliora i mezzi di sussistenza delle famiglie e delle comunità attraverso investimenti in istruzione, sanità, servizi igienici, alloggi e infrastrutture. I paesi di destinazione traggono notevoli benefici dalla migrazione, in quanto i migranti spesso colmano importanti lacune di manodopera, creano posti di lavoro come imprenditori e pagano le tasse e i contributi sociali. Alcuni migranti sono tra i membri più dinamici della società di accoglienza, contribuendo allo sviluppo della scienza e della tecnologia e arricchendo le comunità di accoglienza attraverso la diversità culturale.

Nonostante i notevoli benefici della migrazione, alcuni migranti rimangono tra i membri più vulnerabili della società. I migranti sono spesso i primi a perdere il lavoro in caso di recessione economica. Alcuni lavorano con una retribuzione inferiore, per orari più lunghi e in condizioni peggiori rispetto ai lavoratori nativi. Mentre la migrazione è spesso un'esperienza di *empowerment*, alcuni migranti subiscono violazioni dei diritti umani, abusi e discriminazioni. I migranti, in particolare donne e bambini, possono essere vittime della tratta di esseri umani e delle esecrabili forme di sfruttamento che essa comporta.

L'Agenda per lo sviluppo sostenibile del 2030, con il suo impegno a non lasciare indietro nessuno, riconosce che la migrazione internazionale è di grande importanza per lo sviluppo dei paesi di origine, di transito e di destinazione, e richiede risposte coerenti e complete. Nell'Agenda, i governi si sono impegnati a "facilitare una migrazione ordinata, sicura, regolare e responsabile e la mobilità delle persone, anche attraverso l'attuazione di politiche migratorie pianificate e ben gestite" (obiettivo SDG 10.7). L'Agenda 2030 cerca anche di ridurre le tasse sul trasferimento delle rimesse, di promuovere gli standard lavorativi per i lavoratori migranti e di eliminare la tratta di esseri umani.

Nel tentativo di affrontare i grandi movimenti di rifugiati e migranti, il 19 settembre 2016, l'Assemblea Generale ha adottato la Dichiarazione di New York per i rifugiati e i migranti che chiede lo sviluppo di due compacti globali nel 2018. Un patto per i rifugiati, che sarà preparato sotto gli auspici dell'Agenzia delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR), e un patto sulla migrazione che sarà negoziato dall'Assemblea Generale. Il patto sulla migrazione sarà presentato per l'adozione in una conferenza intergovernativa che si terrà nel 2018. Mentre i

patti saranno sviluppati attraverso processi distinti, la dichiarazione di New York ha riaffermato l'impegno degli Stati membri a proteggere i diritti umani di tutti i migranti, indipendentemente dallo status. La dichiarazione ha approvato una serie di impegni che si applicano sia ai rifugiati che agli altri migranti, nonché una serie separata di impegni per i rifugiati e per gli altri migranti.

Dati precisi, coerenti e tempestivi sulla migrazione internazionale sono essenziali per valutare le tendenze attuali e future e per fissare le priorità politiche. Per seguire sistematicamente i livelli e le tendenze delle migrazioni internazionali nel mondo, la Divisione Popolazione del Dipartimento degli affari economici e sociali delle Nazioni Unite prepara, a intervalli regolari, stime del numero di migranti internazionali disaggregati per età, sesso, paese di destinazione e paese di origine per tutti i paesi e le aree del mondo, nonché relazioni analitiche per valutare lo stato attuale dei migranti internazionali e delle migrazioni nel mondo.

I dati e i fatti delle migrazioni nel mondo

- Il numero di migranti internazionali nel mondo ha continuato a crescere rapidamente negli ultimi anni, raggiungendo i 258 milioni nel 2017, contro i 220 milioni del 2010 e i 173 milioni del 2000.

- Oltre il 60% di tutti i migranti internazionali vive in Asia (80 milioni) o in Europa (78 milioni). L'America settentrionale ha ospitato il terzo maggior numero di migranti internazionali (58 milioni), seguita da Africa (25 milioni), America Latina e Caraibi (10 milioni) e Oceania (8 milioni).

- Nel 2017, due terzi (67%) di tutti i migranti internazionali vivevano in appena venti paesi. Il maggior numero di migranti internazionali (50 milioni) risiedeva negli Stati Uniti d'America. Arabia Saudita, Germania e la Federazione Russa hanno ospitato il secondo, terzo e quarto numero di migranti nel mondo (circa 12 milioni ciascuno), seguita dal Regno Unito di Gran Bretagna e Irlanda del Nord (quasi 9 milioni).

- Nel 2016, il numero totale di rifugiati e richiedenti asilo nel mondo è stato stimato a 25,9 milioni. La Turchia ha ospitato la più grande popolazione di rifugiati nel mondo, con 3,1 milioni di rifugiati e richiedenti asilo, seguita dalla Giordania (2,9 milioni), dallo Stato della Palestina (2,2 milioni), dal Libano (1,6 milioni) e dal Pakistan (1,4 milioni).

- Nel 2017, dei 258 milioni di migranti internazionali nel mondo, 106 milioni sono nati in Asia. L'Europa è stata la regione di nascita del secondo maggior numero di migranti (61 milioni), seguita dall'America Latina e Caraibi (38 milioni) e dall'Africa (36 milioni).

- Nel 2017, l'India è stato il maggiore paese di origine dei migranti internazionali (17 milioni), seguita dal Messico (13 milioni). Altri paesi d'origine con grandi popolazioni migranti sono la Federazione russa (11 milioni), la Cina (10 milioni), il Bangladesh (7 milioni), la Repubblica araba siriana (7 milioni), il Pakistan e l'Ucraina (6 milioni ciascuno).

Il paziente senza tessera sanitaria

- Le donne rappresentano poco meno della metà di tutti i migranti internazionali. La quota di donne migranti è scesa dal 49% nel 2000 al 48% nel 2017. Le donne migranti sono più numerose degli uomini in Europa, America settentrionale, Oceania, America latina e Caraibi, mentre in Africa e Asia, in particolare in Asia occidentale, i migranti sono prevalentemente uomini.

- Nel 2017, l'età media dei migranti internazionali in tutto il mondo era di 39 anni, in leggero aumento rispetto ai 38 anni del 2000. Tuttavia, in alcune regioni, la popolazione migrante si sta ringiovanendo. Tra il 2000 e il 2017, l'età media dei migranti internazionali è diminuita in Asia, America Latina e Caraibi e Oceania.

- Tra il 2000 e il 2015, la migrazione netta positiva ha contribuito al 42 per cento della crescita demografica osservata in Nord America e al 31 per cento in Oceania. In Europa, invece di crescere del due per cento, la dimensione della popolazione sarebbe diminuita dell'uno per cento in assenza di un afflusso netto di migranti.

- Dalla International Conference on Population and Development del 1994, la questione delle migrazioni internazionali e del loro rapporto con lo sviluppo è sempre più all'ordine del giorno della comunità internazionale. L'Agenda per lo sviluppo sostenibile per il 2030 comprende diversi obiettivi in materia di migrazione e invita a riesaminare regolarmente i progressi compiuti verso il loro conseguimento utilizzando dati disaggregati, tra l'altro, in base allo status migratorio.

- In risposta ai grandi movimenti di rifugiati e di altri migranti, il 19 settembre 2016 l'Assemblea generale ha adottato la Dichiarazione di New York per i rifugiati e i migranti. La dichiarazione chiede lo sviluppo di due patti globali, entrambi da adottare nel 2018. Mentre una proposta di patto per i rifugiati è in fase di elaborazione sotto gli auspici dell'Agenzia delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR) e sarà presentata nel 2018 all'esame degli Stati membri, l'elaborazione del patto sulle migrazioni è guidata dall'Assemblea Generale.

- La ratifica di cinque strumenti giuridici delle Nazioni Unite in materia di migrazione internazionale, sebbene stia procedendo, rimane disomogenea. Al settembre 2017, 37 Stati membri hanno ratificato tutti e cinque gli strumenti giuridici, mentre 13 Stati membri non ne hanno ratificato nessuno.

Evoluzione e livello delle migrazioni

L'evoluzione del numero di migranti internazionali varia notevolmente da paese a paese. Tra il 2000 e il 2017, il numero di migranti internazionali è aumentato in 172 paesi o aree del mondo. In 70 di questi Paesi, la popolazione migrante è cresciuta di meno del 2% annuo. In 102 Paesi o aree, tuttavia, il ritmo di crescita nel periodo 2000-2017 è stato notevolmente più rapido, con 21 Paesi o aree che hanno registrato un tasso medio annuo di crescita del 6% o più. Tra i Paesi o le aree che hanno registrato il tasso di crescita più rapido in questo periodo sono stati l'Angola,

il Qatar e il Cile. In 56 paesi o aree, invece, la popolazione dei migranti internazionali è diminuita nel periodo 2000-2017. In 35 Paesi o aree, il ritmo del declino è stato inferiore al 2% annuo. In 21 paesi o aree, tuttavia, lo stock internazionale di migranti si è ridotto più rapidamente, con 5 paesi o aree che hanno registrato un calo medio superiore al 4% annuo.

Il livello globale di spostamento forzato attraverso i confini internazionali continua ad aumentare. Alla fine del 2016, il numero totale di rifugiati e richiedenti asilo nel mondo era stimato a 25,9 milioni, pari al 10,1% di tutti i migranti internazionali. Le regioni in via di sviluppo hanno ospitato l'82,5% dei rifugiati e dei richiedenti asilo nel mondo. Nel 2016, la Turchia ha registrato il maggior numero di rifugiati, ospitando circa 3,1 milioni di rifugiati e richiedenti asilo. Il paese ha registrato l'aumento più significativo della popolazione di rifugiati dal 2000, quando ha ospitato poco più di 3.000 rifugiati. Nel 2016, il secondo paese di asilo è stata la Giordania, che ha ospitato circa 2,9 milioni di rifugiati, seguita dallo Stato della Palestina (2,2 milioni), dal Libano (1,6) e dal Pakistan (1,4 milioni). Anche la Germania (1,3 milioni) e l'Uganda (1,2 milioni) hanno ospitato oltre un milione di rifugiati e richiedenti asilo nel 2016. Dato che la grande maggioranza dei rifugiati è ospitata dai paesi in via di sviluppo e che molti rifugiati risiedono nei paesi di primo asilo da oltre un decennio, vi è l'urgente necessità di condividere in modo più equo l'onere e la responsabilità di accogliere e prendersi cura dei rifugiati.

La migrazione avviene principalmente tra Paesi che si trovano all'interno della stessa regione del mondo. Nel 2017, la maggior parte dei migranti internazionali provenienti da Europa (67%), Asia (60%), Oceania (60%) e Africa (53%) risiedono in un Paese situato nella loro regione di nascita. Al contrario, i migranti internazionali provenienti dall'America Latina e dai Caraibi (84%) e dal Nord America (72%) risiedono principalmente al di fuori della loro regione di nascita.

Tra il 2000 e il 2017, la quota di migranti internazionali che risiedevano in un paese situato nella loro regione di nascita è aumentata in Asia, Europa, America Latina, Caraibi e Oceania. Al contrario, per i migranti nati in Africa e Nord America, è aumentata la percentuale di coloro che vivono in un paese al di fuori della loro regione di nascita.

L'Asia è l'origine del maggior numero di persone che vivono al di fuori della loro regione di nascita. Nel 2017, c'erano 42 milioni di migranti internazionali nati in Asia, ma che vivono altrove. Di questi, la maggior parte dei migranti internazionali viveva in Europa (20 milioni), seguita dall'America settentrionale (17 milioni) e dall'Oceania (3 milioni). I migranti nati in America Latina e nei Caraibi rappresentavano il secondo gruppo in ordine di grandezza, con 32 milioni di persone che vivevano al di fuori della loro regione di nascita. La maggior parte di questi migranti viveva in America settentrionale (26 milioni) e in Europa (5 milioni). L'Europa ha registrato il terzo maggior numero di persone che vivono al di fuori della loro regione di nascita (20 milioni). I migranti di origine europea risiedevano principalmente in America settentrionale (8 milioni), Asia (7 milioni) e Oceania (3 milioni).

A livello globale, i venti paesi o aree di origine più grandi rappresentano quasi la metà (49%) di tutti i migranti internazionali, mentre un terzo (34%) di tutti i migranti internazionali proviene solo da dieci paesi. L'India è oggi il Paese con il maggior numero di persone che vivono fuori dai

Il paziente senza tessera sanitaria

confini nazionali ("diaspora"), seguita dal Messico, dalla Federazione Russa e dalla Cina. Nel 2017, 16,6 milioni di persone provenienti dall'India vivevano in un altro paese, contro i 13,0 milioni del Messico. Altri Paesi con significative popolazioni "diaspora" sono la Federazione Russa (10,6 milioni), la Cina (10,0 milioni), il Bangladesh (7,5 milioni), la Repubblica Araba Siriana (6,9 milioni), il Pakistan (6,0 milioni) e l'Ucraina (5,9 milioni). Dei venti maggiori paesi o aree di origine dei migranti internazionali, undici si trovavano in Asia, sei in Europa e uno ciascuno in Africa, America Latina e Caraibi e America del Nord.

Tra il 2000 e il 2017, il numero di migranti internazionali in alcuni "corridoi" regionali è cresciuto molto rapidamente. L'America del Nord è stata una delle destinazioni in più rapida crescita per i migranti provenienti dall'Africa, con un tasso di crescita medio annuo del 4,9 per cento, che rappresenta un aumento di 1,5 milioni di migranti, mentre il numero di migranti nati in Asia è aumentato del 4,2 per cento all'anno nello stesso periodo (+2 milioni).

Il numero di immigrati asiatici in Oceania è aumentato del 4,6% all'anno (+1,7 milioni) e in Nord America del 2,6% all'anno (+6,7 milioni). Dal 2000, il numero di migranti internazionali dall'America Latina e dai Caraibi residenti in Europa è aumentato del 5,7% all'anno (+2,8 milioni).

Per le persone nate in Europa, una delle destinazioni in più rapida crescita è stata l'Africa (3,5% annuo). Analogamente, il numero di migranti provenienti dal Nord America residenti in America Latina e nei Caraibi ha registrato un importante aumento relativo (3,1 per cento all'anno). In parte, questi movimenti riflettono il ritorno dei migranti con figli nati all'estero.

Seppur in numero limitato in termini assoluti, la destinazione in più rapida crescita per i migranti internazionali nati in Oceania e in America Latina e nei Caraibi è stata l'Africa, con un aumento annuo del 7% (rispettivamente 15.000 e 22.000 migranti).

I movimenti migratori tra coppie di paesi sono definiti "corridoi bilaterali". Il corridoio bilaterale più grande nel 2017 è stato quello tra il Messico e gli Stati Uniti d'America. Quest'ultimo ha ospitato il 98% di tutti gli individui nati in Messico (12,7 milioni) residenti all'estero. Altri esempi in cui i corridoi bilaterali rappresentano una quota maggiore del numero totale di migranti internazionali provenienti da Paesi di origine specifica sono i migranti provenienti dall'Algeria in Francia, dal Burkina Faso in Costa d'Avorio, da Cuba e El Salvador negli Stati Uniti d'America e dalla Nuova Zelanda in Australia. Al contrario, un numero simile di migranti dall'India risiede ora in diversi paesi di destinazione, tra cui gli Emirati Arabi Uniti (3 milioni), gli Stati Uniti d'America e l'Arabia Saudita (2 milioni ciascuno). Anche le persone nate in diversi paesi dell'ex Unione Sovietica, tra cui la Federazione Russa e l'Ucraina, sono distribuite in modo più uniforme tra i paesi di destinazione. A causa del conflitto nella Repubblica araba siriana, la popolazione siriana in Turchia è passata da poco meno di 5.000 persone nel 2000 a 3,3 milioni nel 2017.

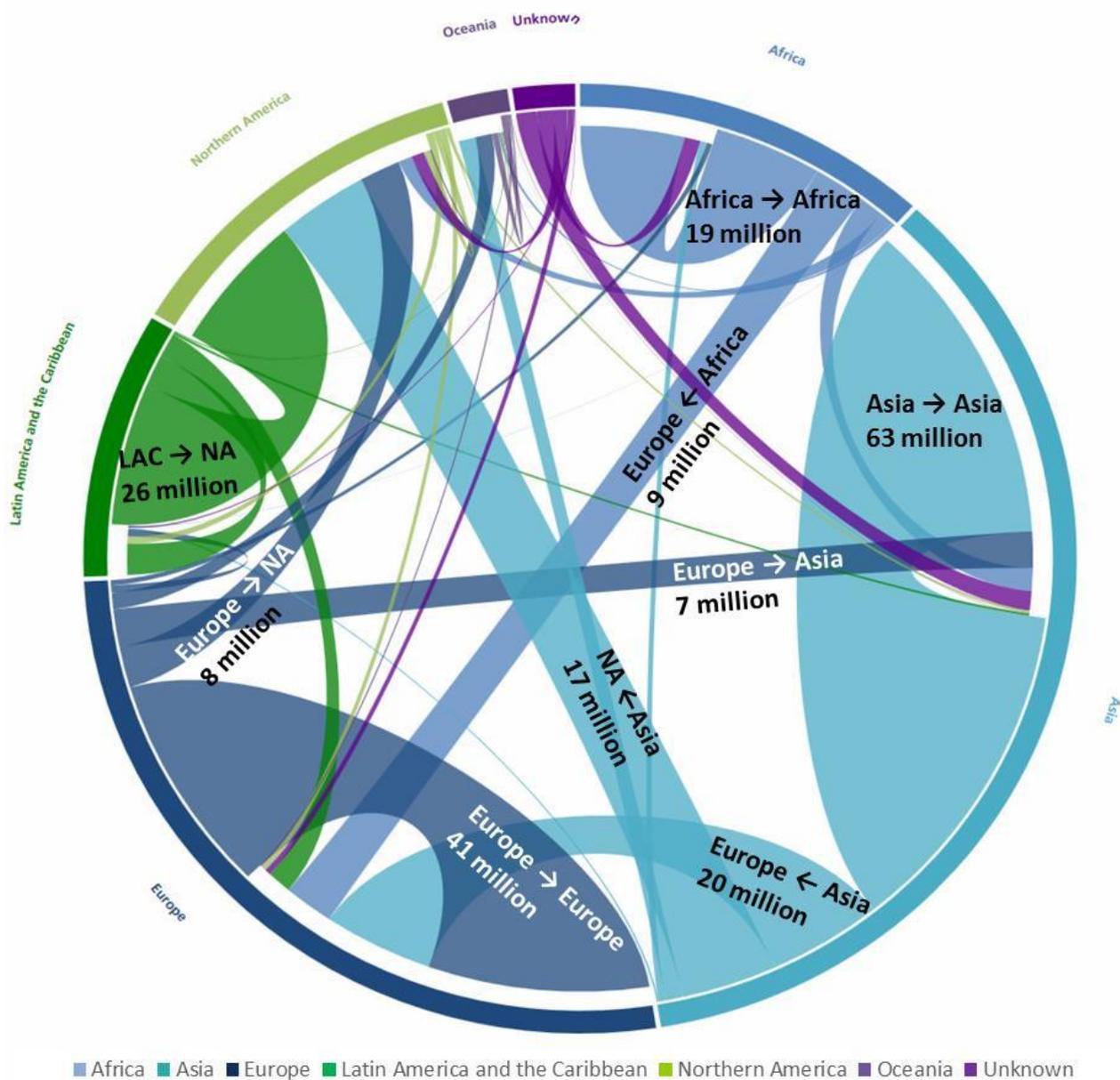


Figura 1: Numero di migranti internazionali classificato in base alla regione di origine e destinazione. NA si riferisce a Nord America, LAC si riferisce ad America Latina e Caraibi. Fonte: International Migrant Report, United Nations (2017a)

3) Migranti in Italia

La grande eterogeneità delle caratteristiche dell'immigrazione straniera in Italia rendono il fenomeno dell'immigrazione particolarmente complesso da inquadrare. Oggi si usa tanto distinguere tra migranti "economici", coloro che scelgono di lasciare il proprio paese per trovare condizioni di vita migliori, e migranti "forzati", coloro che fuggono da situazioni diverse di crisi. Si tratta di definizioni molto vaghe, spesso intersecabili tra loro e che non tengono conto della complessità delle storie di ciascun migrante.

Allo stesso modo la distinzione tra migranti "regolari" e "irregolari": secondo l'Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM) per migrazione irregolare s'intende "un movimento che avviene al di fuori delle norme vigenti nei Paesi di provenienza, transito e arrivo". Dunque sono irregolari quei cittadini extracomunitari sprovvisti di visto di ingresso o permesso di soggiorno in corso di validità. Ma anche in questo caso la distinzione tra regolari e irregolari non è mai così netta: lo status giuridico può cambiare anche più volte nel corso della vita di uno straniero. Ad esempio per la perdita di un lavoro, l'accesso alle sanatorie, il mancato rinnovo del permesso di soggiorno, o l'accettazione o diniego della richiesta di protezione internazionale.

Non si possono dunque applicare rigidamente le categorizzazioni per comprendere i fenomeni sanitari dal momento che non considerano gli individuali percorsi di vita e le traiettorie delle migrazioni, che sono importanti e fondamentali determinanti di salute.

Uno sguardo generale

Al 1° gennaio 2017 la popolazione straniera in Italia è stimata in 5.958.000 unità. Di queste, l'85% sono residenti, regolarmente iscritti all'anagrafe del proprio comune, mentre 420.000 sono - attualmente - non residenti regolari e 491.000 hanno lo status di immigrazione irregolare.

Confrontando questi numeri con quelli registrati alla stessa data nel 2016 si rileva un aumento delle presenze sia in termini assoluti (+87.000), sia in termini di densità di popolazione, che è passata dal 9,58% al 9,72%. Quest'ultimo risultato risente anche dell'ulteriore diminuzione del numero totale dei residenti totali registrati in Italia nel corso del 2016 (-76.000).

La leggera variazione positiva delle presenze straniere in Italia sembra essere dovuta principalmente alla crescita degli immigrati irregolari (+56.000), derivante principalmente da coloro che, arrivati illegalmente via mare, rimangono sul suolo italiano e non hanno potuto o non hanno voluto chiedere il permesso di soggiorno.

In ogni caso, bisogna tener presente che nel 2016 l'aumento dei residenti stranieri è stato in gran parte frenato da un drammatico aumento di coloro che hanno raggiunto la cittadinanza italiana, fenomeno che ha portato a 202.000 cancellazioni dal registro degli stranieri solo nel 2016. Infatti, sulla base dei soli movimenti naturali (nascite-morte) e migratori (immigrati-emigranti), l'aumento dei residenti stranieri nel 2016 non sarebbe stato di sole 21.000 unità, come suggerisce la differenza globale, ma di 223.000 unità, il che indica un aumento di 289.000

unità. La variazione "reale" di queste ultime va quindi corretta come segue: da un modesto +1,5%, derivante dall'aumento del loro numero su base strettamente matematica, si arriverebbe a +5%, comprese le perdite dovute al cambiamento di status. Una variazione in linea con i dati del biennio precedente (2014-2015), escludendo le nuove cittadinanze, ed equivalente ad un tasso di crescita significativo: un dato che potrebbe potenzialmente portare al raddoppio della popolazione corrispondente nell'arco di circa 20 anni.

Nel lungo periodo, la probabilità di una crescita così intensa non sembra (o non sembra più) probabile per il futuro dell'Italia. O meglio, non sembra un risultato probabile se le dinamiche che abbiamo recentemente osservato persistono. Secondo i dati generati dalla Fondazione ISMU - estrapolando le tendenze del periodo 2014-2016 - si stima che l'aumento della popolazione straniera residente in Italia (regolarmente iscritta agli uffici dello stato civile) si ridurrà sempre più, raggiungendo un massimo di 5.374.000 unità alla fine del 2033, per poi iniziare una fase di relativa stabilità intorno ai 5.300.000 residenti.

Inoltre, è interessante notare che, secondo la stessa fonte, le variazioni più significative previste per i residenti stranieri in Italia a seconda dell'età sono, da un lato, la crescita significativa di una coorte più "matura", a partire dai 50 anni ma con un picco particolarmente intorno ai 65 anni; dall'altro, una riduzione significativa sia della coorte dei 35-49 anni che dei minori di 15 anni. Infatti, mentre l'area di crescita indica che stiamo assistendo ai primi segni del processo di invecchiamento demografico, che chiaramente non ha risparmiato la popolazione straniera, al contrario, la riduzione del numero di giovani adulti e bambini è probabilmente il risultato di massicce acquisizioni dello status di cittadinanza o attraverso la "naturalizzazione", nella fascia di età 35-49 anni, o attraverso la "trasmissione" dello status dai genitori ai figli (ex art.14 legge 91/1992).

L'aumento significativo del numero di nuovi cittadini è quindi un processo che è ampiamente in corso e sembra destinato a continuare nei prossimi anni anche senza modifiche dell'attuale quadro normativo. Secondo un modello di stima recentemente sviluppato dalla Fondazione ISMU sono previsti 620.000 nuovi cittadini nel 2017-2019 e poco più di 2.000.000 nuovi cittadini nel decennio 2017-2026. Nel complesso, secondo le stime sulla popolazione residente straniera e sulle componenti che ne determinano l'evoluzione, si può osservare come nel periodo 2017-2026, pur consentendo un leggero aumento del flusso netto di immigrati rispetto agli ultimi tre anni (ma in linea con le stime sia dell'ISTAT che di EUROSTAT), i cambiamenti nello status di cittadinanza stanno effettivamente "calmierando" l'aumento dei residenti stranieri oltre i 6 milioni di riferimento.

Esaminando le diverse nazionalità degli immigrati che sono venuti a vivere in Italia attraverso una panoramica dei dati dell'Ufficio dello stato civile (aggiornati al 1° gennaio 2017), troviamo, ancora una volta, che i rumeni mantengono il primo posto, con 1.169.000 residenti (23,2% delle presenze totali). A seguire, abbiamo circa 450.000 albanesi (8,9%) e 420.000 marocchini (8,3%); in entrambi i casi con un calo di 15-20.000 residenti rispetto alla stessa data del 2016. La classifica conta poi 283.000 cinesi (5,6%) e 234.000 ucraini (4,4%), e poi filippini (3,3%), indiani (3%), moldavi (2,7%), bangladesi (2,4%) ed egiziani (2,2%).

Il paziente senza tessera sanitaria

Se l'ottenimento della cittadinanza italiana è uno dei grandi fattori di ridisegno della geografia della presenza straniera in Italia, non va tuttavia sottovalutato il parallelo sviluppo di nuovi flussi migratori internazionali che, sulla base di diversi progetti migratori, indirizzano la migrazione verso l'Italia. A questo proposito, la variazione dei residenti stranieri secondo le macroregioni di origine nel 2014-2016 indica tre grandi tendenze. Da un lato, le migrazioni provenienti dall'Europa e dal Nord Africa sembrano aver raggiunto un processo di maturazione che, come suggerito, sembra sempre più concludersi con l'acquisizione della cittadinanza italiana e, di conseguenza, nel contenimento/diminuzione del corrispondente numero di residenti. Generalmente più lento, ma nella stessa direzione, è il processo di maturazione delle migrazioni dall'Asia - con in primo piano il subcontinente indiano - la cui crescita numerica, ancora persistente, continua a riflettere gli insediamenti a carattere familiare e il cui status è ancora orientato al conseguimento di un permesso di soggiorno permanente.

Le migrazioni dall'Africa occidentale sono state certamente più dinamiche in termini di crescita e con caratteristiche del tutto diverse dal modello di insediamento familiare di altre nazionalità. Si è registrato un aumento dei residenti provenienti da Nigeria, Senegal e Ghana, ma anche da Paesi meno rappresentati, come il Gambia o il Mali, alimentato dall'afflusso di richiedenti asilo e aiuti umanitari tra il mezzo milione di persone sbarcate sulle coste italiane negli ultimi tre anni. L'Italia, in generale, continua a rappresentare un luogo più sviluppato e attraente rispetto ai paesi di origine dei migranti, anche se le migrazioni più recenti sembrano essere caratterizzate da un profilo di sviluppo medio "alla partenza" più dissimile da quello del paese di destinazione. Una distanza che, nel caso dei richiedenti asilo, appare enorme e crescente nel tempo. Appare quindi legittimo affermare che il cambiamento di nazionalità degli immigrati avvenuto nel corso degli ultimi anni sta portando in Italia persone con esperienze sempre più diverse rispetto al nuovo contesto di accoglienza e che, con ogni probabilità, la loro piena integrazione e inclusione nella società di accoglienza potrebbe rivelarsi più lunga e complessa.

In ogni caso, bisogna tener presente che, sebbene la pressione del Sud del mondo meriti la nostra attenzione - anche in termini di cause che lo producono - e richieda una gestione efficace, è vero anche che, se si considera la popolazione straniera italiana nel suo complesso, i livelli di immigrazione sono rimasti relativamente stabili rispetto al recente passato.

Il calo delle registrazioni di immigrazione "regolare/tradizionale", che si è verificato quasi ininterrottamente dal 2007 al 2014, ha trovato compensazione negli arrivi "non autorizzati" via mare. Parte dei quali, dopo i necessari controlli di stato, sono stati successivamente inclusi nel conteggio ufficiale dei flussi migratori in entrata (ISTAT, 2017) che, non a caso, sono relativamente stabili per il triennio 2014-2016.

Come si può notare, i dati quantitativi sulle presenze straniere in Italia - come quelli sulla densità migratoria - non sembrano evidenziare dinamiche o prospettive preoccupanti. I problemi, che certamente esistono, sono in gran parte qualitativi. Non c'è motivo, al momento, di parlare di invasione, ma vale la pena sottolineare un cambiamento delle presenze migratorie. Chi ha completato il proprio viaggio migratorio, passando dallo status di "pioniere" (lavoratore migrante) a membro o creatore di un insediamento familiare (popolazione migrante) sta uscendo di scena, lasciando il posto a chi è arrivato via mare, con un progetto migratorio molto

meno definito e un bagaglio formativo tipicamente più povero rispetto alla precedente "generazione" di immigrati.

D'altra parte, ciò che accomuna sia i "vecchi" che i "nuovi" immigrati è, ancora una volta, una motivazione economica. Guardando ai diversi Paesi di origine di coloro che sono sbarcati sulle coste italiane nel triennio 2014-2017 (fino al 22 agosto 2017), i dati ufficiali del Ministero dell'Interno - sulla base delle informazioni dichiarate dagli stessi immigrati - mostrano una significativa riduzione delle persone di origine mediorientale e un aumento di quelle provenienti dall'Africa subsahariana.

Gli immigrati siriani, che nel 2014 rappresentavano circa il 25% di tutti gli arrivi, sono scesi al 5% nel 2015 e nel 2016 non figurano tra le principali nazionalità.

Allo stesso tempo, la Nigeria è cresciuta significativamente in classifica (dal 5% nel 2014 al 21% nel 2016, ulteriormente confermato dal 17% del 2017), così come il Bangladesh.

Piuttosto che evocare scenari di invasione senza alcuna prova numerica a sostegno di tale affermazione, il messaggio che sembra provenire dagli ultimi dati sugli arrivi in Italia è un forte aumento di una componente - prevalentemente africana, ma non esclusivamente africana - che riflette l'esplosiva combinazione di guerre, regimi persecutori e (soprattutto) condizioni di estrema povertà. Il tutto in contesti di intensa crescita demografica, guidati da una popolazione giovane che, in un mondo globalizzato, appare sempre più consapevole della mancanza di prospettive e dell'esistenza di altre opportunità altrove, nonostante tali luoghi, come l'Italia, non abbiano - o abbiano a malapena - canali formali di ingresso aperti per motivi di lavoro.

Nonostante il clamore dei media e il vivace dibattito su questi temi, i dati statistici mostrano che la presenza straniera in Italia non ha subito grandi variazioni negli ultimi anni. Un ruolo importante è stato svolto dalle recenti acquisizioni di cittadinanza italiana; e questo avviene, paradossalmente, mentre c'è una deplorata mancanza di legislazione e si invocano cambiamenti a tutto tondo.

Le prospettive future sembrano confermare, almeno nel breve periodo, una certa stabilità, generata da una debole attrattiva per l'immigrazione "tradizionale" e da una maturazione significativa delle componenti più vecchie dell'immigrazione, accompagnata da cambiamenti di status. Il contrasto tra "vecchia" e "nuova" immigrazione e i diversi gradi di insediamento nella società ospitante sono molto evidenti nelle dinamiche relative al numero di presenze in termini di origine nazionale: Gli europei (e i nordafricani) sono diventati italiani, gli asiatici si sono stabiliti in attesa di un nuovo status di cittadinanza (italiana), mentre gli africani subsahariani sono ancora alla ricerca di un luogo in cui stabilirsi e vivere.

L'immigrazione rimane un fenomeno che coinvolge persone e famiglie e come tale deve essere affrontato con cura e comprensione. Una comprensione approfondita della realtà migratoria è il modo migliore per gestirla e coglierne il valore.

Il 2017 ha visto l'introduzione di molte nuove regole in relazione all'immigrazione, il cui obiettivo era principalmente quello di rispondere ai flussi di richiedenti asilo.

Il paziente senza tessera sanitaria

La normativa di più ampia portata è stata certamente la legge n. 47 (la cosiddetta "Legge Zampa"), riguardante i minori stranieri non accompagnati, che ha apportato una serie di modifiche alla normativa vigente in un'ottica di miglioramento della protezione (D'Odorico, Di Pascale, 2017). Una legge innovativa, certo, ma che ha comunque adottato un approccio tradizionale: per questo motivo e per il fatto che la questione specifica è una delle meno divisive in Italia nel campo dell'immigrazione, la legislazione non ha suscitato molte controversie.

Controversie che invece hanno circondato l'altra normativa fondamentale introdotta nel 2017, ossia il decreto legge n. 13 (cosiddetto "decreto Minniti-Orlando"), convertito dal Parlamento nella legge n. 46, che ha toccato aspetti molto delicati della disciplina dell'ingresso e del soggiorno degli stranieri.

La legge n. 47, come detto, ha adottato un approccio tradizionale. Sullo sfondo della Convenzione di New York del 1989, in base alla quale tutte le azioni riguardanti i bambini devono essere intraprese nell'interesse di questi ultimi e i principi enunciati nella Convenzione devono essere applicati a tutti i bambini senza discriminazioni.

Su tale base la legge n. 47 prevede innanzitutto che i minori stranieri non accompagnati godano di "parità di trattamento" con i minori italiani, fatta salva l'applicazione di una protezione speciale in ragione della loro "maggiore vulnerabilità".

Le preoccupazioni per l'enorme aumento delle domande di asilo e la necessità di fornire una qualche forma di assistenza in ogni caso ha spinto la questione dell'integrazione in secondo piano, quando in realtà dovrebbe essere una priorità assoluta per il futuro. Nei prossimi anni l'Italia avrà centinaia di migliaia di persone (per la maggior parte giovani provenienti dall'Africa subsahariana) da integrare nella società. Una sfida ardua. Sarà necessario rivedere attentamente le regole di accoglienza e ciò che segue, consapevoli dell'esistenza di evidenti difficoltà già emerse, come la scarsa istruzione, dall'apprendimento delle lingue, alla formazione professionale e alla ricerca di un lavoro, il che significa che il bisogno di aiuto persisterà ancora. In questo senso, una priorità deve essere quella di coordinare meglio l'azione del governo centrale, delle regioni e degli enti locali e di coinvolgere maggiormente il mondo imprenditoriale, incoraggiandolo a investire nell'integrazione dei richiedenti asilo.

UAMS Minori non accompagnati

Nei paesi europei, il fenomeno dei minori non accompagnati (UAMS) ha assunto negli ultimi anni una consistenza quantitativa crescente. In Italia, la politica di accoglienza di questi minori è stata definita come una politica "giovanile", che viene definita nel momento stesso in cui il fenomeno si manifesta. Inoltre, si tratta di un fenomeno che cambia incessantemente, cambiando dimensioni e caratteristiche, in un quadro di politiche comunitarie che a loro volta incidono sugli assetti nazionali.

In un quadro così fluttuante e instabile, vi sono molti aspetti che richiedono considerazioni specifiche. Tanto che la Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema di accoglienza, identificazione ed espulsione, ha ritenuto opportuno fissare in un documento lo stato dell'arte rispetto alla condizione di UAMS in Italia, con l'obiettivo di capire cosa è stato fatto, cosa sarebbe utile fare e come potrebbe essere fatto, per meglio rispondere a questa emergenza.

Al 31 agosto 2017 gli UAMS in Italia erano 18.479: 17.210 maschi (93,1%) e 1.269 femmine (6,9%).

Per quanto riguarda l'età, il 93,0% di essi ha 15-17 anni, il 6,4% ha 7-14 anni; lo 0,6% ha 1-6 anni. Per quanto riguarda la loro nazionalità, gli UAMS in Italia provengono principalmente dall'Africa settentrionale e centrale (oltre il 70%).

La maggior parte di loro è arrivata in Italia attraverso il Mar Mediterraneo: dal 1° gennaio al 31 agosto 2017, più di 13.000 UAMS sono sbarcati sulle coste italiane. Sono molti, ma, confrontando i dati relativi allo stesso periodo del 2016, si registra un calo del 21,6%. Considerando i dati su base mensile, va notato che la riduzione riguarda in particolare i tre mesi estivi, con una diminuzione degli sbarchi rispettivamente del 12,0% in giugno, del 60,7% in luglio e dell'81,9% in agosto.

La percentuale di UAMS sul totale dei minori stranieri approdati sulle coste italiane è rimasta comunque pressoché stabile: tra l'80-90%, confermando una migrazione prevalentemente individuale, composta prevalentemente da giovani maschi adulti, provenienti per lo più dall'Africa.

Per quanto riguarda invece le domande di protezione internazionale, al 15 settembre 2017, rispetto agli oltre 18.000 UAMS in Italia, solo uno su tre (6.455) ha presentato domanda: il 9% delle domande è stato accettato (protezione internazionale o sussidiaria) e il 70% è stato proposto per la protezione umanitaria.

Come è noto, spesso l'Italia non è la destinazione finale dei loro viaggi, ma solo il paese di transito per raggiungere altri paesi europei. Infatti, sono relativamente pochi i minori che chiedono protezione internazionale in Italia, mentre quelli che lasciano le strutture di accoglienza italiane continuano ad essere molti. Al 31 ottobre 2017, gli UAMS mancanti erano 5.509.

Piano Nazionale di Integrazione

In Italia, ai sensi del Testo Unico delle disposizioni in materia di immigrazione e condizione dei cittadini di Paesi terzi (TU 286/1998), la responsabilità della definizione e dell'attuazione dei piani di integrazione degli stranieri è di competenza delle Regioni. Il suo contributo finanziario avviene attraverso il fondo per le politiche migratorie (art. 45 del suddetto TU). Ciò è certamente in linea con la riforma del Titolo V della Costituzione italiana approvata nel 2001, che ha visto un notevole ampliamento dei compiti e delle funzioni delle Regioni e degli enti locali per una governance multilivello (MLG). In controtendenza rispetto a questo approccio, nel 2009, nell'ambito del cosiddetto "Pacchetto Sicurezza", è stata introdotta la prima normativa nazionale in materia di integrazione. Si chiama Accordo di integrazione. Nel settembre 2017, inoltre, il Ministero dell'Interno ha presentato il Piano nazionale di integrazione per i titolari di protezione internazionale. Tale documento, come evidenziato nella sua introduzione, "si concentra solo sui beneficiari di protezione; tuttavia, le strategie di intervento possono essere considerate come il primo passo verso un sistema integrato e inclusivo anche per gli altri cittadini

Il paziente senza tessera sanitaria

stranieri regolarmente soggiornanti nel Paese". La questione migratoria ha evidenziato una contraddizione latente nel sistema: da un lato la riforma costituzionale di cui sopra ha portato al decentramento delle politiche sociali, dall'altro l'immigrazione (e l'integrazione dei cittadini stranieri) è diventata un tema primario per il governo nazionale (Campomori, Caponio, 2016). La gestione dei fondi europei (in particolare del Fondo Fei e, attualmente, del Fondo AMIF) è entrata a far parte di questo contesto. Oggi questi fondi rappresentano strumenti essenziali per determinare le azioni a favore dell'integrazione.

Il 26 settembre 2017 il Ministero dell'Interno ha presentato il primo Piano Nazionale di Integrazione per i titolari di protezione internazionale, elaborato dal Consiglio Nazionale di Coordinamento, come richiesto dal D.Lgs 18 del 21 febbraio 2014.

Il piano nasce dalla premessa che, per attivare un percorso virtuoso di integrazione, non basta un'accoglienza iniziale accettabile, ma è necessario stabilire disposizioni specifiche per facilitare l'inserimento nella società di accoglienza e l'accettazione dei suoi valori. L'integrazione viene quindi definita come un percorso che non può escludere l'accettazione dei principi e dei valori della Costituzione italiana e, in particolare, dell'uguaglianza di genere, del rispetto della laicità dello Stato, del rispetto della libertà personale.

In questa cornice, il documento definisce una serie di priorità:

1. Sostenere il dialogo interreligioso attraverso l'attualizzazione del Patto nazionale per l'Islam a livello locale, promuovere corsi di formazione per gli esponenti delle comunità religiose, apertura di luoghi di culto;
2. Facilitare l'accesso all'istruzione e alla cultura, rendere obbligatori i corsi di lingua italiana nei centri di accoglienza, promuovere sul territorio corsi di formazione per adulti;
3. Promuovere strumenti di formazione e valorizzazione professionale, facilitare la partecipazione a tirocini, promuovere l'avvio di imprese e l'accesso al Servizio Civile Nazionale;
4. Semplificare l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale, promuovendo misure preventive e migliorando la formazione del personale medico;
5. Promuovere l'accesso alle case e alle residenze, compresi i titolari di protezione internazionale nei piani regionali e locali di emergenza abitativa, e mappare i beni pubblici per la riassegnazione delle case.
6. Promuovere la partecipazione e la cittadinanza attiva, favorendo la partecipazione al volontariato sul territorio e favorendo la socializzazione;
7. Prevenire e contrastare la discriminazione, sviluppando la rete di centri antidiscriminazione e sperimentando la mediazione delle comunità e/o dei quartieri in cui si trovano i centri SPRAR.

Il piano si dimostra in continuità con l'approccio nato con la Carta dei Valori che, introdotta dall'Accordo di Integrazione, è considerata un precedente importante. In questo senso, questo nuovo documento conferma in generale l'adesione al suddetto paradigma di integrazione civica, ponendo l'accento sull'importanza dell'accettazione dei valori della società di accoglienza e dell'apprendimento della seconda lingua, quali pilastri del processo di integrazione.

Il profilo di salute degli immigrati regolari

Recenti studi statistici hanno messo in luce come il profilo di salute degli stranieri immigrati è migliore di quello della popolazione nativa per un meccanismo di selezione (effetto “migrante sano”), soprattutto applicabile a chi è immigrato per un motivo di lavoro o di studio (migrante economico). In alcuni gruppi invece, come i rifugiati e i richiedenti asilo, la salute può essere più compromessa a causa delle motivazioni che hanno portato tali persone alla ricerca di asilo. Infine il gruppo dei parenti che si riuniscono per ragioni di ricongiungimento presentano uno stato di salute media non molto dissimile da quella dei nativi.

Tuttavia l’effetto migrante sano viene a scomparire man mano che passa il tempo a causa di fattori come le sfavorevoli condizioni di vita o di lavoro che caratterizzano le carriere degli immigrati assieme ai processi di acculturazione verso stili di vita più insalubri.

In ogni caso, lo svantaggio sociale, rappresentato dal basso stato socioeconomico, risulta essere in modo significativo il vero determinante dello svantaggio di salute e di accesso alle cure.

Esistono forti criticità nel produrre evidenze sullo stato di salute e sul ricorso ai servizi sanitari degli stranieri presenti in Italia, sia per la presenza di sole stime di immigrati irregolari per i quali non esistono dati ufficiali, sia per quanto riguarda gli stranieri regolarmente residenti per i quali, ad esempio, i due principali sistemi di rilevazione demografica dell’Istat (Strasa e P.3) forniscono dati disgiunti e non incrociabili.

Il profilo di salute degli immigrati irregolari

Se per gli immigrati regolari, seppure con diverse criticità di raccolta dati, è comunque possibile elaborare una statistica copiosa, per quanto riguarda gli immigrati irregolari la situazione è molto più complessa. Ma nonostante ciò è possibile delineare un quadro epidemiologico coerente con quello documentato sui regolari.

Anche in questo caso il quadro, per i migranti “economici”, appare condizionato dall’effetto migrante sano: chi decide di emigrare è in buone condizioni di salute. La bassa occorrenza di patologie infettive di importazione tra gli immigrati prova tale teoria.

Inoltre un secondo meccanismo di selezione è il fenomeno per cui gli immigrati anziani o malati tendono a far ritorno al proprio paese di origine, il cosiddetto “effetto salmone”.

Tali spinte selettive dovrebbero contribuire a mantenere alto il livello di salute della popolazione immigrata. Tuttavia, soprattutto sui migranti irregolari, agiscono fattori di rischio legati alla condizione di precarietà e allo svantaggio socioeconomico che si determina quando i processi di integrazione e le misure di tutela tardano o non vengono messi in atto. Alcuni studi infatti hanno evidenziato come le condizioni di salute degli immigrati irregolari siano peggiori rispetto agli italiani e agli immigrati regolari.

Appare poi evidente la relazione tra salute e la possibilità di accedere ai servizi. Il decentramento politico-amministrativo avviato con la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 ha portato a un’estrema eterogeneità nelle garanzie di accesso ai livelli essenziali di assistenza nei vari

Il paziente senza tessera sanitaria

contesti regionali e locali. Ma, laddove l'accesso alle cure è assicurato e sostenuto senza discriminazioni legate allo status giuridico, questo si è dimostrato un fattore positivo in grado di migliorare le condizioni di salute.

Diversi studi segnalano poi l'elevato rischio di perdita al follow-up tra gli stranieri rispetto agli italiani e una bassa compliance ai protocolli terapeutici traducendosi così in un mancato completamento delle cure e dei percorsi terapeutici che tra gli stranieri irregolari è addirittura 5 volte più elevato rispetto agli italiani.

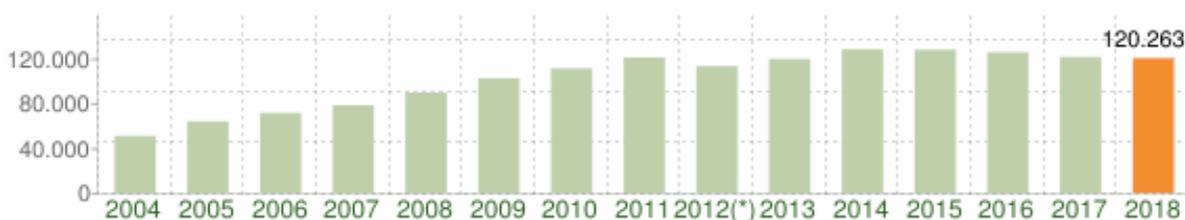
Secondo una revisione sistematica condotta nel 2015 a livello europeo, vi è un minore ricorso alle cure da parte degli immigrati irregolari (soprattutto donne in gravidanza e bambini nelle prime fasi della vita) e un più basso accesso alle misure di prevenzione. Questo ha portato a un carico assistenziale superiore (e tendenzialmente inappropriato) per le strutture di pronto soccorso, con conseguente lievitazione dei costi sanitari. Dalla revisione è emerso anche un rischio maggiore di traumatismi legati a condizioni di lavoro nero, senza alcuna tutela e in situazioni di forte sfruttamento.

Anche tra i migranti "forzati", ossia i profughi, si evidenzia l'effetto "migrante sano" per quanto riguarda le patologie infettive di importazione. Ma il disagio psichico che grava su tali gruppi di migranti dovuto alle violenze subite in patria o durante il viaggio raggiunge percentuali allarmanti e alcuni studi evidenziano come oltre la metà dei profughi soffra di patologie psichiche, in particolare di disturbi post-traumatici da stress con un'incidenza maggiore nei bambini.

4) Distribuzione degli immigrati nella provincia di Bergamo

Secondo i dati Istat nella provincia di Bergamo al 1° Gennaio 2018 sono residenti 120.263 immigrati equivalenti al 10,8% della popolazione residente.

Suddividendo per macroaree di provenienza il 37,2% è originario dell'Est Europa, il 19,2% dell'Asia, il 34,0% dell'Africa e il 19,2% dell'America Latina.



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2018

PROVINCIA DI BERGAMO - Dati ISTAT 1° gennaio 2018 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Figura 2: Andamento della popolazione con cittadinanza straniera residente nella provincia di Bergamo secondo i dati Istat. Fonte: Cittadini stranieri 2018 – provincia di Bergamo

<https://www.tuttitalia.it/lombardia/provincia-di-bergamo/statistiche/cittadini-stranieri-2018/> [data di accesso 18/10/2018]

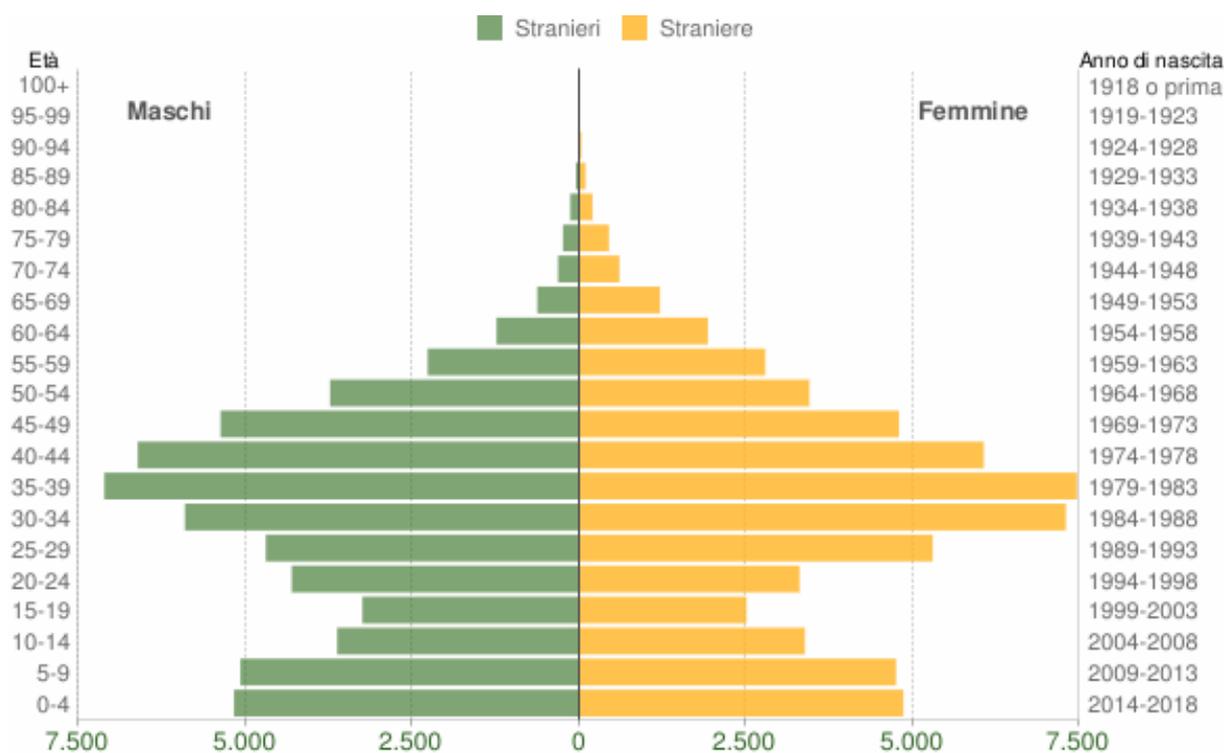
Più nel dettaglio la percentuale di stranieri residenti maggiormente rappresentata proviene dal Marocco con il 14,7%, seguito dalla Romania con il 14,1%, dall'Albania con il 9,4%, dal Senegal con il 8,3%, dall'India con il 8,2%, dalla Bolivia con il 4,9%, dall'Ucraina con il 4,3% e dal Pakistan con il 4,0%.

In base all'età e al sesso abbiamo una quasi equivalenza nel numero di maschi e femmine con una percentuale dell'83,8% di soggetti di età inferiore ai 50 anni.

Età	Stranieri			
	Maschi	Femmine	Totale	%
0-4	5.169	4.861	10.030	8,3%
5-9	5.074	4.752	9.826	8,2%
10-14	3.624	3.385	7.009	5,8%
15-19	3.249	2.511	5.760	4,8%
20-24	4.307	3.306	7.613	6,3%
25-29	4.694	5.304	9.998	8,3%
30-34	5.908	7.300	13.208	11,0%
35-39	7.115	7.462	14.577	12,1%
40-44	6.615	6.066	12.681	10,5%
45-49	5.372	4.798	10.170	8,5%
50-54	3.731	3.452	7.183	6,0%
55-59	2.268	2.792	5.060	4,2%
60-64	1.237	1.931	3.168	2,6%
65-69	623	1.215	1.838	1,5%
70-74	315	608	923	0,8%
75-79	239	447	686	0,6%
80-84	129	203	332	0,3%
85-89	46	97	143	0,1%
90-94	14	33	47	0,0%
95-99	4	7	11	0,0%
100+	0	0	0	0,0%
Totale	59.733	60.530	120.263	100%

Tabella 1: Distribuzione per sesso ed età della popolazione straniera residente nella provincia di Bergamo secondo i dati Istat al 1° Gennaio 2018. Fonte: Cittadini stranieri 2018 – provincia di Bergamo <https://www.tuttitalia.it/lombardia/provincia-di-bergamo/statistiche/cittadini-stranieri-2018/> [data di accesso 18/10/2018]

Il paziente senza tessera sanitaria



Popolazione per cittadinanza straniera per età e sesso - 2018

PROVINCIA DI BERGAMO - Dati ISTAT 1° gennaio 2018 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Figura 3: Distribuzione per sesso e età della popolazione straniera residente nella provincia di Bergamo secondo i dati Istat al 1° Gennaio 2018. Fonte: Cittadini stranieri 2018 – provincia di Bergamo <https://www.tuttitalia.it/lombardia/provincia-di-bergamo/statistiche/cittadini-stranieri-2018/> [data di accesso 18/10/2018]

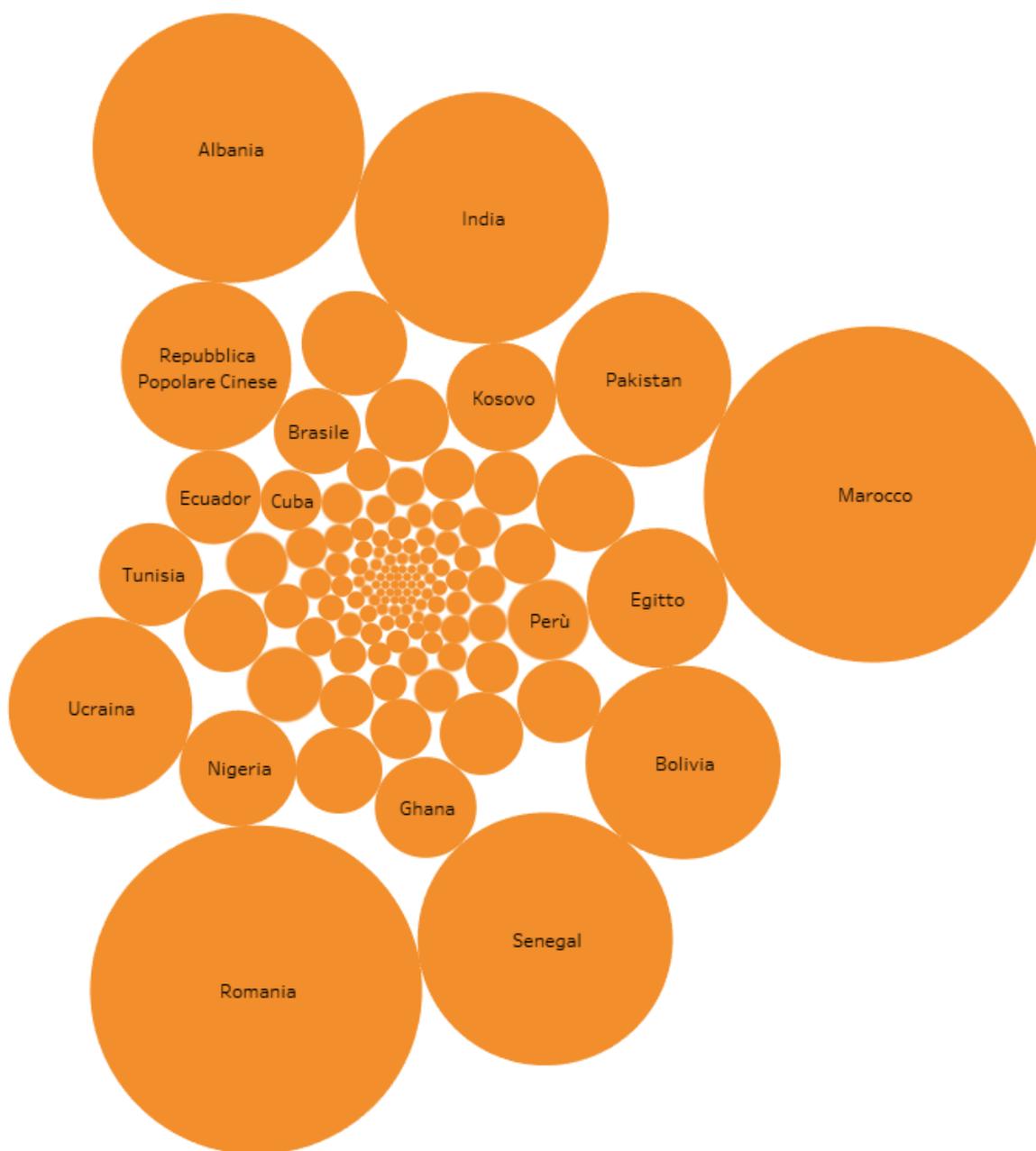


Figura 4: Infografica sulle origini dei cittadini stranieri residenti nella provincia di Bergamo secondo i dati Istat del 2018

Stranieri irregolari nella provincia di Bergamo

Dai dati emersi nell'ultimo rapporto sull'immigrazione straniera dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multiethnicità (ORIM) del 2017, la percentuale di stranieri irregolari presenti nella macroarea Est della Lombardia, comprendente i territori della provincia di Bergamo e Brescia, è pari all' 8,0% della popolazione straniera residente, corrispondente a una stima di circa 9.600 soggetti stranieri irregolari nella sola provincia di Bergamo.

Come si evince dal raffronto con i rapporti dell'ORIM, dal 2011 al 2017 il tasso di stranieri irregolari ha subito un sostanziale arresto attorno all'8% nella macroarea Est della Lombardia.

	1/1 2001	1/1 '02	1/7 '03	1/7 '04	1/7 '05	1/7 '06	1/7 '07	1/7 '08	1/7 '09	1/7 '10	1/7 '11	1/7 '12	1/7 '13	1/7 '14	1/7 '15	1/7 '16	1/7 '17
Nord	18	27	8	12	10	16	13	13	12	9	8	8	5	6	6	6	6
Milano	22	36	14	19	19	22	17	17	17	11	11	8	9	8	9	9	9
Est	19	26	8	9	12	13	11	11	11	9	8	7	6	8	8	7	8
Sud	20	25	9	10	11	16	13	13	11	8	8	7	5	5	4	5	6
Lombardia	21	31	11	14	15	18	14	14	13	10	9	8	7	7	7	7	8

Figura 5: Tassi di irregolarità (numero di irregolari ogni cento presenti) degli stranieri presenti in Lombardia, per ambiti territoriali Orim. Anni 2001-2017. Fonte: "Rapporto 2017 L'immigrazione straniera in Lombardia. Diciassettesimo rapporto", Osservatorio regionale per l'integrazione e la multiethnicità, Novembre 2017

5) Migrante: un determinante fattore di rischio

Il numero di richieste di protezione internazionale nel 2016 è stato di 123.600, ma solo una minima parte ottiene lo status di rifugiato, definito secondo la Convenzione di Ginevra del 1951 come persona che

“(...) temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese d’origine di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese (...)”.

Il sistema giuridico italiano è tripartito e riconosce, oltre allo status di rifugiato, altre due forme di protezione internazionale: la protezione sussidiaria, concessa a chi, ritornando nel proprio paese, rischierebbe di subire un danno grave, e il permesso di soggiorno per motivi umanitari, nel caso sussistano nel paese di origine gravi motivi di carattere umanitario. Viene riconosciuto lo status di rifugiato al 5% dei richiedenti, al 14% la protezione sussidiaria, al 21% quella umanitaria, mentre il 60% riceve un diniego.

Nella provincia di Bergamo la percentuale di dinieghi è il 97%, molto al di sopra della media nazionale.

Le statistiche rilevate sugli insediamenti informali da parte di Medici Senza Frontiere hanno evidenziato come un terzo dei rifugiati presenti in Italia da più anni non è iscritto al SSN e due terzi degli aventi diritto non ha il medico di medicina generale con conseguente difficoltà ad accedere a visite specialistiche e ad acquistare i farmaci a prezzo pieno.

Nonostante siano presenti associazioni di volontariato sul territorio, come Associazione Oikos o il CIR, queste associazioni raggiungono solo una frazione molto limitata di queste persone che diventano di fatto ‘invisibili’. A questo punto devono fare affidamento alle proprie risorse personali, che siano reti di conoscenze, possibilità di navigare in internet, conoscenza delle strutture di volontariato tramite il passaparola. Queste modalità producono però necessariamente una forte disomogeneità nella possibilità di accesso alle cure.

In tale contesto la popolazione immigrata può risentire di plurime vulnerabilità in termini di salute, come per esempio: lo status di regolarità o irregolarità, le condizioni socioeconomiche e gli ostacoli non finanziari dovuti a pregiudizi e atteggiamenti stigmatizzanti e marginalizzanti incidono sia direttamente che indirettamente sulla domanda e sull’offerta di servizi sanitari oltre che sulle politiche sanitarie dedicate alla salute della popolazione immigrata.

In molti studi internazionali si evidenzia come la popolazione straniera presenti solitamente condizioni di salute migliori di quelle della popolazione ospitante. Questo iniziale vantaggio dipende da una selezione all’origine, dovuto all’età anagrafica di coloro che partono per cui sarebbero più giovani e più sani di quanti restano nel loro Paese. Inoltre esiste un fenomeno

denominato “salmon bias” secondo cui i migranti tenderebbero a tornare nel loro Paese di origine con l’arrivo della vecchiaia o la malattia. Ciononostante gli immigrati tendono ad assumere stili di vita assimilabili a quelli della popolazione socialmente ed economicamente più povera del Paese ospitante, in maniera direttamente proporzionale alla durata della loro permanenza in Italia, contraddistinti da un livello di deprivazione materiale e psicologica superiore rispetto alla popolazione generale: condizioni che potrebbero influire sullo stato di salute. È possibile che nel lungo periodo la condizione di salute dei migranti e quella della popolazione locale converga con un capovolgimento delle condizioni favorevoli iniziali degli immigrati che passerebbero a sfavorevoli. L’elevata complessità dei flussi migratori pone dunque il focus della salute anche sulla politica e su tutte le azioni per contrastare le disuguaglianze sociali nella popolazione in considerazione degli eterogenei determinanti di salute, i molteplici bisogni e livelli di vulnerabilità differenti.

6) Legislazione italiana e SSN

Il diritto alla salute non si configura semplicemente come accesso ai servizi sanitari, e la salute non si configura soltanto come assenza di malattia. Con salute si intende la possibilità di godere di uno standard di vita sufficiente, che includa buone condizioni psico-fisiche e un ambiente salubre, come preconditione per l'esercizio dei diritti politici e sociali. In quanto tale, il tema della salute è connesso a quello della giustizia sociale.

La salute come diritto in astratto è presente in una serie di dichiarazioni internazionali: fa parte dei diritti della persona nell'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (1948):

- “Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.
- La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori da esso, devono godere della stessa protezione sociale.”

e nell'articolo 12 del Patto sui diritti economici, sociali e culturali delle Nazioni Unite (1966):

- “Gli Stati parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire.
- Le misure che gli Stati Parti del presente Patto dovranno prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprenderanno quelle necessarie ai seguenti fini:
 - a) la diminuzione del numero dei nati-morti e della mortalità infantile, nonché il sano sviluppo dei fanciulli;
 - b) il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale;
 - c) la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere;
 - d) la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia”

oltre che nell'Atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) del 1948:

- “Il diritto alla salute rappresenta un obbligo legale internazionale degli Stati atto a promuovere e proteggere la salute delle loro popolazioni”.

Nella Convenzione delle Nazioni Unite relativa allo status di rifugiato del 1951 si delinea, negli articoli 23 e 24, la possibilità per i rifugiati di godere degli stessi servizi erogati ai cittadini. Per quanto riguarda l'Italia, il diritto alla salute viene decretato nell'articolo 32 della Costituzione (1948):

- “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti [...]”.

Il sistema sanitario italiano eroga infatti servizi sanitari non solo agli stranieri regolarmente soggiornanti, che hanno il diritto e dovere di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale, ma anche agli stranieri senza permesso di soggiorno, che tramite il codice STP possono accedere a cure ambulatoriali urgenti ed essenziali. Sono altresì tutelate l'infanzia, la maternità, e sono garantite forme di medicina preventiva come le campagne di vaccinazione.

A disciplinare le norme relative all'erogazione dei servizi sanitari è il “Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione di straniero” (1998) e, come reazione alla crescente disomogeneità nella traduzione amministrativa delle norme, l’“Accordo Stato-Regioni per l'applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria agli stranieri e ai cittadini dell'Unione” (2012).

L'articolo 34 del Testo Unico prevede l'iscrizione obbligatoria al SSN degli immigrati regolarmente soggiornanti con un certo tipo di permesso di soggiorno e la parità di trattamento con i cittadini italiani:

1. “Hanno l'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal Servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale:
 - a) gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento;
 - b) gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza.
2. L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti. Nelle more dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale ai

Il paziente senza tessera sanitaria

minori figli di stranieri iscritti al servizio sanitario nazionale è assicurato fin dalla nascita il medesimo trattamento dei minori iscritti.

3. Lo straniero regolarmente soggiornante, non rientrante tra le categorie indicate nei commi 1 e 2 è tenuto ad assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità mediante stipula di apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale, ovvero mediante iscrizione al servizio sanitario nazionale valida anche per i familiari a carico. Per l'iscrizione al servizio sanitario nazionale deve essere corrisposto a titolo di partecipazione alle spese un contributo annuale, di importo percentuale pari a quello previsto per i cittadini italiani, sul reddito complessivo conseguito nell'anno precedente in Italia e all'estero. L'ammontare del contributo e' determinato con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e non può essere inferiore al contributo minimo previsto dalle norme vigenti.
4. L'iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale può essere altresì richiesta:
 - a) dagli stranieri soggiornanti in Italia titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio;
 - b) dagli stranieri regolarmente soggiornanti collocati alla pari, ai sensi dell'accordo europeo sul collocamento alla pari, adottato a Strasburgo il 24 novembre 1969, ratificato e reso esecutivo ai sensi della legge 18 maggio 1973 n. 304.
5. I soggetti di cui al comma 4 sono tenuti a corrispondere per l'iscrizione al servizio sanitario nazionale, a titolo di partecipazione alla spesa, un contributo annuale forfettario negli importi e secondo le modalità previsti dal decreto di cui al comma 3.
6. Il contributo per gli stranieri indicati al comma 4, lettere a) e b) non è valido per i familiari a carico.
7. Lo straniero assicurato al servizio sanitario nazionale è iscritto nella azienda sanitaria locale del comune in cui dimora secondo le modalità previste dal regolamento di attuazione”.

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

In base al DPCM 12 gennaio 2017 Articolo 1:

“il Servizio sanitario nazionale assicura [...] i seguenti livelli essenziali di assistenza:

- A. Prevenzione collettiva e sanità pubblica
- B. Assistenza distrettuale
- C. Assistenza ospedaliera”

Secondo l’articolo 2 dei LEA:

“nell’ambito della Prevenzione collettiva e sanità pubblica, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce, attraverso i propri servizi nonché avvalendosi dei medici ed i pediatri convenzionati, le seguenti attività:

- A. sorveglianza, prevenzione controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- B. tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- C. sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;

[...]

- F. sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; [...]”

Tali attività nell’ambito dell’assistenza sanitaria di base sono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso i propri servizi e i medici convenzionati (Articolo 4 dei LEA), in particolare viene garantita la gestione delle patologie acute e croniche.

La tutela della salute dei cittadini stranieri viene regolata dagli articoli 61 e 62 dei LEA:

“Art. 61: Cittadini di Stati non appartenenti all’Unione europea iscritti al Servizio sanitario nazionale.

Ai sensi dell’articolo 34 del decreto legislativo 27 luglio 1998, n. 286 e successive modificazioni e dell’art. 42 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto

Il paziente senza tessera sanitaria

1999, n. 394, il Servizio sanitario nazionale garantisce agli stranieri obbligatoriamente o volontariamente iscritti, parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'assistenza sanitaria erogata in Italia. L'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti.”

“Art. 62: Cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea non in regola con il permesso di soggiorno

1. Ai sensi dell'articolo 35 del decreto legislativo 27 luglio 1998, n. 286 e successive modifiche e integrazioni e dell'art. 43 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio ed i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono considerate urgenti le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute; sono considerate essenziali le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita, per complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti.

2. Sono, in particolare, garantiti:

a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi della legge 29 luglio 1975, n. 405 e della legge 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;

b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;

c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;

d) gli interventi di profilassi internazionale;

e) la profilassi, la diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventualmente la bonifica dei relativi focolai.

3. Secondo quanto previsto dall'articolo 35, comma 4, del citato decreto legislativo 27 luglio 1998, n. 286 e successive modifiche e integrazioni, le prestazioni di cui al comma 1 sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

4. I minori stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono iscritti al Servizio sanitario nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani.”

Assistenza sanitaria per cittadini stranieri

Per i cittadini stranieri, comunitari e non, l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale garantisce tutta l'assistenza sanitaria prevista dal nostro ordinamento e comporta parità di trattamento rispetto ai cittadini italiani, per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dallo stesso SSN ed alla sua validità temporale.

Hanno l'obbligo di iscrizione al SSN:

- i cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno che svolgono regolare attività di lavoro subordinato, autonomo o che siano iscritti alle liste di collocamento;
- i cittadini stranieri regolarmente soggiornanti o quelli che abbiano chiesto il rinnovo del permesso di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza o per motivi religiosi;
- i familiari a carico (regolarmente soggiornanti) dei cittadini stranieri rientranti nelle categorie sopra indicate.

L'iscrizione avviene presso la ATS (ex A.S.L.) del territorio di residenza o quella in cui si ha effettiva dimora indicata nel permesso di soggiorno e sono necessari un documento di identità, il codice fiscale, il permesso di soggiorno e l'autocertificazione di residenza o dimora (si considera dimora abituale l'ospitalità da più di tre mesi presso un centro d'accoglienza).

L'iscrizione è valida per tutta la durata del permesso di soggiorno e non decade nella fase di rinnovo del medesimo: può essere, quindi, rinnovata anche presentando alla ATS la documentazione comprovante la richiesta di rinnovo di permesso di soggiorno.

In caso di mancato rinnovo o di revoca del permesso di soggiorno, o in caso di espulsione, l'iscrizione cessa, salvo che l'interessato compri di aver presentato ricorso contro i suddetti provvedimenti.

Il paziente senza tessera sanitaria

Cittadini stranieri non iscritti al SSN

Gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia ma non rientranti nelle categorie dei soggetti obbligatoriamente iscritti al SSN hanno due possibilità:

- L'iscrizione facoltativa al SSN, assieme ai propri familiari se presenti in Italia, se si è in possesso di un permesso di soggiorno superiore a tre mesi (con l'eccezione del permesso di studio), oppure se si è iscritti, insieme ai familiari, negli elenchi degli assistibili dell'ATS di residenza. Non è possibile iscriversi se si è in possesso di un permesso di soggiorno per motivi di cura.
- La stipula di un'apposita polizza assicurativa con un Istituto assicurativo italiano o straniero valida sul territorio nazionale contro il rischio di malattia, infortunio e per la maternità.

Stranieri irregolarmente presenti

I Cittadini extracomunitari irregolarmente presenti sul territorio nazionale hanno diritto ad usufruire delle cure urgenti ed essenziali con il rilascio di un codice denominato STP (straniero temporaneamente presente).

Il codice può essere rilasciato esclusivamente a cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea (né a Svizzera, Norvegia, Islanda e Liechtenstein), presenti irregolarmente sul territorio nazionale (o che hanno perso il diritto alla permanenza/iscrizione dopo essere entrati regolarmente). Non può pertanto essere rilasciato qualora il cittadino straniero sia presente in Italia in modo regolare a qualsiasi titolo. Non ne è dunque consentito il rilascio per le seguenti categorie:

- cittadini stranieri extracomunitari provenienti da Stati convenzionati (Argentina, Australia, Brasile, Capoverde, Serbia-Montenegro, Bosnia-Erzegovina, Macedonia, Principato di Monaco, San Marino, Santa Sede, Tunisia) aventi diritto al rilascio dei modelli previsti dalle Convenzioni bilaterali;
- cittadini stranieri extracomunitari in possesso di qualsiasi tipo di permesso di soggiorno, sia nel caso in cui questo dia diritto all'iscrizione al SSN sia che questo non comporti l'iscrizione (nel qual caso la prestazione dovrà essere erogata in regime di solvenza);
- cittadini stranieri extracomunitari presenti in Italia con visto/timbro di ingresso (per turismo, affari, visita, ecc.) in corso di validità (nel qual caso la prestazione dovrà essere erogata in regime di solvenza).

Allo straniero irregolare viene assegnato dalla struttura sanitaria, pubblica o privata accreditata del SSN erogante la prestazione, (sempre che lo straniero non ne sia già in possesso e non l'abbia con sé) il codice STP (straniero temporaneamente presente), costituito da sedici caratteri di cui: tre per la sigla STP, sei per il codice ISTAT (relativo alla Regione ed alla struttura erogante) e sette caratteri come numero progressivo attribuito al momento del rilascio.

Contestualmente al rilascio del codice STP l'assistito indigente deve sottoscrivere la relativa dichiarazione d'indigenza. Qualora l'assistito esibisca un documento di identità, gli estremi dello

stesso devono essere riportati sul codice STP e sulla dichiarazione d'indigenza. La struttura sanitaria deve in ogni caso provvedere, anche in assenza di documento d'identità, alla registrazione delle generalità fornite dall'assistito e al rilascio del codice STP/dichiarazione d'indigenza. Il codice STP e la dichiarazione d'indigenza hanno validità di sei mesi e possono essere rinnovati, di sei mesi in sei mesi, fino a quando persistono le condizioni che ne hanno determinato il rilascio. Sono riconosciuti su tutto il territorio nazionale.

L'identificazione del cittadino straniero mediante codice STP non dà diritto all'iscrizione al SSN e non è assolutamente ad essa equiparabile. Pertanto questi assistiti non possono accedere ai Medici di Assistenza Primaria/Pediatri di Famiglia, né ai servizi di Guardia Medica (Continuità Assistenziale). L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola non deve comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di Pubblica Sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con il cittadino italiano. Il codice assegnato deve essere utilizzato anche per la rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni a carico del SSR erogate dalle strutture.

Agli stranieri in esame sono garantite (ex art.35 c. 3,4,5,6, del D.Lgs. n.286/1998), nelle strutture pubbliche o private accreditate del SSN, le seguenti prestazioni:

- cure ambulatoriali e di ricovero urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio (STP onere 9);
- interventi di medicina preventiva e prestazioni ad essa correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva, individuati dalla normativa e precisamente: la tutela della gravidanza e della maternità, tutela della salute dei minori, vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di prevenzione collettiva autorizzati dalla Regione, interventi di profilassi internazionale (STP onere 8);
- profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai (STP onere 8).

A favore di questi assistiti si applicano anche le disposizioni di cui al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione e cura degli stati di tossicodipendenza (STP onere 8). Si precisa che:

- per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo o danno per la salute della persona;
- per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

È stato altresì affermato il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare al paziente il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alle possibili risoluzioni dell'evento morboso. In ogni caso, viene precisato che l'accertamento della essenzialità della prestazione, così come dell'urgenza, rientra nell'ambito della responsabilità del medico. Inoltre il codice STP dà diritto alle prescrizioni farmaceutiche, su ricettario regionale da parte di medico specialista di struttura pubblica o privata accreditata, e alle prestazioni di assistenza protesica, sempre nell'ambito delle cure urgenti ed essenziali.

Il paziente senza tessera sanitaria

Le prestazioni sono erogate senza oneri a carico degli stranieri irregolari con codice STP qualora privi di risorse economiche sufficienti (indigenti). Sono tuttavia fatte salve le quote di compartecipazione alla spesa (ticket) a parità di condizioni con il cittadino italiano. Lo straniero irregolare può inoltre usufruire di esenzioni dal pagamento del ticket, in analogia con il cittadino italiano, per quanto concerne:

- le prestazioni di primo livello (ad accesso diretto senza prenotazione ed impegnativa);
- le urgenze (codici PS esenti);
- lo stato di gravidanza (prestazioni previste in esenzione a seconda della settimana di gestazione);
- le prestazioni rese a minori (sino 14 anni);
- le prestazioni rese per patologie esenti o a favore di soggetti esenti in ragione dell'età o in quanto affetti da gravi stati invalidanti.

In Regione Lombardia è previsto l'utilizzo del codice "X01" per tutte le prestazioni esenti rese a cittadini in possesso di codice STP. Per le prestazioni non esenti l'assistito, anche se indigente con codice STP, dovrà essere invitato a pagare il ticket. Solo qualora l'assistito dichiari di non poter pagare neppure il ticket la prestazione dovrà essere fornita in esenzione totale indicando, anche in questo caso, il codice "X01".

Ingresso e soggiorno per ottenere cure mediche

Il cittadino straniero che intende ricevere cure mediche in Italia può richiedere, assieme a un eventuale accompagnatore, uno specifico visto d'ingresso alla competente rappresentanza diplomatica o consolare italiana nel Paese di origine.

Situazioni particolari

Riguardo alla compartecipazione delle spese sanitarie per le prestazioni erogate dal SSN ci sono una serie di situazioni in cui gli stranieri sono esonerati dal pagamento del ticket:

- Anziani maggiori di 65 anni: se la presenza in Italia dell'anziano è per ricongiungimento familiare, e l'arrivo è precedente al 5 novembre 2008 si ha diritto all'esonero dal ticket alle medesime condizioni dei cittadini italiani.
- Titolari di prestazioni erogate a tutela della gravidanza e della maternità (fino a 6 mesi successivi alla nascita del figlio): esonero dal ticket alle medesime condizioni dei cittadini italiani.
- Titolari di prestazioni sanitarie di primo livello, ad accesso diretto, senza prenotazione e senza impegnativa (quali, ad esempio, quelle della medicina generale, SERT, DSM, Consultori familiari): esonero dal ticket alle medesime condizioni dei cittadini italiani.
- Titolari di prestazioni erogabili in esenzione, secondo i criteri e i limiti previsti dalla normativa in atto per i cittadini italiani, in presenza di patologie croniche, patologie rare e stati invalidanti (con conseguente rilascio dell'attestato di esenzione): esonero dal ticket alle medesime condizioni dei cittadini italiani.

- Titolari di prestazioni di prevenzione, erogabili attraverso le articolazioni territoriali del Dipartimento di Prevenzione (piano nazionale e regionale dei vaccini, screening, prevenzione HIV): esonero dal ticket alle medesime condizioni dei cittadini italiani.

Vi sono inoltre una serie di situazioni particolari nelle quali lo straniero entrato irregolarmente o divenuto irregolare ha comunque diritto all'iscrizione al SSR:

- richiesta di protezione internazionale/asilo
- affidamento (ivi compresi i minori non accompagnati)
- attesa di regolarizzazione (iscrizione temporanea per i regolarizzandi o per emersione dal lavoro nero)
- donna in stato di gravidanza, sino a sei mesi dopo la nascita del figlio
- detenuti negli istituti penitenziari per adulti o minori, internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, in semilibertà o sottoposti a misure alternative alla pena
- vittime soggette alla tratta o riduzione in schiavitù, ammesse a programmi di protezione sociale.

7) Barriere all'accesso alla salute

Per l'iscrizione e il rinnovo dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, con la conseguente assegnazione del medico di medicina generale, la residenza anagrafica continua a costituire la barriera amministrativa più rilevante per i migranti. Infatti la residenza viene revocata all'uscita dai centri di accoglienza. Inoltre fissare la residenza presso stabili occupati non è consentito e il rilascio di una residenza fittizia in analogia con i senza dimora non avviene in ogni comune o prevede procedure complesse.

Per i migranti e rifugiati costretti a spostarsi sul territorio nazionale a causa della precarietà lavorativa – ad esempio quelli impiegati nel circuito del lavoro agricolo stagionale – il luogo di lavoro temporaneo non coincide con quello della residenza anagrafica o del domicilio: per tutti questi motivi è di fatto impossibile usufruire del SSN. Il risultato è un sempre maggiore ricorso al regime di STP previsto invece per i migranti irregolari: ne consegue che la possibilità di accesso al SSN si riduce sempre più ai soli presidi di Pronto Soccorso ospedalieri.

In alcune città la verbalizzazione della domanda di asilo, per coloro che si presentano autonomamente in questura, è vincolata alla presentazione di un certificato medico: questo accresce i tempi di attesa per l'ingresso nel sistema di accoglienza, condannando i richiedenti a periodi di tempo prolungati senza alcuna assistenza. Si registra l'utilizzo sempre più esteso del codice STP anche per i richiedenti asilo successivamente alla compilazione del modulo C3 (richiesta di protezione internazionale). Ciò avviene soprattutto nei centri di prima accoglienza e nei CAS.

Sempre più i servizi di medicina generale per migranti privi di titolo di soggiorno sono delegati a enti del terzo settore: in generale, tali servizi non rilasciano il codice STP al momento della prestazione, non dispongono di un ricettario dell'Azienda Sanitaria Locale, e dunque sono costretti all'erogazione diretta dei farmaci o alla prescrizione di farmaci o di prestazioni specialistiche a prezzo pieno. Il risultato, di nuovo, è la strutturazione di un sistema sanitario "separato" per i migranti.

STP per extracomunitari

Il richiedente asilo o titolare di protezione internazionale, essendo regolarmente presente sul territorio e in possesso di permesso di soggiorno per richiesta asilo o per protezione internazionale, ha il diritto/dovere di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale. Al momento della verbalizzazione della richiesta di protezione internazionale in Questura, viene richiesta l'attribuzione di un codice fiscale numerico provvisorio, con il quale può avvenire l'iscrizione in ATS al SSN e la scelta del medico di base. In caso di esito favorevole della domanda di protezione internazionale, il codice numerico provvisorio viene convertito in codice numerico definitivo. In caso di esito negativo, decorsi i termini per il ricorso o a conferma del diniego a seguito di

contenzioso, il codice fiscale provvisorio viene cancellato. In quest'ultimo caso, la persona che ha ricevuto un diniego diventa a tutti gli effetti irregolare e in quanto tale non iscrivibile al SSN. Per i primi due mesi dalla presentazione della domanda d'asilo, arco di tempo in cui il richiedente asilo non può lavorare, è prevista l'esenzione dal ticket, mentre con il permesso di lavorare è necessaria, per ottenere l'esenzione, l'iscrizione come disoccupato al centro per l'impiego (CPI).

Esenzione dal ticket

Ad eccezione del Piemonte, tutte le regioni riconoscono l'esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria ai richiedenti asilo privi di occupazione solo per i due mesi – al massimo sei – successivi alla presentazione della domanda, sulla base della presunta distinzione tra disoccupato (soggetto che in precedenza svolgeva attività lavorativa e che avrebbe diritto all'esenzione) e inoccupato (soggetto che non ha mai svolto attività lavorativa). Una sentenza del Tribunale di Roma, 1^a Sezione Lavoro del 17/2/2017, richiamandosi al D.Lgs. n. 150/2015 e alla circolare del Ministero del lavoro n. 5090 del 4/4/2016 chiarisce che per la fruizione di prestazioni di carattere sociale rileva esclusivamente la condizione di non occupazione e che dunque la suddetta esenzione andrebbe estesa a tutto il periodo in cui non solo il richiedente, ma anche il titolare di protezione internazionale si trovi nella condizione di mancanza di occupazione e dunque di reddito.

Intracomunitari senza TEAM

L'accordo tra Stato e Regioni sancisce che:

“I cittadini dell'Unione Europea, non residenti sul territorio nazionale che non hanno i requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSN e non sono assistiti dagli Stati di provenienza (vale a dire che non possiedano attestati di diritto Modelli E 106/81, E 120/81, E 121/81, E 109/81 e SED 072, TEAM), sono tenuti a pagare la prestazione che viene loro erogata. Se impossibilitati a pagare la prestazione perché indigenti allora dovranno autocertificare alla ASL l'assenza dei requisiti assistenziali e autodichiarare la propria condizione di indigenza.

In tal caso a tali cittadini verrà rilasciato un tesserino attraverso cui saranno assicurate le seguenti prestazioni:

- le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative per malattia ed infortunio,
- sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Il paziente senza tessera sanitaria

Sono in particolare garantiti:

- A. la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della Sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani
- B. la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;
- C. le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
- D. gli interventi di profilassi internazionale;
- E. la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;
- F. cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza.

La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti dei cittadini comunitari di cui sopra vengono effettuate con l'utilizzo di un codice regionale che, secondo quanto già avviene in 13 Regioni e PA può essere denominato ENI (Europeo Non Iscritto), anche ai fini della tracciabilità delle prescrizioni.

Il tesserino può essere rilasciato in occasione della prima erogazione delle prestazioni o, al fine di favorire l'accesso alle cure, su richiesta dell'interessato, a seguito di:

- esibizione di documento di identità ai sensi della normativa europea,
- dichiarazione di domicilio nel territorio regionale (da più di tre mesi),
- dichiarazione di non essere iscritto all'anagrafe dei residenti,
- dichiarazione di non essere nelle condizioni di iscrizione al SSR, di non aver sottoscritto alcun contratto di assicurazione sanitaria, di essere sprovvisto di attestazione di diritto rilasciata dallo stato di provenienza
- sottoscrizione della dichiarazione di indigenza.

Il tesserino ha validità semestrale sul territorio regionale di emissione ed è rinnovabile.

Il tesserino può essere utilizzato per:

- la prescrizione su ricettario regionale di prestazioni sanitarie (esami clinico-strumentali, visite specialistiche),
- la prescrizione di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate,
- a rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture del SSR”

Nel 2004 e nel 2007 l’Unione Europea ha ampliato il numero dei suoi stati membri e così i cittadini rumeni, bulgari, lettoni e altri sono diventati cittadini europei, di conseguenza non necessitano più del visto per entrare in territorio italiano, né di alcun permesso per soggiornarvi. Di conseguenza essi non rientrano più nella categoria di cittadini ai quali può esser rilasciato il codice STP, utilizzato per gli immigrati extracomunitari “irregolari” provenienti dai Paesi Terzi.

Come precisato dalla circolare del Ministero della Salute emanata in data 19 febbraio 2008 questi cittadini:

“hanno diritto agli stessi livelli di assistenza di cui usufruiscono gli iscritti al Sistema Sanitario Nazionale nei seguenti limiti:

- i titolari di tessera TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia, rilasciata dal proprio paese di origine) hanno diritto alle sole prestazioni medicalmente necessarie
- i titolari di modelli E106 (lavoratori, studenti), E121 (pensionati) hanno diritto all’assistenza sanitaria completa”.

Vengono dunque completamente parificati agli iscritti al SSN coloro che, su territorio italiano, svolgono attività lavorative in regola. Rimangono fuori da questo quadro quei cittadini comunitari presenti in Italia privi di copertura sanitaria. Molti rumeni o bulgari, ad esempio, presenti sul territorio nazionale non sono infatti in possesso di tessera TEAM, a causa delle gravi carenze del sistema sanitario nei loro paesi d’origine, e si ritrovano così privi di copertura sanitaria qualora siano disoccupati o lavorino in nero in Italia, o siano “familiari a carico”.

A questo riguardo, la circolare sopra citata conferma il diritto dei cittadini comunitari alle prestazioni indifferibili e urgenti. Tra queste si intendono incluse anche le prestazioni sanitarie relative a categorie quali: i minori, le donne in gravidanza, le vittime di tratta e le vittime di schiavitù. Inoltre viene nuovamente ricordato che ai cittadini comunitari non “in regola” sul

Il paziente senza tessera sanitaria

territorio italiano sono garantite, “anche per motivi di sanità pubblica nazionale”, le campagne di vaccinazione, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive.

Per risolvere il problema, nello spirito dei principi contenuti nel Testo Unico sull’Immigrazione (e seguendo le indicazioni della Circolare di cui sopra), la gran parte delle regioni ha sostituito il codice STP con il codice ENI (Europei Non Iscritti) che ha le stesse caratteristiche e dà diritto alle stesse prestazioni previste dal codice STP. L’utilità di un codice differenziato rispetto all’STP è solo a fini statistici, informativi ed eventualmente di recupero crediti per lo stato italiano.

La Regione Lombardia ha emanato una circolare nel 2008 (Circolare n. 4/SAN 2008) la quale stabilisce che i cittadini comunitari hanno diritto alle prestazioni indicate dall’articolo 35 del Testo Unico sull’Immigrazione, ma non ha definito con cosa debba essere sostituito il codice STP per questi pazienti.

L’unica indicazione operativa fornita dalla circolare è quella che venga indicata, ai fini della rendicontazione dei ricoveri ospedalieri di cittadini comunitari privi di copertura sanitaria, la sigla CSCS (Comunitario Senza Copertura Sanitaria). La circolare ha dunque valore solo formale e non operativo.

Di conseguenza questa tipologia di cittadini, anche se affetti da patologie importanti ma non tali da dover essere curate in pronto soccorso (es. diabete, ipertensione, asma, epilessia, cardiopatie), di fatto può ricevere assistenza sanitaria solo presso gli ambulatori gestiti dalle associazioni di volontariato, godendo paradossalmente di meno diritti dei cittadini non comunitari irregolarmente presenti.

Le difficoltà di accesso alla salute

Fra l’affermazione sulla carta di un diritto e la sua effettiva fruibilità è presente un diaframma, uno iato, che ha molteplici cause. Innanzitutto, si assiste ad una serie di difficoltà burocratiche e amministrative, connesse perlopiù al rilascio del permesso di soggiorno da parte della Questura, che producono delle interruzioni nel percorso del richiedente asilo, che non può momentaneamente dimostrare di essere regolare.

Vi sono poi difficoltà connesse all’informazione e all’orientamento sul territorio, che determinano una differenziazione in “classi” fra richiedenti asilo e rifugiati inseriti in un sistema di accoglienza e seguiti da operatori, e persone che invece ne sono fuoriuscite, problema esacerbato dalle scarse conoscenze linguistiche (inglese, francese) degli operatori di sportello.

Vi è poi una serie di problematiche legate alla marginalizzazione, presenti soprattutto fra persone che, in un momento del loro percorso, hanno abbandonato o non sono riuscite ad accedere ai sistemi di accoglienza, e che vivono problemi legati alla precarietà economica e all’emarginazione sociale.

Problematiche di tipo burocratico-amministrativo

La problematica principale, spesso evidenziata da rapporti di diverse associazioni umanitarie, è la questione dei ritardi della Questura nel dare gli appuntamenti e nel rilascio del permesso di soggiorno, in quanto il codice fiscale e il permesso di soggiorno sono sempre legati.

Se la Questura è in ritardo con gli appuntamenti per il rinnovo del permesso di soggiorno, le persone diventano temporaneamente irregolari e hanno la tessera sanitaria scaduta.

L'unica alternativa per chi abbia la tessera sanitaria scaduta è presentarsi in Pronto Soccorso oppure fare affidamento sulle strutture di volontariato, per il medico di base, e sul codice STP, per le visite specialistiche e gli esami. Tuttavia, da un lato il Pronto Soccorso non è in grado di garantire una continuità nell'assistenza; dall'altro, le garanzie del codice STP sono comunque inferiori a quelle dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

Il problema si ripresenta periodicamente, ogniqualvolta il permesso di soggiorno scade. Al momento del colloquio in Commissione, la questione si presenta sia in caso di esito positivo, sia in caso di esito negativo qualora si voglia fare ricorso. Nel primo caso, può darsi che decorrano anche mesi prima dell'appuntamento per il rilascio del permesso di soggiorno per protezione internazionale. Nel secondo, la procedura per presentare ricorso implica almeno un mese per raccogliere i documenti e depositarli in tribunale.

Le difficoltà in materia sanitaria sono legate a una condizione intrinseca di vulnerabilità, dovuta al continuo scadere del permesso di soggiorno

Problematiche relazionali e di informazione

I mediatori linguistico-culturali – salvo rare eccezioni – non sono impiegati presso le strutture del SSN, sia amministrative che mediche, salvo che per interventi a chiamata o per progetti specifici a scadenza. La loro mancanza risulta particolarmente grave nei servizi ad accesso diretto, come gli ambulatori dedicati STP, i presidi di pronto soccorso, i consultori familiari, i CSM e i SERT.

Un problema fondamentale è costituito dalla scarsità di conoscenze sui meccanismi dell'erogazione dei servizi, dettato dalla scarsità di iniziative di informazione. Molte persone non sanno di avere il diritto all'assistenza sanitaria anche qualora perdessero il permesso di soggiorno e non conoscono le complesse procedure burocratiche, spesso nebulose a causa della forte disomogeneità sia a livello regionale, sia a livello di struttura.

Senza fissa dimora e marginalità

Molte persone immigrate, sia titolari di protezione internazionale che non riescono a trovare un lavoro e un alloggio, sia persone che hanno ricevuto un diniego o non hanno portato a termine la procedura di richiesta asilo, si ritrovano ad essere senzatetto. Questo è un problema endemico che viene segnalato da più parti, soprattutto da associazioni di volontari.

Le persone si trovano quindi a vivere in condizioni di marginalità, cercando di ottenere un posto in dormitori sovraffollati o dormendo in corrispondenza di ferrovie o edifici in disuso. In questo caso vi sono problemi legati alle condizioni di vita, all'igiene, al sovraffollamento e alla possibilità di accedere a servizi come l'acqua potabile, la corrente elettrica, il riscaldamento. Questo determina, oltre alle difficoltà giuridiche legate all'assenza di domicilio, anche particolari problematiche in ambito sanitario.

Il problema dell'assenza di una fissa dimora affligge non solo le persone immigrate ma anche i cittadini italiani: l'iscrizione nei registri anagrafici dei comuni di residenza costituisce il presupposto per beneficiare di molti diritti riconosciuti dallo Stato tra cui:

- L'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale
- La facoltà di presentare determinate dichiarazioni da rendersi davanti all'Ufficiale di Stato civile in materia di cittadinanza
- L'accesso all'assistenza sociale

L'ordinamento giuridico italiano prevede l'obbligo di iscrizione anagrafica per chiunque risieda in modo stabile sul territorio italiano, compresi i cittadini stranieri.

Data l'impossibilità per i senza fissa dimora di dimostrare il possesso di una dimora stabile, è stato concesso l'utilizzo del domicilio per la concessione della residenza anagrafica (Legge 1228/1954, art.1 e 2, DPR 30.5.1989 n.223). Tale domicilio non è soggetto alla natura dell'alloggio, poiché la funzione dell'anagrafe è quella di rilevare la presenza stabile di soggetti sul territorio comunale, per cui rappresenta il posto in cui il richiedente vive, che sia esso la stazione o un parco.

La Circolare del Ministero dell'Interno 29.5.1995 n.8 esplica che:

“il concetto di residenza è fondato sulla dimora abituale del soggetto sul territorio comunale, cioè dall'elemento obiettivo della permanenza in tale luogo e soggettivo dell'intenzione di avervi stabile dimora, rilevata dalle consuetudini di vita e dallo svolgimento delle relazioni sociali”.

Tuttavia questa norma viene spesso disapplicata dai funzionari dell'anagrafe che richiedono agli utenti l'indirizzo dell'abitazione di residenza.

Per ovviare a questo problema molti comuni hanno istituito la “residenza fittizia o virtuale”: si tratta di un indirizzo convenzionale in una via territorialmente non esistente utilizzabile dai senza fissa dimora per l’iscrizione all’anagrafe. Secondo la legge 94 del 2009 ex art.3 c.38 l’unico accertamento da compiere richiesto per accedere al servizio è la verifica che il richiedente abbia una reale corrispondenza con il territorio. Tale soluzione però, anche se prevista dai regolamenti comunali, non viene facilmente applicata e subisce le influenze della giunta comunale di turno.

Anche l’Istat (Circolare Istat 29/1992) conferma che:

“salvo il caso in cui l’interessato, senza fissa dimora, che elegge domicilio nel comune, indichi anche l’indirizzo presso il quale intende essere iscritto (a condizione che a tale scelta non vi ostino diritti pubblici o privati), in tutti gli altri casi, l’ufficiale d’anagrafe deve istituire una via territorialmente non esistente, quindi fittizia, alla quale lo stesso ufficiale d’anagrafe dà un nome convenzionale, di fantasia. Le persone senza fissa dimora e anche quelle senza tetto che non hanno indicato esse stesse un indirizzo, dovranno essere iscritte con l’indirizzo (via e numero civico) di questa via fittizia, di fatto inesistente”.

Sono circa 200 i comuni italiani che hanno predisposto una via fittizia al loro interno, mentre il 75% dei comuni italiani con più di 15mila abitanti non ne ha una.

8) SIMM

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), è stata istituita all'inizio del 1990 sotto la spinta di gruppi ed organizzazioni che in varie parti d'Italia si occupavano di garantire il diritto all'assistenza sanitaria ad immigrati comunque presenti sul territorio nazionale. Allora il diritto alla salute era di fatto negato o nascosto per la maggioranza degli stranieri presenti.

Oggi la SIMM può essere considerata un policy network nazionale di scambio di esperienze, dati, evidenze scientifiche e considerazioni di politica sanitaria anche locale. Per questo è stata favorita la nascita di gruppi territoriali, in massima autonomia, ma nella condivisione degli obiettivi statutari della Società:

- promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati in Italia;
- favorire attività volte ad incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni;
- costituire un forum per lo scambio, a livello nazionale ed internazionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato;
- patrocinare attività formative nel campo della tutela della salute degli immigrati.

A ciò si è aggiunto l'impegno prima per l'emersione al diritto all'assistenza sanitaria e quindi per una reale accessibilità e fruibilità delle prestazioni, per percorsi assistenziali equi, più efficaci e sensibili culturalmente e più in generale per una reale e consapevole promozione della salute senza esclusioni.

Alla SIMM aderiscono medici, psicologi, antropologi, sociologi, infermieri, mediatori culturali, assistenti sociali e altri operatori socio-sanitari, italiani e stranieri. Questa scelta di pluridisciplinarietà di competenze e profili professionali, ha permesso alla Società di avviare una riflessione a tutto campo sui temi socio-sanitari riferitisi alla popolazione straniera e di pianificare proposte ed interventi spesso innovativi.

La SIMM nasce soprattutto dalla spinta delle esperienze del volontariato sanitario confessionale e laico, e ne eredita le caratteristiche di gratuità, essenzialità e trasparenza. La scelta di non entrare in una logica di servizi e di convenzioni ma quella di valorizzazione delle competenze, anche progettuali, dei singoli gruppi, ne fanno una aggregazione strutturata ma libera e non condizionata da interessi di potere e di affermazione. Ciò ha permesso di collaborare a livello locale e nazionale con vari Enti Istituzionali e non (Ministero della salute, CNEL, Assessorati regionali e comunali, Consulte, Forum, Società scientifiche e Gruppi di lavoro specifici...) nell'unico interesse di promuovere politiche ed azioni per la tutela della salute dei cittadini immigrati in una logica di salute globale e senza esclusioni.

La Rete e i GrIS

Altra scelta strategica della SIMM è quella di favorire la conoscenza e la collaborazione tra quanti si impegnano a vario titolo per assicurare diritto, accesso e fruibilità all'assistenza sanitaria degli immigrati partendo da ciò che unisce e valorizzando l'esperienza di ciascuno. Ciò si traduce spesso in un lavoro in Rete che ha affinato una metodologia applicativa nei Gruppi locali Immigrazione Salute (GrIS), vere e proprie Unità Territoriali della SIMM. Presenti in varie realtà italiane (Lazio, Trentino, Sardegna, Sicilia e Lombardia, ...) si ritrovano su obiettivi condivisi che possiamo così riassumere:

- di fare informazione e attivare discussioni sugli aspetti normativi specifici nazionali e locali, sulle iniziative intraprese nei servizi pubblici e nei servizi del volontariato e del privato sociale;
- di 'mettere in rete' gruppi, servizi, persone, competenze e risorse sia assistenziali sia formative;
- di elaborare proposte in termini politico-organizzativi;
- di fare azione di *advocacy* sulle istituzioni.

OIKOS

“L’associazione OIKOS si propone di promuovere una cultura che riconosce nella salute un diritto primario di chiunque”.

Con questo intento l’associazione Oikos nasce nel 1994 con l’obiettivo di fornire assistenza medica di primo livello alle persone non iscritte o non iscrivibili al Sistema Sanitario Nazionale. Dal 2003 opera nei locali messi a disposizione gratuitamente dall’ATS di Bergamo in via Borgo Palazzo 130 a Bergamo composto da 3 ambulatori medici, una segreteria e una sala per archivi e farmacia.

Gli operatori sono tutti volontari.

Vengono forniti i seguenti servizi:

- servizio di accoglienza e segretariato (ATS di Bergamo, Aziende Ospedaliere, Ospedale Sacro Cuore di Negrar, Consiglio Territoriale per l’immigrazione, ecc)
- assistenza medica ambulatoriale di primo livello (medicina e pediatria generale)
- invio a strutture di secondo livello (specialistica ospedaliera) ed ai servizi territoriali ad accesso diretto (ad esempio consultori, CPS, SerD, ecc.)
- orientamento sanitario con raccolta e diffusione sulle strutture sanitarie presenti sul territorio
- raccolta ed elaborazione dati epidemiologici relativi all’utenza
- raccolta e trasmissione di informazioni relative a legislazione e disposizioni vigenti in materia di assistenza sanitaria e sociali per cittadini migranti
- attività di formazione rivolta a realtà esterne (mediatori culturali, medici del corso di formazione in medicina generale, gruppi di persone migranti, ecc)
- attività di formazione interna per operatori Oikos

Il paziente senza tessera sanitaria

Inoltre l'associazione Oikos lavora in costante contatto con svariate realtà:

- istituzioni sanitarie locali e non solo
- gruppi e associazioni di volontariato e del terzo settore (La Melarancia di Bergamo, Banco Farmaceutico, LILT di Bergamo, ecc)
- società scientifiche (SIMM, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni)
- reti telematiche (GRIS, Gruppo Regionale Immigrazione e Salute; Rete locale sulla salute riproduttiva e sessuale della donna migrante nell'ambito delle attività del Consiglio delle Donne del Comune di Bergamo; Tavolo Asilo sul tema dei rifugiati e richiedenti asilo)
- facoltà universitarie e scuole secondarie per accogliere studenti impegnati in percorsi di tirocinio, master e tesi di laurea.

Tutto questo nella convinzione che la salute sia una condizione che si realizza all'intersezione di una serie complessa di determinanti, non solo biologici, ma anche sociali, culturali, giuridici e politici.

L'ambulatorio medico Oikos offre tre aperture settimanali: nei giorni di Martedì e Giovedì e Sabato.

9) Scopo dello studio

Questo studio ha lo scopo di valutare gli accessi alle cure mediche dei cittadini stranieri senza tessera sanitaria presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e presso l'ambulatorio di medicina generale dell'associazione Oikos di Bergamo, al fine di determinare l'impatto degli accessi impropri al Pronto Soccorso e i bisogni della popolazione immigrata irregolare. Sarà considerata l'opinione dei medici di medicina generale su una eventuale presa in carico di una quota di stranieri senza tessera sanitaria allo scopo di diagnosticare e trattare patologie acute e croniche nel rispetto dei LEA e garantire a tutti l'accesso alla salute.

Il paziente senza tessera sanitaria

10) Materiali e metodi

Lo studio ha carattere retrospettivo per quanto riguarda l'analisi quantitativa dei dati ed è stato condotto presso il Centro EAS (Emergenza Alta Specializzazione) dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e l'ambulatorio di medicina generale dell'associazione Oikos Onlus di Bergamo. Una seconda parte dello studio ha invece carattere qualitativo con interviste a medici di medicina generale della provincia di Bergamo.

Selezione dei dati

Sono stati presi in considerazione tutti i pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio di medicina generale dell'associazione Oikos dal 1° Gennaio 2017 al 31 Dicembre 2017. Di tali pazienti sono stati raccolti:

- Età
- Sesso
- Cittadinanza
- Numero di accessi all'ambulatorio
- Numero di esami strumentali richiesti
- Numero di visite specialistiche richieste
- Patologie diagnosticate
- Motivo di difficoltà per l'accesso al SSN.

Sono inoltre stati presi in considerazione tutti i pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti al Pronto Soccorso (PS) adulti del Centro EAS dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo dal 1° Gennaio 2017 al 31 Dicembre 2017. Di tali pazienti sono stati raccolti:

- Età
- Sesso
- Cittadinanza
- Codice urgenza al triage
- Codice urgenza alla dimissione
- Numero di ricoveri ospedalieri
- Patologie diagnosticate.

Intervista a medici di medicina generale

Sono stati contattati ed intervistati di persona, mediante domande strutturate e semistrutturate e risposte orali, 38 medici di medicina generale operanti negli ambiti della provincia di Bergamo.

Nello specifico è stato chiesto loro di rispondere se accetterebbero di aggiungere ai propri assistiti circa 15 stranieri senza tessera sanitaria, in particolar modo quelli con patologie a carattere cronico, motivando poi la risposta e individuando eventuali criticità.

Metodologia di studio

I dati riguardanti il sesso, l'età e il paese di provenienza sono stati utilizzati per verificare l'omogeneità delle popolazioni in studio.

Sono stati poi utilizzati per la valutazione dell'impatto sugli accessi impropri in Pronto Soccorso i codici urgenza al triage e alla dimissione, le diagnosi di patologie e il numero di ricoveri ospedalieri.

Per ciò che riguarda la possibile presa in carico da parte dei medici di medicina generale dei pazienti senza tessera sanitaria sono state considerate le interviste ai medici di medicina generale, il numero di accessi in Pronto Soccorso con codice Bianco, il numero di accessi all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus e le relative diagnosi di patologie.

Metodologia statistica

Per la descrizione dei dati rilevati sono stati impiegati metodi statistici quali la media, la mediana, la deviazione standard, gli scarti interquartile e le percentuali per le variabili categoriche, continue e discrete.

11) Risultati

Da vari studi è emerso che la stima del numero di stranieri irregolari nella provincia di Bergamo è di 9.600 unità.

Attualmente a Bergamo e provincia sono in servizio, secondo contratto nazionale e assunti per graduatorie pubbliche, 674 medici di medicina generale.

In base al numero di medici di medicina generale attualmente operanti nella provincia di Bergamo, vi sono 14,24 stranieri irregolari per ogni medico di medicina generale.

Pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo

Dal database del Centro EAS dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo sono stati selezionati tutti i pazienti stranieri afferiti al Pronto Soccorso adulti. Pertanto sono stati esclusi gli accessi al Pronto Soccorso Pediatrico e al Pronto Soccorso Ginecologico in quanto categorie protette.

Sono stati poi selezionati tutti i pazienti con età superiore ai 16 anni poiché anche i minori di 16 anni vengono gestiti dal Pronto Soccorso Adulti in caso di traumi.

Dopodiché sono stati selezionati i pazienti con un regime di erogazione delle prestazioni che fosse codificato come "solvente", oppure "stranieri irregolari – categorie protette (età, gravidanza, infettivi)" oppure "stranieri irregolari urgenti – indigenti".

Sono stati poi aggiunti quei pazienti con regime di erogazione delle prestazioni a carico del SSN che però non avevano un codice fiscale ma un codice STP.

Sono stati esclusi quei casi in cui nel database erano presenti sia il codice fiscale che il codice STP e il regime di erogazione era a carico del SSN.

Infine sono stati esclusi tutti i pazienti il cui regime di erogazione delle prestazioni figurava come "stranieri convenzionati – TEAM". Da notare come in alcuni di questi casi compariva erroneamente anche il codice STP oppure il codice fiscale.

Sono stati così identificati 532 pazienti, con un totale di 625 accessi, su 102.293 pazienti afferiti al Pronto Soccorso nel corso del 2017, pari allo 0.61% di tutti gli accessi.

Di questi pazienti, 232 erano femmine con età media di 42,76 anni (DS=16,36) e età mediana di 43 anni e 300 maschi con età media di 37,93 anni (DS=15,66) e età mediana di 34 anni. Per i maschi il primo quartile Q1 corrisponde all'età di 26 anni e il terzo Q3 a 47 anni con uno scarto interquartile di 21 anni. Per le femmine il primo quartile Q1 corrisponde all'età di 27 anni e il terzo quartile Q3 a 56 anni con uno scarto interquartile di 29 anni.

Età	n° maschi	Età	n° femmine
16-20	30	16-20	10
21-30	93	21-30	62
31-40	69	31-40	39
41-50	46	41-50	40
51-60	31	51-60	33
61-70	19	61-70	42
71-80	9	71-80	6
81-90	3	81-90	0

Tabella 2: numero di pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo nell'anno 2017 divisi per classi di età e sesso.

Età	n° visite maschi	Età	n° visite femmine
16-20	33	16-20	10
21-30	115	21-30	70
31-40	80	31-40	44
41-50	57	41-50	52
51-60	38	51-60	39
61-70	21	61-70	47
71-80	10	71-80	6
81-90	3	81-90	0

Tabella 3: numero di visite effettuate a pazienti stranieri senza tessera sanitaria dal Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo nell'anno 2017 divisi per classi di età e sesso.

Il paziente senza tessera sanitaria

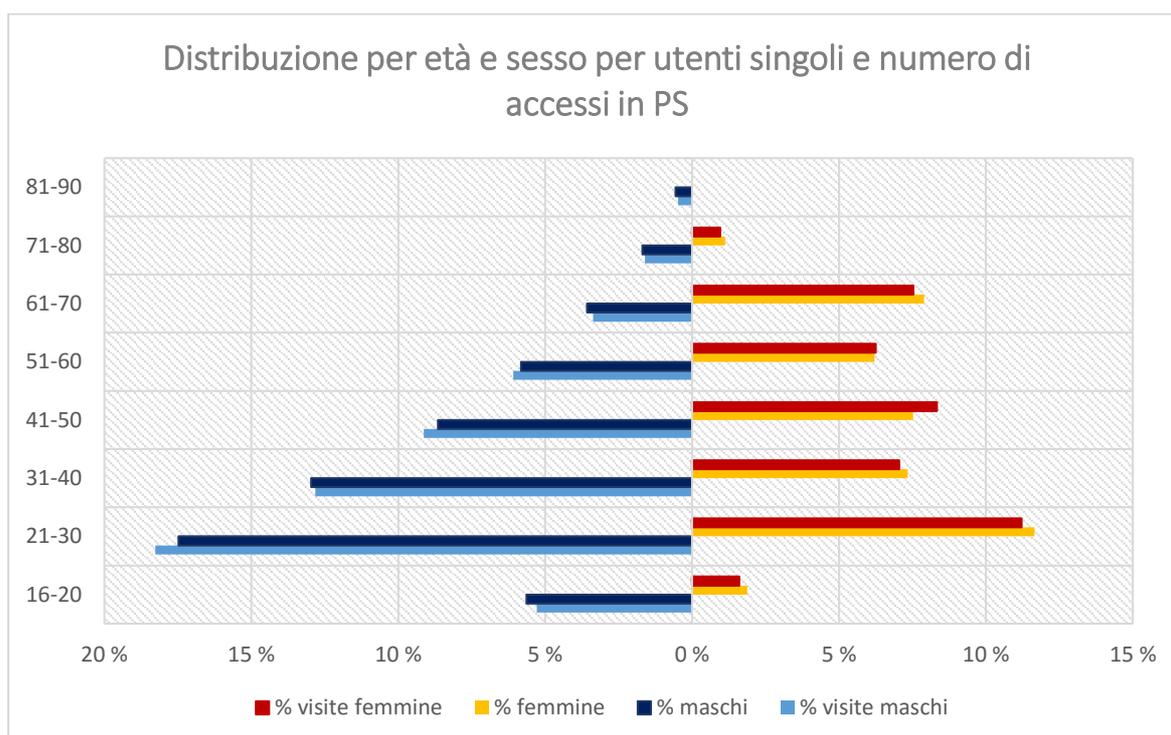


Figura 6: confronto tra numero di pazienti e visite effettuate sul campione di pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo nell'anno 2017 divisi per classi di età e sesso.

Tali pazienti appartengono a 69 cittadinanze straniere differenti dove le maggiormente rappresentate sono quelle albanesi con 76 pazienti, marocchine con 72 pazienti, ucraine con 48 pazienti e rumene con 44 pazienti. Vi sono poi 30 pazienti che sono stati classificati come Apolidi.

Cittadinanza	N° di Pazienti
ALBANIA	76
MAROCCO	72
UCRAINA	48
ROMANIA	44
APOLIDI	30
NIGERIA	28
TUNISIA	25
BOLIVIA	24
BRASILE	23
REPUBBLICA DELL'ARMENIA	17
SENEGAL	17
POLONIA	14
COSTA D'AVORIO	13
PAKISTAN	12

Tabella 4: elenco delle principali cittadinanze di appartenenza dei pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo nell'anno 2017.

Al triage sono stati assegnati 54 “Non urgente – Codice Bianco”, 428 “Urgenza differibile – Codice Verde”, 129 “Urgenza – Codice Giallo” e 14 “Urgenza immediata – Codice Rosso”.

Alla dimissione troviamo invece che 132 pazienti si sono allontanati dal Pronto Soccorso volontariamente prima di essere visitati da un medico. 124 pazienti hanno ricevuto alla dimissione il Codice Bianco di non urgenza. 301 pazienti sono stati dimessi con Codice Verde di urgenza differibile. 64 pazienti hanno avuto un Codice Giallo di urgenza alla dimissione. E infine 4 pazienti sono stati dimessi dal Pronto Soccorso con codice Rosso di urgenza immediata.

Codici urgenza assegnati al triage e alla Dimissione

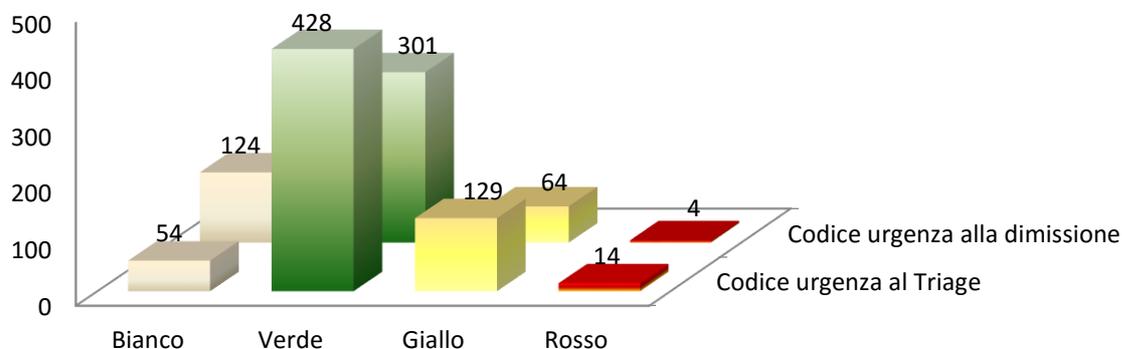


Figura 7: confronto dei codici di urgenza assegnati al triage e alla dimissione ai pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti al Pronto Soccorso dell’Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo nell’anno 2017.

- 383 Pazienti sono stati dimessi dopo le cure del caso.
- 17 sono stati dimessi dopo un breve periodo di osservazione in Pronto Soccorso.
- 26 pazienti si sono autodimessi o allontanati prima della conclusione del percorso diagnostico terapeutico.
- 56 pazienti sono stati ricoverati
- 3 hanno rifiutato il ricovero
- Infine 6 sono stati trasferiti presso altre strutture sanitarie

Il paziente senza tessera sanitaria

Tra i reparti di ricovero spicca il numero di ricoverati in Psichiatria, 11 ricoveri, seguito poi dai reparti di Cardiologia (6 ricoveri), Chirurgia e Malattie infettive con 5 ricoveri ciascuno, poi Neurologia e Pneumologia con 4 ricoveri ciascuno e Medicina Interna e Ortopedia con 3 ricoveri ciascuno.

REPARTO DI RICOVERO	N° di pazienti ricoverati
PSICHIATRIA	11
CARDIOLOGIA	6
CHIRURGIA	5
MALATTIE INFETTIVE	5
NEUROCHIRURGIA	5
NEUROLOGIA	4
PNEUMOLOGIA	4
MEDICINA INTERNA	3
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	2
CHIRURGIA PLASTICA	2
CARDIOCHIRURGIA	1
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	1
GASTROENTEROLOGIA	1
NEUROLOGIA STROKE UNIT	1
OTORINOLARINGOIATRIA	1
UROLOGIA	1

Tabella 5: numero di ricoveri ospedalieri effettuati a pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo nell'anno 2017.

Tra i pazienti ricoverati figurano:

- 3 ricoveri per insufficienza cardiaca congestizia acuta in pazienti con scompenso cardiaco congestizio che non assumevano regolarmente la terapia antipertensiva e diuretica (non viene specificato il motivo);
- 1 ricovero per diabete mellito di tipo 2 scompensato in paziente noto per diabete mellito tipo 2 in terapia ipoglicemizzante orale che aveva smesso di assumere la terapia da tempo imprecisato (non viene specificato il motivo);
- 1 ricovero per polmonite interstiziale in paziente HIV positivo che non assumeva la terapia antiretrovirale (anche in questo caso non viene specificato il motivo);
- 1 ricovero per insufficienza respiratoria acuta in paziente obeso con insufficienza respiratoria cronica.

Per gli altri ricoveri non è stato possibile determinare se fossero dovuti a riacutizzazioni di patologie croniche.

Le diagnosi codificate secondo la Classificazione internazionale delle malattie ICD9-CM e assegnate ai pazienti dai medici del Pronto Soccorso non sempre sono esplicative del reale problema affrontato, in 24 casi la diagnosi viene codificata come “ALTRA E NON SPECIFICATA PATOLOGIA”, in 17 casi come “ALTRI DISTURBI DA DOLORE” o in altri 17 casi come “ALTRO MALESSERE ED AFFATICAMENTO”.

Sono state analizzate dunque le note descrittive nella cartella clinica di ciascun paziente al fine di elaborare ove possibile una casistica di patologie suddivise per apparato o gruppo come evidenziato nella tabella 6.

AMBITO DELLA PATOLOGIA	Numero di casi
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA	122
APPARATO DIGERENTE	67
APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	38
NEUROLOGIA	37
PSICHIATRIA	32
OTORINO	26
APPARATO RESPIRATORIO	25
DERMATOLOGIA	23
OCULISTICA	23
NEFROLOGIA / UROLOGIA	22
MALATTIE INFETTIVE	22
MALATTIE ENDOCRINE E METABOLISMO	11
TUMORI	8
GINECOLOGIA	4
EMATOLOGIA	2
ANDROLOGIA	1

Tabella 6: numero di diagnosi raggruppate per ambito o apparato assegnate ai pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti al Pronto Soccorso dell’Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo nell’anno 2017.

Pazienti senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio per migranti di Oikos

Nel 2017 sono stati visitati 698 pazienti senza tessera sanitaria nell'ambulatorio dell'associazione Oikos di Bergamo. Di questi 319 pazienti erano di sesso maschile con età media di 33,87 anni (DS 13,37) e età mediana di 32 anni, mentre 379 erano di sesso femminile con età media di 39,21 anni (DS 16,01) ed età mediana di 38 anni. Per i maschi il primo quartile Q1 corrisponde all'età di 25 anni e il terzo Q3 a 40,5 anni con uno scarto interquartile di 15,5 anni. Per le femmine il primo quartile Q1 corrisponde all'età di 26 anni e il terzo quartile Q3 a 51 anni con uno scarto interquartile di 25 anni.

Età	n° maschi	Età	n° femmine
0-10	4	0-10	9
11-20	39	11-20	21
21-30	101	21-30	101
31-40	95	31-40	78
41-50	51	41-50	72
51-60	15	51-60	56
61-70	8	61-70	31
71-80	4	71-80	9
81-90	2	81-90	2

Tabella 7: numero di pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo nell'anno 2017 divisi per classi di età e sesso.

Durante il 2017 sono state effettuate 1358 visite di cui 727 per pazienti di sesso femminile (pari a 1,92 visite per utente femmina) e 631 per pazienti di sesso maschile (pari a 1,98 visite per utente maschio).

Età	n° visite maschi	Età	n° visite femmine
0-10	5	0-10	10
11-20	60	11-20	35
21-30	190	21-30	167
31-40	170	31-40	147
41-50	109	41-50	161
51-60	54	51-60	136
61-70	33	61-70	55
71-80	8	71-80	14
81-90	2	81-90	2

Tabella 8: numero visite effettuate a pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo nell'anno 2017 divisi per classi di età e sesso.

Distribuzione per età e sesso per utenti singoli e numero di accessi a Oikos

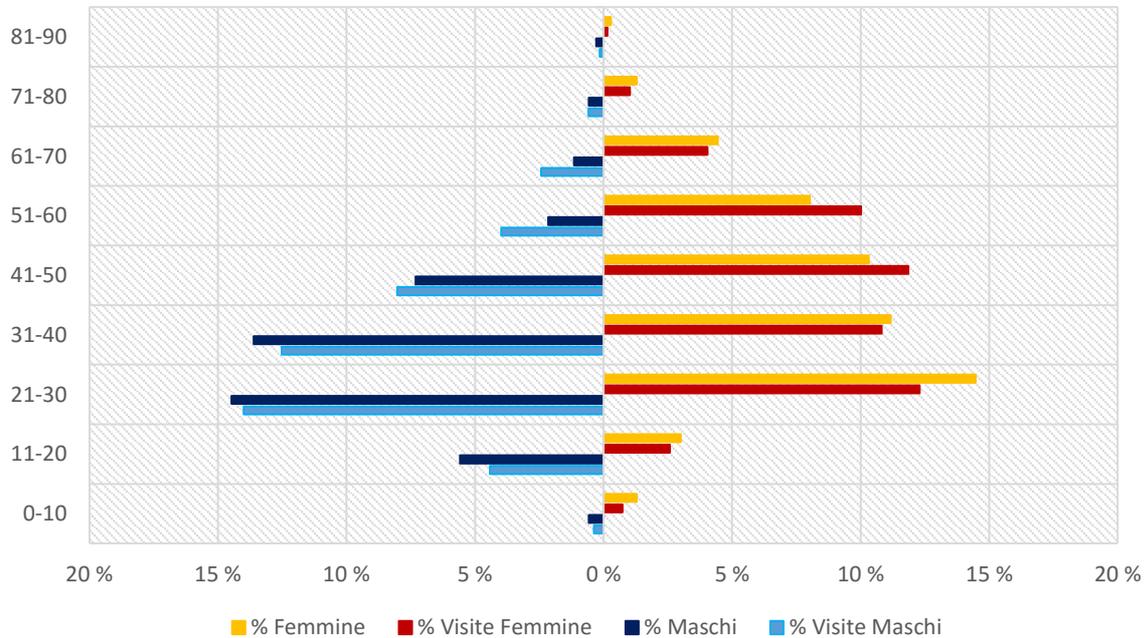


Figura 8: confronto tra numero di pazienti e visite effettuate sul campione di pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus nell'anno 2017 divisi per classi di età e sesso.

Cittadinanza	N° di Pazienti
Ucraina	134
Nigeria	100
Marocco	84
Bolivia	62
Senegal	46
Albania	27
Pakistan	24
Romania	22
Brasile	20
Bangladesh	13
Costa d'Avorio	13
Tunisia	12
Cinese, Rep. Popolare	9
El Salvador	8
Somalia	8
Eritrea	7
India	7

Tabella 9: principali cittadinanze di appartenenza dei pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo nell'anno 2017.

Il paziente senza tessera sanitaria

Le nazionalità più rappresentate (Tabella 9) sono quella ucraina con 134 pazienti, quella nigeriana con 100 pazienti e quella marocchina con 84 pazienti.

Nei successivi grafici è possibile osservare il numero di visite effettuate dall'ambulatorio di Oikos dal 1994 al 2017 suddivise per fasce di età sia in totale (Figura 9), sia separatamente per maschi (Figura 10) che per femmine (Figura 11).

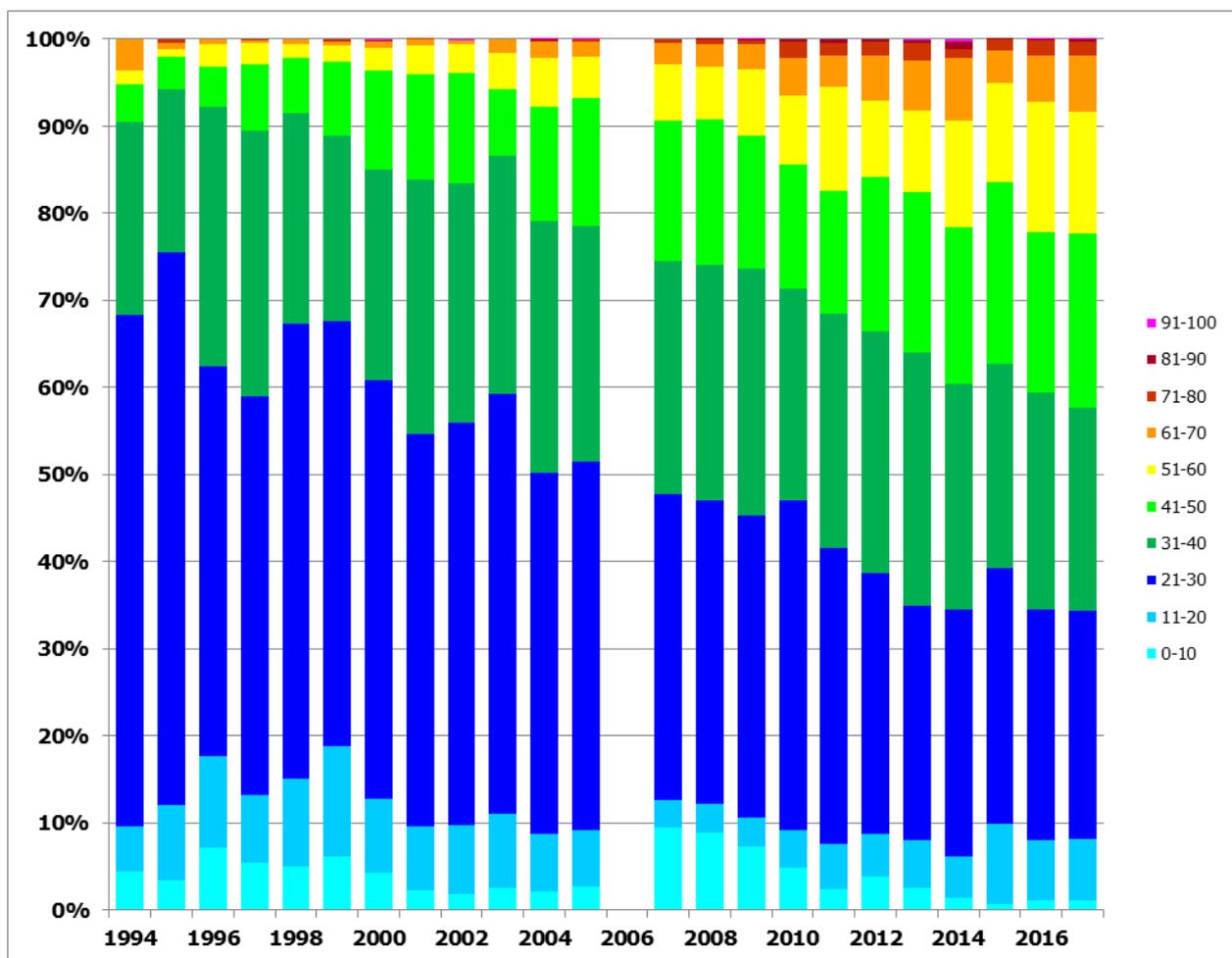


Figura 9: visite effettuate a pazienti stranieri senza tessera sanitaria offeriti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo dall'anno 1994 al 2017 divisi per classi di età.

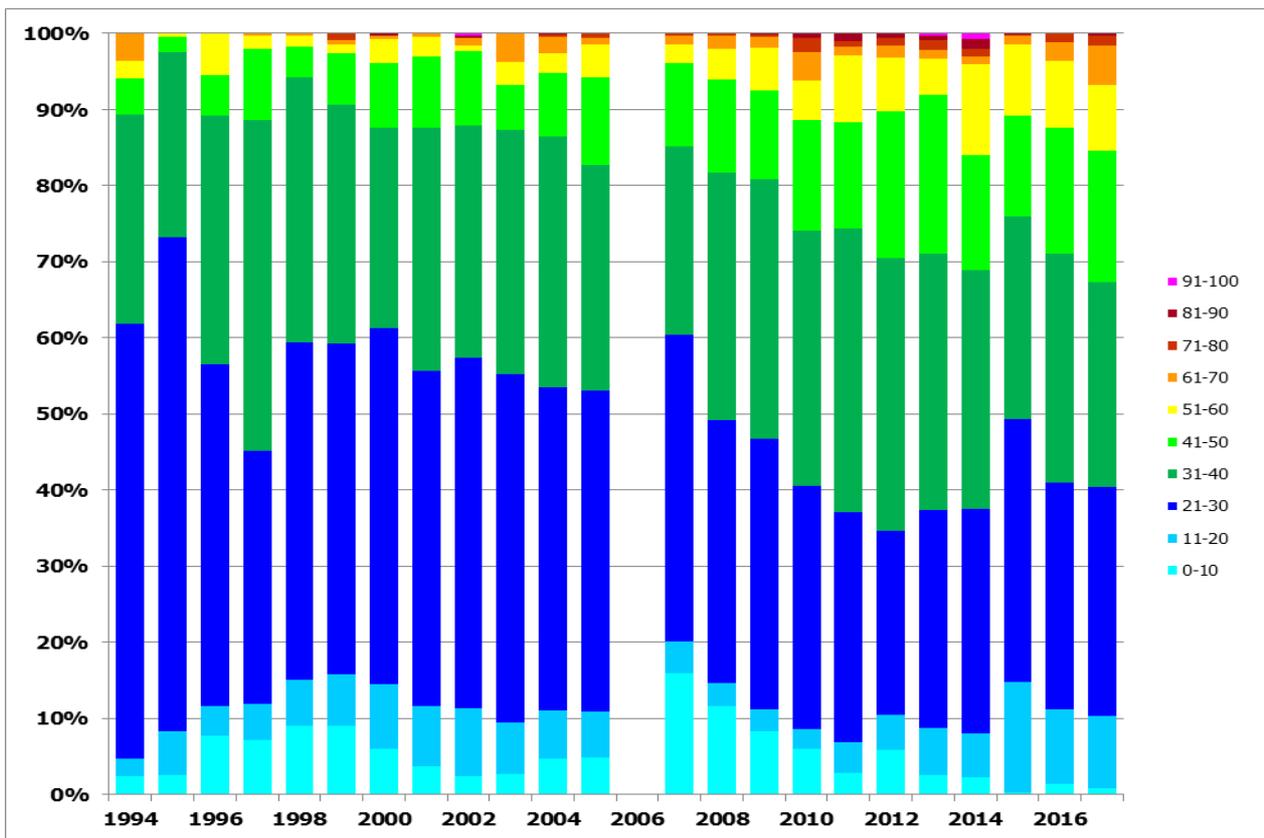


Figura 10: visite effettuate a pazienti maschi stranieri senza tessera sanitaria offeriti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo dall'anno 1994 al 2017 divisi per classi di età.

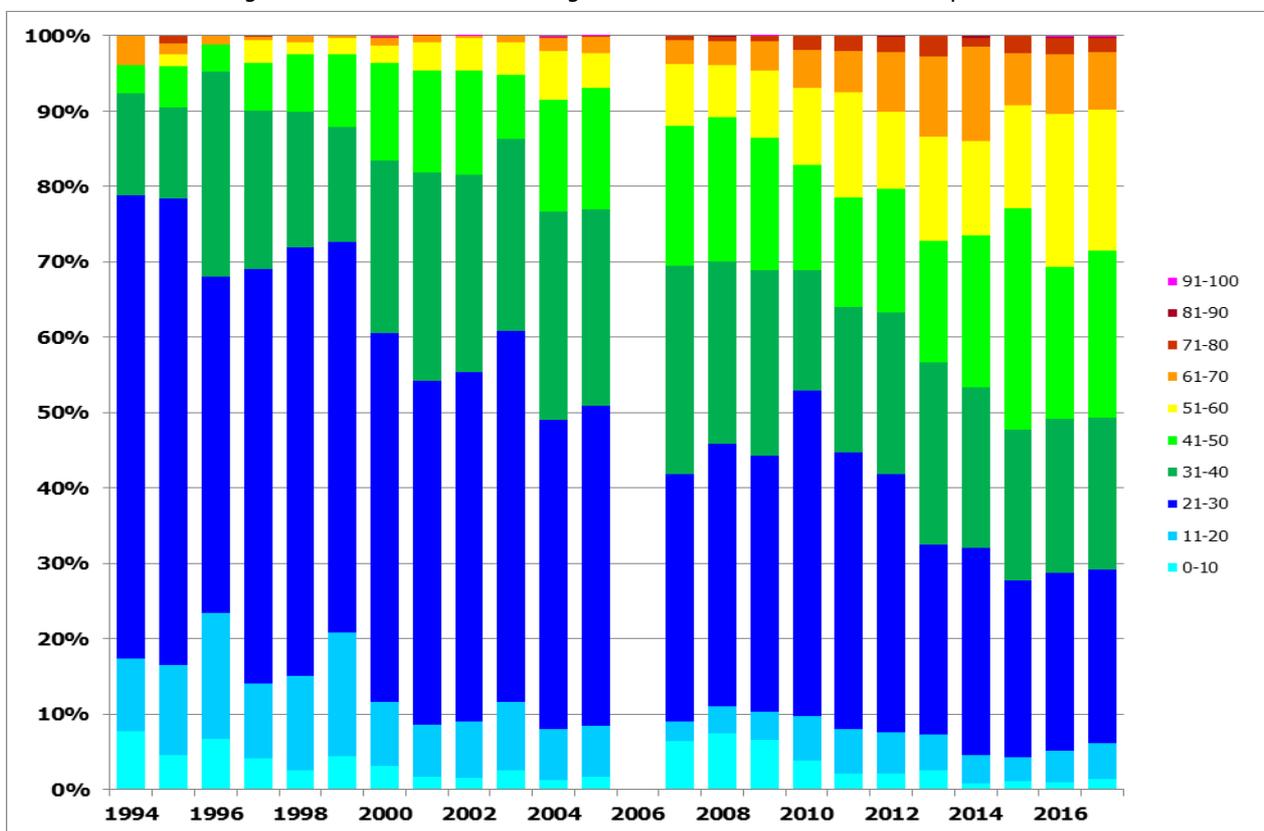


Figura 11: visite effettuate a pazienti femmine straniere senza tessera sanitaria offerite all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo dall'anno 1994 al 2017 divise per classi di età.

Il paziente senza tessera sanitaria

Secondo i dati estrapolati dal database di Oikos riguardanti i pazienti visitati nel 2017, sono stati richiesti esami di laboratorio nel 14,1% dei casi; nel 18,5% sono state richieste visite specialistiche; nel 13,3% sono state prescritte indagini strumentali (ad esempio radiografie, ecografie, TC); nello 0,8% dei casi i pazienti sono stati inviati in Pronto Soccorso; nello 0,1% dei casi sono state formulate proposte di ricovero ospedaliero; nel 2,8% la visita si è conclusa con un invio del paziente a strutture sanitarie territoriali; nel 57,2% delle visite sono stati prescritti dei farmaci; infine nel 48,7% dei casi i farmaci prescritti sono stati consegnati direttamente ai pazienti dalla farmacia di Oikos.

Esito delle visite negli ambulatori di Oikos nell'anno 2017		%
Numero visite	1.358	
Richiesta esami di laboratorio	191	14,1%
Richiesta visite specialistiche	251	18,5%
Richiesta indagini strumentali	180	13,3%
Invio a pronto soccorso	11	0,8%
Proposta di ricovero	2	0,1%
Invio a strutture sanitarie territoriali	38	2,8%
Prescrizione terapia farmaci	777	57,2%
Consegna farmaci	662	48,7%

Tabella 10: esito delle visite a pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo nell'anno 2017.

Ai pazienti afferiti agli ambulatori di Oikos nel corso del 2017 sono state assegnate le diagnosi descritte nella Tabella 11 e nella Figura 12, suddivise e raggruppate per ambito o apparato coinvolto dalla patologia (il database di Oikos non utilizza alcuna Classificazione ICD). Ad alcuni pazienti sono state assegnate anche più di una diagnosi.

Ambito della patologia	Numero di casi
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA	274
APPARATO DIGERENTE	220
APPARATO RESPIRATORIO	167
GINECOLOGIA	152
DERMATOLOGIA	126
APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	87
MALATTIE ENDOCRINE E METABOLISMO	69
CONTROLLO SALUTE	65
OCULISTICA	52
PSICHIATRIA	45
NEFROLOGIA / UROLOGIA	41
NEUROLOGIA	40
OTORINO	31
MALATTIE INFETTIVE	28
EMATOLOGIA	20
ANDROLOGIA	8
TUMORI	7

Tabella 11: numero di diagnosi raggruppate per apparato o ambito effettuate a pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo nell'anno 2017.

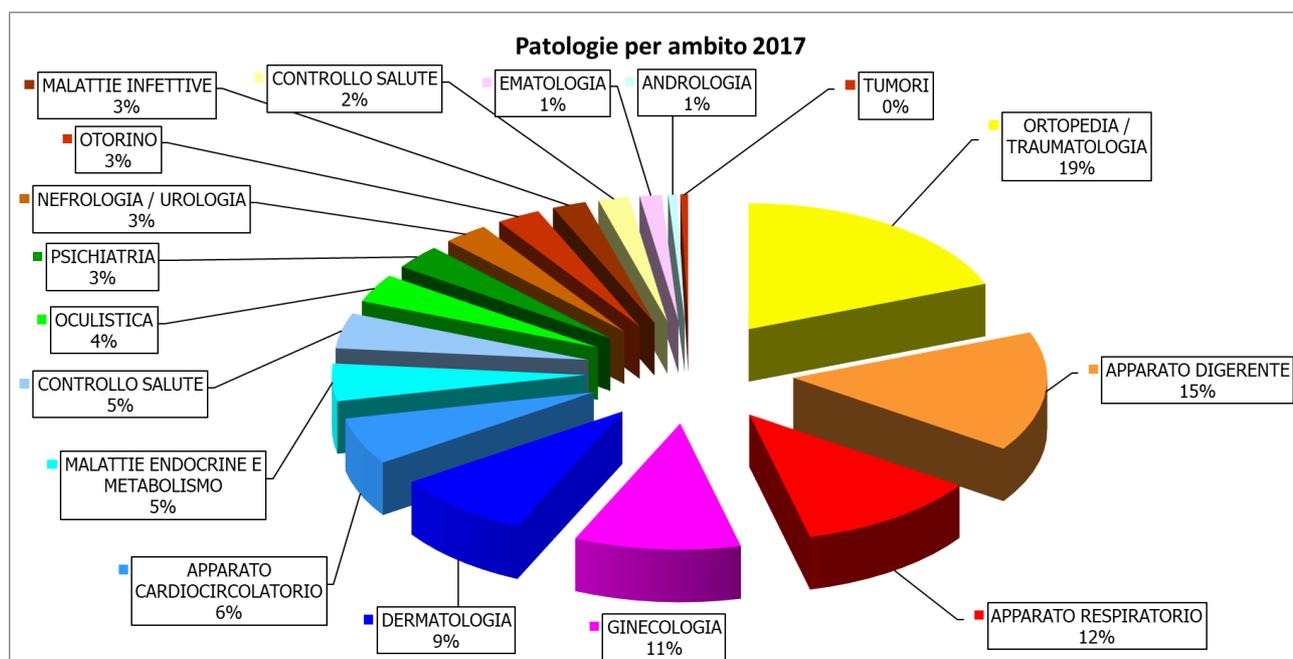


Figura 12: percentuali di diagnosi raggruppate per apparato o ambito effettuate a pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo nell'anno 2017.

Il paziente senza tessera sanitaria

Tra le patologie diagnosticate è stato possibile identificare nel dettaglio il seguente numero di pazienti affetti da patologie croniche:

- 29 pazienti affetti da patologia distiroidea (non specificato se ipertiroidismo o ipotiroidismo);
- 4 pazienti con scompenso cardiaco congestizio;
- 34 pazienti con diabete mellito (non specificato se tipo 1, 2 o altro);
- 17 pazienti con cirrosi epatica;
- 46 pazienti con ipertensione arteriosa;
- 13 pazienti affetti da patologia neoplastica.

La maggior parte dei pazienti (il 58,6%) che si è recato a visita agli ambulatori di Oikos nel 2017 ha effettuato un unico accesso in tutto l'anno. Il 20,6% dei pazienti è stato visitato due volte. Il 9% ha ricevuto 3 visite mediche mentre l'11,7% dei pazienti si è recato in ambulatorio 4 o più volte durante tutto l'anno.

Numero accessi in ambulatorio	Numero pazienti	%
1	409	58,6
2	144	20,6
3	63	9,0
4	31	4,4
5	21	3,0
6	7	1,0
7	5	0,7
8	7	1,0
9	5	0,7
10	2	0,3
11	3	0,4
12	1	0,1

Tabella 12: numero di accessi in ambulatorio dei singoli pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo nell'anno 2017.

A tutti i pazienti registrati nel database di Oikos è stato chiesto quale fosse il motivo per cui non erano iscritti al SSN (Tabella 13). L'86,8% ha risposto che non aveva diritto all'iscrizione al SSN. Mentre il restante 13,2% ha affermato di non essersi iscritto al SSN per problematiche di tipo burocratico o amministrativo, oppure per mancanza di informazioni, per assenza della residenza, o di trovarsi in attesa o in corso di iscrizione al SSN ma di essere nel frattempo privo della tessera sanitaria.

Motivo di non iscrizione al SSN	N° di pazienti	%
Non avente diritto	584	86,8
Difficoltà amministrativo - burocratiche	38	5,6
In corso di iscrizione	24	3,6
In attesa di iscrizione	10	1,5
Mancanza di informazioni	7	1,0
Altro	5	0,7
Assenza di residenza/domicilio	5	0,7

Tabella 13: motivazione per le quali i pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo nell'anno 2017 non si sono potuti iscrivere al SSN.

Tra i pazienti visitati negli ambulatori di Oikos durante il 2017, 186 pazienti su 698 (pari al 26,6%) erano stati già presi in carico da Oikos negli anni precedenti. In particolare il 9,5% dei pazienti aveva avuto il primo accesso nel 2016, il 5% nel 2015, l'8,9% distribuito negli anni dal 2010 al 2014 e il restante 3,2% aveva avuto il primo accesso negli anni precedenti al 2010 con casi isolati di pazienti giunti agli ambulatori di Oikos nel 2001 e 2002.

Anno di presa in carico	N° di pazienti	%
2001	1	0,1
2002	1	0,1
2004	4	0,6
2005	4	0,6
2006	3	0,4
2007	2	0,3
2008	4	0,6
2009	4	0,6
2010	8	1,1
2011	8	1,1
2012	11	1,6
2013	17	2,4
2014	18	2,6
2015	35	5,0
2016	66	9,5

Tabella 14: anno di presa in carico e prima visita medica effettuata da pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo nell'anno 2017

Il paziente senza tessera sanitaria

Interviste ai medici di medicina generale

Sono stati intervistati, nel corso del 2018, 38 medici di medicina generale selezionati casualmente dall'elenco disponibile sul sito dell'ATS di Bergamo. Tra questi 15 medici con ambulatorio nell'ambito della città di Bergamo e 23 con ambulatorio nella provincia di Bergamo. È stato chiesto loro se sarebbero disposti ad accettare non più di 15 stranieri senza tessera sanitaria oltre ai propri pazienti. Questa quota aggiuntiva verrebbe applicata anche a chi ha raggiunto il numero massimale di pazienti assistibili. È stato garantito l'anonimato delle risposte.

In totale 31 medici (di cui 12 con ambulatorio nella città di Bergamo e 19 nella provincia di Bergamo) accetterebbero di aggiungere 15 immigrati irregolari ai propri assistiti, mentre 7 non accetterebbero (di cui 3 con ambulatorio nella città di Bergamo e 4 nella provincia).

È stato poi chiesto loro di motivare la loro risposta e infine di esprimere un parere sulle possibili criticità nella gestione di tali pazienti.

Sono così emerse le seguenti criticità:

- difficoltà di gestione di una eventuale terapia cronica nel caso in cui questi pazienti non vivano stabilmente nell'ambito di riferimento;
- problemi di tipo burocratico per l'utilizzo di ricette - dematerializzate e non - nel caso in cui i pazienti non siano in possesso né di codice STP né del codice fiscale;
- problemi linguistici potrebbero ostacolare la reciproca comprensione.

Tra le motivazioni che porterebbero i medici ad accettare dei pazienti stranieri senza tessera sanitaria, sono emersi:

- la disposizione ad accettare un malato cronico come loro paziente per evitare acuzie ed accessi impropri in Pronto Soccorso;
- la disponibilità data già in passato a visitare pazienti stranieri senza tessera sanitaria portati nei loro ambulatori da amici o parenti;
- il problema di quei pazienti con patologie croniche che si vedono rifiutare le prescrizioni nel momento in cui la loro tessera sanitaria scade e devono aspettare il rinnovo per essere nuovamente presi in carico dal medico di medicina generale;
- il problema di offrire un'assistenza sanitaria capillare in tutta la provincia.

Tra i motivi di rifiuto invece sono emersi:

- la difficoltà ad accettare ulteriori pazienti oltre il massimale poiché alcuni medici lo avevano già superato;
- i dubbi sul fatto che tale quota di pazienti venisse riconosciuta e retribuita dall'ATS;
- l'incapacità di parlare una lingua straniera.

12) Discussione

Criticità dello studio

I pazienti stranieri senza tessera sanitaria presi in considerazione in questo studio rappresentano solo una sottostima del campione reale a causa del metodo di selezione dei casi applicato. Non è possibile infatti stabilire quanti stranieri irregolari nella provincia di Bergamo necessitino di cure mediche urgenti, ordinarie o croniche poiché:

- il numero di stranieri irregolari presenti nella provincia di Bergamo è solo una stima del valore reale;
- il progetto di migrazione di uno straniero irregolare può portare a modificazioni anche consistenti della stima dei residenti nella provincia;
- non sono stati considerati gli accessi ai Pronto Soccorso di tutti gli ospedali della provincia di Bergamo.

Inoltre il database delle patologie diagnosticate dai medici di Oikos non segue la Classificazione internazionale delle malattie ICD9-CM come nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, rendendo nella maggior parte dei casi possibile solo l'identificazione dell'ambito a cui fa riferimento la patologia riscontrata senza che però sia specificata la patologia stessa.

Anche nel database dei pazienti afferiti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo vi sono diverse criticità in quanto non sempre si trovano riferimenti precisi in merito alla patologia riscontrata e vengono talvolta utilizzate voci generiche della classificazione ICD9-CM.

Infine le interviste ai medici di medicina generale raccolgono le opinioni solo di un campione ristretto e quindi non rappresentativo dell'intera categoria operante nella provincia di Bergamo.

Analisi dei risultati

I periodi considerati per questo studio esplorano lo stesso arco di tempo in modo da tener conto della variabilità stagionale di incidenza delle malattie infettive e della variabilità del numero di stranieri irregolari presenti sul territorio.

Confronto tra fasce di età

La distribuzione delle età, rapportata al numero di visite, dei pazienti afferiti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII e quella dei pazienti afferiti all'ambulatorio di Oikos rivelano caratteristiche molto simili (Figura 13 e 14):

- un picco di visite nella popolazione maschile tra i 21-30 anni e tra i 31-40 anni
- una distribuzione più omogenea delle visite nella popolazione femminile nelle classi di età dai 21 ai 60 anni;
- un ulteriore picco di visite nella sola popolazione femminile afferita al Pronto Soccorso nella classe di età tra i 61-70 anni.

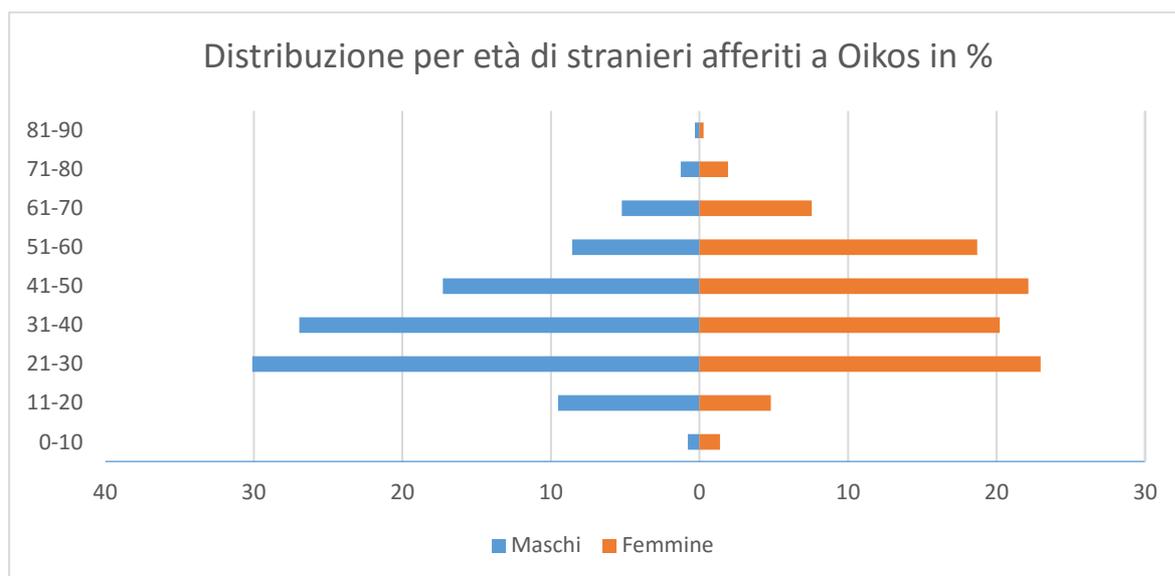


Figura 13: numero visite effettuate a pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti all'ambulatorio di medicina generale di Oikos Onlus di Bergamo nell'anno 2017 divisi per classi di età e sesso.

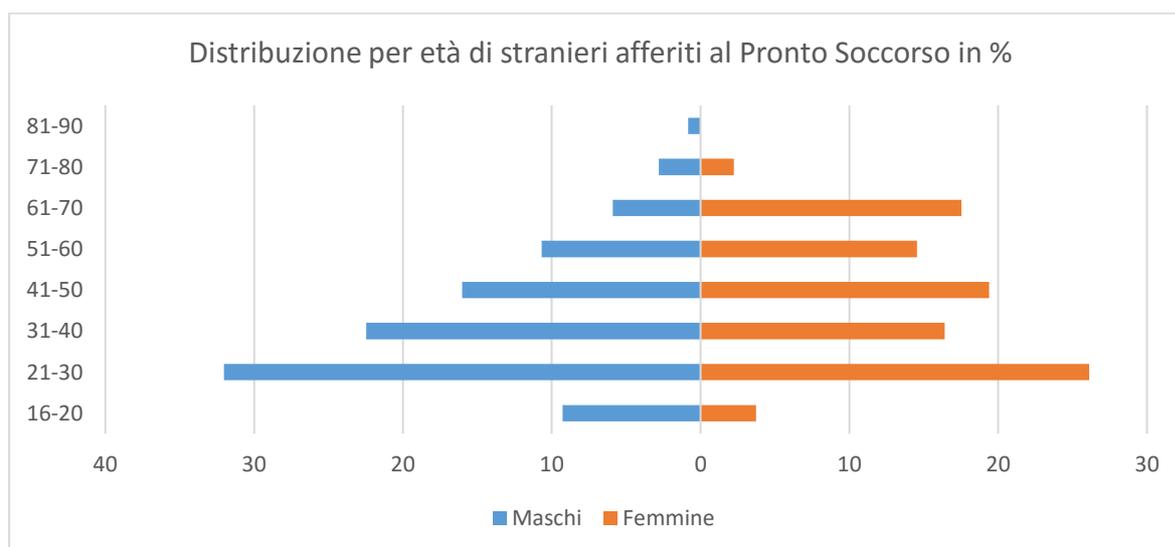


Figura 14: numero di visite effettuate a pazienti stranieri senza tessera sanitaria dal Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo nell'anno 2017 divisi per classi di età e sesso.

Il paziente senza tessera sanitaria

Osservando inoltre la Figura 9 riguardante il numero di visite effettuate dall'ambulatorio di Oikos negli anni dal 1994 al 2017 suddivise per fasce di età appare evidente un trend in diminuzione della percentuale di stranieri irregolari nella classe di età tra i 21 e 30 anni e un trend in aumento invece delle classi di età oltre i 41 anni.

Questo andamento si può osservare anche nella Figura 10 dove sono rappresentate le visite effettuate dal 1994 al 2017 ai soli maschi stranieri irregolari giunti agli ambulatori di Oikos ed è ancora più evidente e marcato il trend in aumento della popolazione femminile over 41 anni nella Figura 11 in coerenza con i dati sulle visite effettuate in Pronto Soccorso nel 2017.

Questo dimostra la presenza di una crescente popolazione di stranieri irregolari più anziani con un bisogno maggiore di assistenza sanitaria.

Come evidenziato dalla Tabella 15, tra i pazienti giunti a Oikos, risultano più bisognosi di visite mediche e controlli quelli delle fasce di età sopra i 40 anni dove il rapporto visite/paziente è superiore a 2.

Età	Rapporto n° visite/utente maschio	Età	Rapporto n° visite/utente femmina
0-10	1,25	0-10	1,11
11-20	1,54	11-20	1,67
21-30	1,88	21-30	1,65
31-40	1,79	31-40	1,88
41-50	2,14	41-50	2,24
51-60	3,60	51-60	2,43
61-70	4,13	61-70	1,77
71-80	2,00	71-80	1,56
81-90	1,00	81-90	1,00

Tabella 15: Rapporto del numero di visite per utente straniero senza tessera sanitaria offerito all'ambulatorio di Oikos nell'anno 2017 diviso per sesso e classi di età.

Risulta invece che il rapporto di accessi in Pronto Soccorso per utente sia inferiore a 2 in ogni fascia di età (Tabella 16).

Età	Rapporto n° visite/utente maschio	Età	Rapporto n° visite/utente femmina
16-20	1,10	16-20	1,00
21-30	1,24	21-30	1,13
31-40	1,16	31-40	1,13
41-50	1,24	41-50	1,30
51-60	1,23	51-60	1,18
61-70	1,11	61-70	1,12
71-80	1,11	71-80	1,00
81-90	1,00	81-90	

Tabella 16: Rapporto del numero di visite per utente straniero senza tessera sanitaria offerito al Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo nell'anno 2017 diviso per sesso e classi di età.

Vi è però in questo caso una possibile sottostima del rapporto di accessi in Pronto Soccorso per utente in quanto non sono stati considerati tutti gli altri Pronto Soccorso della città di Bergamo e provincia ai quali uno stesso utente può aver richiesto una o più visite durante l'anno.

Distribuzione delle nazionalità

Le principali cittadinanze dei pazienti afferiti al Pronto Soccorso mostrano un numero elevato di stranieri irregolari provenienti dall'Albania, Marocco, Ucraina e Romania (Tabella 4) coerentemente con la distribuzione delle cittadinanze degli stranieri residenti nella provincia di Bergamo (Figura 4).

All'ambulatorio di Oikos le cittadinanze più rappresentate sono invece quella Ucraina, Nigeriana, Marocchina e Boliviana (Tabella 9).

Questa differenza può trovare la sua spiegazione nel fatto che l'ospedale e il Pronto Soccorso sono luoghi universalmente riconosciuti nei quali ricevere assistenza sanitaria, mentre l'ambulatorio di Oikos, essendo esterno all'ospedale, è conosciuto solo tramite il passaparola (soprattutto nelle comunità di stranieri con la stessa cittadinanza), la pubblicità su volantini o internet oppure per proposta diretta di volontari di altre associazioni o personale sanitario informato dell'esistenza dei servizi offerti da Oikos.

Codici urgenza in Pronto Soccorso

Osservando il numero di codici urgenza assegnati in Pronto Soccorso al triage ma soprattutto alla dimissione si nota un numero elevato di codici bianchi rapportato al numero di utenti visitati: ben il 25,15% dei pazienti ha ricevuto un codice bianco alla dimissione che indica la non urgenza e non criticità del paziente.

I pazienti che hanno ricevuto alla dimissione un codice verde (definiti quindi poco critici con assenza di rischi evolutivi e con prestazione differibile) sono il 61,05%.

Appare evidente come un quarto dei pazienti recatisi in Pronto Soccorso poteva essere gestito nell'ambulatorio di un medico di medicina generale (codici bianchi) e che più della metà potevano essere gestiti non in urgenza (codici verdi).

Ambito delle patologie ed esito delle visite

Tra le patologie riscontrate sia dal Pronto Soccorso che dai medici di Oikos (Figura 15) risultano in maggioranza:

- quelle in ambito ortopedico/traumatologico (19,1% in Oikos e 26,3% in PS) tra cui, ma non solo, a titolo esemplificativo, i traumi osteomuscolari, le gonalgie o le rachialgie;
- quelle riguardanti l'apparato digerente (15,4% in Oikos e 14,5% in PS).

Si nota poi come in Pronto Soccorso le altre patologie più riscontrate sono in ambito cardiologico (8,2%), neurologico (7,9%) e psichiatrico (6,9%).

Mentre in Oikos le altre patologie più riscontrate sono quelle dell'apparato respiratorio (11,6%), quelle in ambito ginecologico (10,6%), dermatologico (8,7%) e cardiologico (6,0%).

Il paziente senza tessera sanitaria

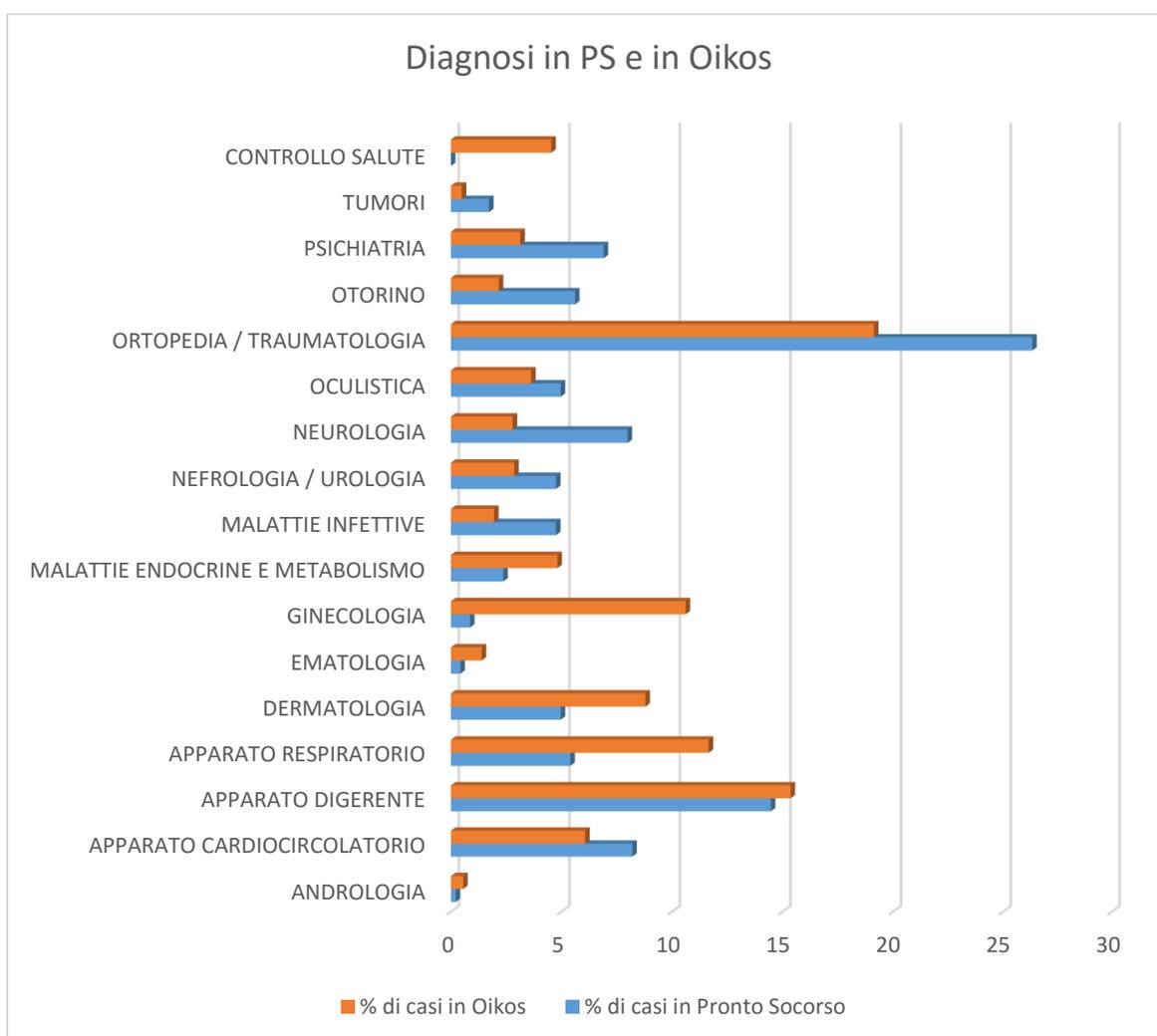


Figura 15: Confronto tra gli ambiti di patologie riscontrate tra i pazienti stranieri senza tessera sanitaria afferiti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e quelli afferiti all'ambulatorio di Oikos nell'anno 2017

Dal Pronto Soccorso sono stati effettuati 56 ricoveri (pari all'8,96% degli accessi) nei reparti soprattutto di Psichiatria (1,76%), Cardiologia (0,96%), Chirurgia generale (0,8%), Malattie Infettive (0,8%), Neurochirurgia (0,8%) e Neurologia (0,64%).

Appare evidente come lo stigma, spesso affibbiato agli stranieri irregolari, di portatori di malattie infettive sia smentito da questi dati dove sia in Pronto Soccorso che in Oikos le patologie infettive risultano al di sotto del 5% delle visite con solo lo 0,8% di ricoveri ospedalieri.

Tra i pazienti ricoverati è stato possibile identificare 6 ricoveri per riacutizzazioni di patologie a carattere cronico già note ai pazienti. Tra questi, in 5 casi la causa era identificabile nella mancata assunzione regolare della terapia cronica. Nelle cartelle cliniche del Pronto Soccorso non viene segnalato il motivo per cui tali pazienti avevano cessato l'assunzione dei loro farmaci.

Secondo quanto riportato dalla Tabella 10 solo lo 0,9% delle visite svoltesi in Oikos si è concluso con una proposta di ricovero ospedaliero o in Pronto Soccorso. La necessità di approfondimenti specialistici e diagnostici invece non supera il 18,5% delle visite.

Grazie alla presenza di una farmacia interna a Oikos è stato possibile, nella maggior parte dei casi fornire direttamente al paziente la terapia prescritta. Infatti nel 57,2% delle visite è stato prescritto un farmaco che nell'85,2% dei casi è stato anche consegnato al paziente (pari al 48,7% delle visite). Lo status giuridico e la conseguente difficoltà a trovare un lavoro può mettere in seria difficoltà economica questa tipologia di pazienti, in particolar modo quelli affetti da una patologia cronica che necessitano di una terapia continuativa per evitare scompensi o riacutizzazioni con conseguente ricovero per trattamenti acuti e urgenti. Basti pensare ai pazienti diabetici o ipertesi oppure affetti da broncopatia cronica ostruttiva (BPCO) le cui terapie devono essere assunte quotidianamente e talora richiedono un impegno economico notevole nel caso in cui i farmaci vengano comprati a prezzo pieno con ricetta bianca senza esenzioni.

In alcuni casi i medici di Oikos hanno inviato un paziente affetto da patologia cronica a specialisti ospedalieri per la presa in carico e prescrizione di farmaci e presidi che richiederebbero un elevato costo in denaro. Per fare un esempio, un paziente affetto da diabete mellito di tipo 1 necessita oltre che dell'insulina anche delle siringhe, aghi, lancette pungidito e reagenti per la misurazione della glicemia che dovrà utilizzare più volte al giorno ogni giorno con costi poco sostenibili.

La mancata possibilità di utilizzare il ricettario regionale da parte dei medici di Oikos impone l'invio di questa categoria di pazienti cronici a specialisti ospedalieri per le prescrizioni necessarie, compito che, per chi è in possesso di una tessera sanitaria, viene normalmente svolto dal medico di medicina generale.

Abbiamo già osservato come la popolazione straniera irregolare stia subendo un trend in aumento dell'età media a cui segue di conseguenza un aumento anche delle patologie a carattere cronico.

Sebbene il database di Oikos non sia stato organizzato secondo la Classificazione internazionale delle malattie è stato possibile identificare almeno 143 pazienti affetti da una patologia cronica. Nella maggior parte dei casi, il dettaglio nel database delle patologie diagnosticate dai medici di Oikos non consente l'individuazione precisa della patologia segnalata in quanto inserita assieme ad altre patologie dello stesso ambito. Ad esempio troviamo nel database voci uniche come "PROSTATITI / PATOLOGIE DELLA PROSTATA / PATOLOGIE DELLA VESCICA" che non consentono di distinguere patologie croniche come l'iperplasia prostatica benigna da patologie acute come la prostatite. Appare dunque evidente come il numero di pazienti cronici individuati sia una sottostima del numero reale.

I dati sul numero di accessi per paziente all'ambulatorio di Oikos mostrano come poco meno della metà dei pazienti ha avuto 2 o più accessi (il 41,4%), e l'11,7% dei pazienti è stato visitato 4 o più volte. Il fatto che la maggior parte dei pazienti si sia recato in ambulatorio una sola volta può essere giustificato dal fatto che il soggetto si è spostato fuori dal territorio bergamasco dopo la visita per continuare il suo progetto di migrazione, oppure può essere stato espulso o ancora potrebbe aver regolarizzato la sua posizione riuscendo così ad accedere al SSN e ottenere

Il paziente senza tessera sanitaria

l'assegnazione di un medico di medicina generale. Analogamente anche i pazienti giunti a visita più di una volta potrebbero aver modificato il loro stato giuridico o essersi spostati in altre città. Al contrario, chi era riuscito a regolarizzare la propria posizione ottenendo la Tessera Sanitaria potrebbe aver perduto tale diritto trovandosi così costretto ad usufruire dei servizi offerti da Oikos. Questa condizione precaria e variabile rende ardua la concretizzazione di un progetto di cura e controllo nel tempo degli stranieri irregolari.

Ma la presenza stabile di stranieri irregolari sul territorio è testimoniata dall'esistenza nel database di Oikos di soggetti già registrati negli anni precedenti al 2017 (il 26,6% dei pazienti giunti a visita nel 2017) con casi addirittura di persone prese in carico da Oikos nel 2001 e 2002. Tali soggetti potrebbero in questi anni aver mutato più volte il loro stato giuridico perdendo e acquisendo anche più volte il diritto ad avere la Tessera Sanitaria.

Le difficoltà di iscrizione al SSN da parte degli stranieri irregolari raccolte dai volontari di Oikos mettono in luce un quadro dove l'86,8% dei soggetti ha ammesso di non avere diritto all'iscrizione, mentre il restante 13,2% che potrebbe iscriversi, non ha potuto per problemi dovuti all'assenza di residenza, per difficoltà burocratiche, per mancanza di informazioni oppure addirittura è dovuto ricorrere ai servizi di Oikos in quanto in attesa o in corso di iscrizione e dunque ancora ancorato alla schiera dei pazienti senza tessera sanitaria.

Considerazioni economiche

Sebbene non sia stato possibile ottenere i Diagnosis-Related Group (DRG) assegnati nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) dei pazienti ricoverati, è comunque plausibile ipotizzare che:

- il paziente ricoverato dal pronto soccorso per diabete scompensato abbia ricevuto il DRG "Diabete età > 35" che assegna un rimborso ospedaliero di 1.391 euro per ricoveri con degenza superiore a 1 giorno o di 182 euro per ricoveri con degenza tra 0 e 1 giorno;
- i 3 pazienti ricoverati per scompenso cardiaco congestizio abbiano ricevuto il DRG "Insufficienza cardiaca e shock" che assegna un rimborso ospedaliero di 3.285 euro per ricoveri con degenza superiore a 1 giorno o di 220 euro per ricoveri con degenza tra 0 e 1 giorno;
- il paziente HIV positivo ricoverato per polmonite interstiziale abbia ricevuto il DRG "Malattia polmonare interstiziale, senza CC" che assegna un rimborso ospedaliero di 2.649 euro per ricoveri con degenza superiore a 1 giorno o di 196 euro per ricoveri con degenza tra 0 e 1 giorno;
- il paziente ricoverato per insufficienza respiratoria abbia ricevuto il DRG "Edema polmonare e insufficienza respiratoria" che assegna un rimborso ospedaliero di 3.780 euro per ricoveri con degenza superiore a 1 giorno o di 251 euro per ricoveri con degenza tra 0 e 1 giorno;

Considerando che tali ricoveri potrebbero essere stati causati dall'impossibilità, per i pazienti, di procurarsi la terapia medica per controllare la loro condizione patologica cronica, risulta

evidente come la spesa di un ricovero ospedaliero sia nettamente superiore alla spesa farmaceutica necessaria al paziente per un intero anno.

Ad esempio, la spesa farmaceutica di un paziente affetto da Diabete mellito di tipo 2 in trattamento ipoglicemizzante orale con Metformina 2g/die e Gliclazide RM 30mg/die (basandosi sul prezzo generico di una confezione di Metformina 1000mg da 60 compresse di 3,64 euro e il prezzo di una confezione di Gliclazide RM 30mg da 60 compresse di 6,80 euro) è di 81,27 euro all'anno. Il costo di una degenza ospedaliera per diabete scompensato è di 1.391 euro.

Facendo un altro esempio, la spesa farmaceutica di un paziente con scompenso cardiaco in trattamento con Ramipril 10mg/die, Furosemide 25mg/die e Nebivololo 5mg/die (basandosi sul prezzo di una confezione di Ramipril 10mg da 28 compresse di 5,79 euro, una confezione di Furosemide 25mg da 30 compresse di 1,46 euro e una confezione di Nebivololo 5mg da 28 compresse di 6,10 euro) è di 172,81 euro all'anno. Il costo per una degenza ospedaliera per uno scompenso cardiaco riacutizzato è di 3.285 euro.

La prevenzione secondaria nelle patologie croniche è un caposaldo imprescindibile della cura di tali malattie. È dunque chiaro e facile da immaginare il destino di un immigrato irregolare che non ha la possibilità di accedere alle cure di un medico di medicina generale che possa prescrivere le terapie per patologie croniche, ma anche acute, e che possa verificare il suo stato di salute mediante controlli clinici ambulatoriali o strumentali regolari nel tempo secondo quanto previsto dai LEA: ci si può aspettare con molta probabilità un'evoluzione peggiorativa della sua malattia.

Interviste ai medici di medicina generale

Sebbene il campione di medici di medicina generale non sia statisticamente significativo al fine di valutare l'opinione sull'eventuale presa in carico da parte di ognuno di loro di una quota di pazienti immigrati senza tessera sanitaria, rimane comunque incoraggiante il fatto che 31 medici, su 38 intervistati, siano disponibili a tale proposta.

Le interviste semistrutturate poi hanno portato in luce diversi problemi legati soprattutto alla gestione dei pazienti fornendo poi opinioni su possibili soluzioni.

È noto infatti che una rilevante quota di stranieri irregolari non sia giunta ancora al termine del suo progetto migratorio e dunque potrebbe spostarsi da una città a un'altra. Inoltre la ricerca di un lavoro, spesso precario, stagionale e in nero, può portare il soggetto a muoversi anche in altre regioni d'Italia. L'utilizzo di un fascicolo sanitario elettronico condivisibile a livello nazionale in cui siano presenti tutti i dati anamnestici del paziente compresa la terapia abituale presente e passata aiuterebbe questi pazienti a ricevere un'assistenza sanitaria continuativa nel momento in cui, spostandosi in una città o regione differente, venga preso in carico da un altro medico di medicina generale.

Il paziente senza tessera sanitaria

Per quanto riguarda il problema burocratico sulla compilazione delle ricette per l'erogazione dei farmaci e delle prestazioni a carico del SSN, l'unica soluzione emersa è quella di assegnare ad ogni straniero migrante un codice fiscale e una tessera sanitaria, indipendentemente che si tratti di uno straniero regolare o irregolare. In questo modo si riuscirebbe a garantire l'effettiva assistenza sanitaria di base secondo i LEA e non solo un'assistenza sanitaria emergenziale. Il fatto che il 25,15% degli stranieri irregolari considerati in questo studio si sia rivolto a una struttura di alta specializzazione come il Pronto Soccorso del Centro EAS dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo per ricevere una visita medica che poteva essere espletata da un medico di medicina generale fa porre l'attenzione sul fatto che privando uno straniero irregolare dell'assistenza sanitaria di base, questi sia di fatto costretto ad utilizzare impropriamente risorse che dovrebbero essere dedicate unicamente ad emergenze e urgenze sanitarie. E proprio a tal proposito, evitare accessi impropri in Pronto Soccorso ed evitare riacutizzazioni di patologie croniche sono tra i motivi addotti dai medici intervistati che accetterebbero pazienti bisognosi di cure croniche.

L'assegnazione di un codice fiscale e una tessera sanitaria a tutti garantirebbe quindi la continuità delle cure ai pazienti con patologie croniche.

L'assegnazione degli stranieri irregolari ai medici di medicina generale permetterebbe inoltre di offrire un'assistenza sanitaria capillare su tutto il territorio. Attualmente gli stranieri irregolari che necessitano di cure mediche devono rivolgersi all'ambulatorio di Oikos, il quale, trovandosi a Bergamo, potrebbe essere difficilmente raggiungibile da chi si trova in paesi distanti nella provincia. Questo porta il paziente a scegliere tra diverse altre strade: chiedere la visita a un medico di medicina generale della zona (come emerso nelle interviste), rivolgersi a un Pronto Soccorso, oppure non richiedere alcuna assistenza sanitaria col rischio di un'evoluzione anche grave della patologia in atto.

Riguardo ai problemi linguistici di comprensione, la presenza di un mediatore culturale chiamato di volta in volta nell'ambulatorio di un medico di medicina generale non sembra una soluzione praticabile per la mancanza di un numero sufficiente di mediatori culturali a coprire eventualmente i bisogni di tutti gli ambulatori. È emerso comunque che già attualmente gli stranieri non in grado di parlare Italiano, quando si presentano negli ambulatori di medicina generale, vengono spesso accompagnati da un parente o amico che fa per loro da interprete. Dunque la rete che si crea nelle comunità di stranieri potrebbe essere la soluzione sebbene anche questa non sia sempre praticabile e implichi problemi di privacy e di qualità e affidabilità delle traduzioni prodotte dall'interprete non professionale.

Infine, i medici intervistati, che non sarebbero disposti ad accogliere una quota di stranieri senza tessera sanitaria tra i loro pazienti, hanno mostrato perplessità sul fatto che l'ATS possa non riconoscere e retribuire tale quota di pazienti. La soluzione proposta sarebbe quella di considerare economicamente questa quota aggiuntiva di pazienti come se fossero pazienti regolari.

Inoltre la difficoltà di alcuni medici mostrata ad accettare ulteriori nuovi pazienti oltre il loro limite massimale potrebbe essere risolta aumentando il numero di medici di medicina generale cosicché le quote di pazienti oltre il numero massimale siano limitate.

13) Conclusioni

Con il suo carico di complessità, l'immigrazione non può essere limitatamente osservata come un fatto ordinario né tantomeno tacciata di minacciare la salute pubblica o di essere un'emergenza inarrestabile.

Nel contesto delle migrazioni, la salute degli stranieri irregolari si presenta come quella maggiormente vulnerabile, per il sommarsi degli effetti delle condizioni di partenza e di viaggio, e per la marginalità in cui molti di loro vivono nel nostro Paese.

L'OMS ha di recente delineato un piano d'azione che copre nove aree di intervento prioritario:

- stabilire una rete di collaborazione entro cui agire;
- fare *advocacy* per la tutela della salute di rifugiati, richiedenti asilo e migranti;
- tener conto dei determinanti sociali di salute;
- lavorare sulla competenza dei servizi sanitari e assicurare una risposta efficace commisurata ai bisogni;
- migliorare i sistemi sanitari e la loro resilienza;
- prevenire le malattie infettive e ridurre i rischi rappresentati dalle malattie croniche;
- assicurare una sorveglianza sanitaria in modo etico ed efficace;
- migliorare l'informazione e la comunicazione sui temi della salute.

Sul piano della sanità pubblica, emerge il tema dell'accessibilità dei servizi come nodo centrale delle diverse azioni di tutela. In tale contesto un utilizzo appropriato delle risorse garantirebbe ad ogni migrante il diritto alla salute.

Attuare un piano di iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale per gli stranieri irregolari richiede sicuramente lo sviluppo di una rete in grado di gestire la peculiare dinamicità del fenomeno migratorio dove la figura del medico di medicina generale può ricoprire un ruolo centrale. Sebbene le criticità di un simile progetto siano evidenti, non mancano soluzioni praticabili e il risultato finale porterebbe ad un utilizzo più appropriato dei Pronto Soccorso ospedalieri, ad un accesso alle cure mediche garantito a tutti e capillare sul territorio, e infine ad una gestione ottimale delle patologie croniche ed acute che possa evitare dispendiosi ricoveri ospedalieri. In questa ottica il diritto universale alla salute potrà essere garantito.

Bibliografia

- Abbott A. The troubled minds of migrants. *Nature* 2016;538:158-60
- Accordo Stato Regioni n. 255 CSR, 12 dicembre 2012, pag. 20
- Agenas et al, La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali, (Direzione Generale Prevenzione Sanitaria 0054892-P-03/122009, f.5.B.C.3) Ottobre 2013
- Ambrosini M. (2011), La fatica di integrarsi. Immigrazione e lavoro in Italia, Il Mulino, Bologna.
- Baglio G, Napoli PA. Salute e prevenzione tra i migranti invisibili. Roma, INMP, 2015.
- Baglio G. Tuberculosis and immigration: the answers that epidemiology can provide (and society is waiting for). *Epidemiol Prev* 2015;39(2):73-74.
- Bella A, Napoli C, Riccardo F et al. La sorveglianza sindromica nei Centri per migranti della Regione Sicilia nel periodo marzo-agosto del 2015. In: Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane (in press).
- Blangiardo G.C., Menonna A., Ortensi L.E., Papavero G., Rapporto 2017 L'immigrazione straniera in Lombardia. Diciassettesimo rapporto, Osservatorio regionale per l'integrazione e la multiethnicità, Milano 2017, (www.eupolislombardia.it)
- Blangiardo GC. Gli aspetti statistici. In: Fondazione Ismu (ed). Ventunesimo rapporto sulle migrazioni 2015. Milano, Franco Angeli, 2015.
- Bodini C., Stefanini A. et al, Salute globale, dalla teoria alla pratica, *Salute e territorio* n.202 Anno XXXV Settembre 2014
- Bruzzone S, Mignolli N. Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia. In: Rapporto osservasalute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano, Prex Ed, 2016:277-81.
- Camoni L, Boros S, Suligoi B, Baglio G. AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia. In: Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano, Prex Ed, 2015:296-9.
- Campomori F., Caponio T (2013), Competing frames of immigrant integration in the EU: geographies of social inclusion in Italian regions, in "Policy Studies", Vol. 34, No. 2, pp 162-179.
- Campomori F., Caponio T (2016), Immigrant integration policymaking in Italy: regional policies in a multi-level governance perspective, in "International Review of Administrative Science", No. 0(0), pp.1-19.
- Caponio T. (2014), The Legal and Political Dimension of Local Integration Policies, KING Project, Social Science Unit Desk Research Paper , n. 9, July.
- Carrera S. (2006), Towards an EU framework on the integration of immigrants, in S. Carrera (ed.), The nexus between immigration, integration and citizenship in the EU, Collective Conference, pp. 1-5.
- Carrera S., Wiesbrock A. (2009), Civic integration of third-country nationals: Nationalism versus Europeanisation in the Common EU Immigration Policy, Centre for European Policy Studies, Brussels.
- Celmi R, Sacco V, Forcella E et al. Ricerca operativa tubercolosi e stranieri. Studio osservazionale prospettico. Progetto O.I.M – Organizzazione internazionale per le migrazioni, Area migrazione e salute, Roma, Italia. In: Atti XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle

Migrazioni «Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie». Palermo, 19-21 maggio 2011. Bologna, Pendragon, 2016:148.

- Centro studi e ricerche IDOS. Dossier statistico immigrazione 2016. Roma, Inprinting srl, 2016.
- Centro studi e ricerche IDOS-UNAR, Dossier statistico 2015
- Cesareo V. et al, The twenty-third Italian report on migrations 2017, ISMU 2018, ISBN 9788864471655
- Circolare ministeriale n.5, 24-3-2000, pag.42 G.U.
- Crialesi R, Quattrocchi L et al, Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze delle indagini multiscopo Istat, *Epidemiol Prev* 2017; 41 (3-4) Suppl 1: 4. doi: 10.19191/EP17.3-4S1.P004.057
- Cusmano M., *Barriere all'accesso ai servizi sanitari e al diritto alla salute per titolari e richiedenti protezione internazionale, Lingue e letterature straniere moderne Università degli studi di Bergamo*, 2018
- D'Amato S, Bonfigli S, Cenci C, Maraglino F P. Tubercolosi tra gli stranieri in Italia. In: *Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane* (in press).
- D'Egidio V, Mipatrini D, Massetti AP, Vullo V, La Torre G. How are the undocumented migrants in Rome? Assessment of quality of life and its determinants among migrant population. *J Public Health* 2016 [Epub ahead of print]. doi: 10.1093/pubmed/fdw056
- De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public health aspects of migrants health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2015.
- Decreto legislativo 286/98 «Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero» all'art. 1 (comma 1)
- Decreto ministeriale 21 maggio 2001, n. 296
- Enar (2016), *Racism and Discrimination in the Context of Migration in Europe*, Enar Shadow Report 2015/2016, European Network against Racism, Brussels.
- *Epidemiol Prev* 2017; 41 (3-4) Suppl 1: 57-63. doi: 10.19191/EP17.3-4S1.P057.066
- Faustini A, Andrew JH, Mantovani J, Sangalli M, Perucci CA. Treatment outcomes and relapses of pulmonary tuberculosis in Lazio, Italy, 1999-2001: a six-year follow-up study. *Int J Infect Dis* 2008;12(6):611-21.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365:1309-14.
- Fondazione Leone Moressa, Stuppini A. L'impatto economico e fiscale dell'immigrazione. In: *Centro Studi e Ricerche IDOS (ed). Dossier statistico immigrazione 2016*. Roma, Inprinting srl, 2016: 315-23.
- Geraci S, Baglio G, Burgio A. Salute degli immigrati. In: *Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano, Prex Ed, 2015:263-65.
- Geraci S, Baglio G. Salute degli immigrati. In: *Rapporto Osservasalute 2012. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano, Prex Ed, 2013:203-204.
- Geraci S., Audizione alla Commissioni Igiene e Sanità, Senato della Repubblica Italiana, 03.02.2015

Il paziente senza tessera sanitaria

- Gilardoni G., D'Odorico M., Carrillo D. (2015), KING Knowledge for Integration Governance Evidence on migrants' integration in Europe, Report, Fondazione ISMU, Milan.
- Groenendijk K. (2006), Integration policy and community law, in S. Carrera (ed.), The nexus between immigration, integration and citizenship in the EU, Collective Conference, pp. 7-9.
- Huddleston T., Niessen J., Chaoimh E. N., White E. (2011), Migrant Integration Policy Index (MIPEX), Brussels.
- Martiniello M. (1997), Le società multietniche, Il Mulino, Bologna.
- Mazzetti M, Geraci S, Burgio A, Baglio G. La salute psichica degli immigrati: cosa sta accadendo? In: Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane.
- Medici Senza Frontiere Italia, Catania, Centro di cura per migranti, Ottobre 2017
- Menonna A., Blangiardo M., (2015), Dodicesimo rapporto sull'immigrazione straniera nella provincia di Bergamo, Fondazione Ismu, Milano (www.ismu.org).
- Merotta V., Welfare tra immigrazione e sostenibilità, Fact sheet Ismu, Luglio 2015
- MSF et al, Fuori Campo – Inseguimenti informali, marginalità sociale, ostacoli all'accesso alle cure e ai beni essenziali per migranti e rifugiati – Secondo rapporto, Milano 2018, (www.msf.it)
- Naga, Comunitari senza copertura sanitaria, Milano, (2012), (www.naga.it)
- Naga, Disagio cronico. La patologia cronica nel paziente irregolare. Uno studio qualitativo. Milano, Aprile 2018 (www.naga.it)
- Napoli PA, Gnolfo F, Renzi S, Mazzarini G, Pajno C, Baglio G, per la Rete di assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma (anni 2014 e 2015). L'esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma. In: Atti XIV Congresso Nazionale Società Italiana di Medicina delle Migrazioni «Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute». Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna, Pendragon, 2016: 69-75.
- Olivani P, Panizzut D., (2016) Attuale legislazione sanitaria italiana per gli immigrati irregolari e attuale fruibilità di tale legislazione a livello regionale, NAGA-Milano.
- Open Migration, Se il diritto alla cura per gli immigrati è un percorso a ostacoli, 2017
- ORIM et al, Immigrazione in provincia di Bergamo, rapporto sintetico, Bergamo 2014 (www.provincia.bergamo.it).
- Ortensi L. (2016), Una fotografia dell'Ungheria al referendum, Fact sheet ISMU, September, 2016.
- Pablo-Méndez. Mortality among Hispanics. JAMA 1994;271(16):1237-38.
- Panizzut D. Dal mare al nord Europa: profughi in transito a Milano. In: Atti XIV Congresso Nazionale Società Italiana di Medicina delle Migrazioni «Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute». Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna, Pendragon, 2016: 76-7.
- Penninx R. (2009), Decentralising Integration Policies; Managing migration in cities, regions and localities, Policy Network Paper.
- Penninx R., Kraal K. Martiniello M., Vertovec S. (2004), Citizenship in European Cities. Immigrants, Local Politics and Integration Policies, Ashgate, Burlington.
- Penninx R., Martiniello M. (2007), Processi di integrazione e politiche (locali): stato dell'arte e lezioni, in "Mondi Migranti", 1, n. 3, pp. 31-60.

- Pizza, L'antropologia medica; in A. Signorelli, *Antropologia culturale*, McGraw-Hill (2011), Milano
- Riniolo V., Bergnehr-Moscatelli P. (2014), *Flussi migratori e politiche di integrazione in Svezia: l'evoluzione dagli anni Novanta a oggi*, in Fondazione ISMU, *Ventesimo Rapporto sulle migrazione 2014*, FrancoAngeli, Milan, pp. 271-285.
- Salvatore MA, Tucci E, Rosano A. Stima della popolazione residente straniera. In: *Rapporto Osservasalute 2011. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Approfondimenti 2011:19-21.*
- Salvatore MA, Tucci E. La stima della popolazione residente straniera a partire dalle Liste Anagrafiche Comunali. In: *Rapporto Osservasalute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Approfondimenti 2015:31-32.*
- Schinkel W., van Houdt F. (2010), The double helix of cultural assimilationism and neo-liberalism: Citizenship in contemporary governmentality, in *"British Journal of Sociology"*, n. 61, pp. 696-715.
- Siliprandi L. (2014), *Vent'anni di immigrazione in Germania*, in Fondazione ISMU, *Ventesimo Rapporto sulle migrazioni 1994-2014*, FrancoAngeli, Milan, pp. 221-237.
- Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. Regional Committee for Europe 66th Session. Copenhagen, WHO Regional Committee for Europe, 2016.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017a). *Trends in International Migrant Stock: The 2017 revision* (United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2017).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017b). *World Population Prospects: The 2017 revision, DVD Edition*. World Bank (2017). *Migration and Remittances: Recent Developments and Outlook. Special Topic: Global Compact on Migration, Migration and Development Brief No. 27.*
- United Nations, *International Migration Report 2017, Highlights*, New York, 2017, 978-92-1-151554-1
- Van Wolleghem P.G. (2017), *Why Implement without a Tangible Threat? The Effect of a Soft Instrument on National Migrant Integration Policies*, in *"Journal of Common Market Studies"*, vol. 55, n. 5, pp. 1-17.
- Vineis P. Methodological insights: fuzzy sets in medicine. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:273-38.
- Wimmer A., Glick Schiller N. (2003), *Methodological Nationalism, the Social Sciences, and the Study of Migration: An Essay in Historical Epistemology*, in *"International Migration Review"*, vol. 37, n. 3, pp. 576-610.
- Zanfrini L. (2016), *Introduzione alla sociologia delle migrazioni*, Laterza, Bari-Rome.

Sitografia

- Abbondanti, Il diritto alla salute per richiedenti asilo tra emarginazione, isolamento, programmazione locale dei servizi (2013). <http://dspace.unive.it/handle/10579/3708> [Data di accesso 05/09/2018]
- Agenzia delle Entrate, Comunicazione di servizio n. 8 http://www.meltingpot.org/IMG/pdf/agenzia_delle_entrato_rilascio_del_codice_fiscale_per_richiedenti_protezione_internazionale.pdf [Data di accesso 05/09/2018]
- Approvazione dell'accordo di collaborazione per l'attivazione del progetto sperimentale "Residenziando" per lo sviluppo di interventi a favore di persone in situazione di grave emarginazione - Comune di Bergamo (BG) http://www.comune.bergamo.it/servizi/delibere/ricerca_fase03.aspx?ID=88770 [Data di accesso 02/09/2018]
- ASSISTENZA SANITARIA PER CITTADINI STRANIERI - Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo di Roma http://www.prefettura.it/roma/contenuti/Assistenza_sanitaria_per_cittadini_stranieri-4940.htm [Data di accesso 15/09/2018]
- Associazione OIKOS Onlus Bergamo | Ambulatorio Medico | Laboratorio <http://www.oikosbergamo.org/> [Data di accesso 18/09/2018]
- Cittadini senza permesso di soggiorno - irregolari (STP) - ATS Bergamo - Agenzia di Tutela della Salute della provincia di Bergamo <http://www.ats-bg.it/servizi/Menu/dinamica.aspx?idSezione=16861&idArea=16867&idCat=30176&ID=72549&TipoElemento=pagina> [Data di accesso 15/09/2018]
- Comunitari senza copertura sanitaria https://www.meltingpot.org/IMG/pdf/CSCS_rapporto.pdf [Data di accesso 15/09/2018]
- Dashboard / Open Migration <https://openmigration.org/en/dashboard/> [Data di accesso 16/09/2018]
- Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/98286dl.htm> [Data di accesso 13/09/2018]
- Elenco Vie Fittizie - fio.PSD <https://www.fiopsd.org/elenco-vie-fittizie/> [Data di accesso 12/09/2018]
- Gazzetta Ufficiale DECRETO-LEGGE 28 marzo 2014, n. 47 <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/3/28/14G00059/sg> [Data di accesso 16/09/2018]
- I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per migranti ospiti nei centri di accoglienza (2017). <http://www.oikosbergamo.org/wp-content/uploads/2017/07/Lineeguida-per-controlli-sanitari-all%E2%80%99arrivo-e-percorsi-di-tutela-per-i-migranti-ospiti-nei-centri-diaccoglienza.pdf> [Data di accesso 21/09/2018]

- INPS, Messaggio n. 3151
http://www.meltingpot.org/IMG/pdf/messaggio_numero_3151_del_28-07-2017.pdf
[Data di accesso 12/09/2018]
- L'ambulatorio a Milano che cura migranti e senza dimora - Giorgio Ghiglione – Internazionale <https://www.internazionale.it/reportage/giorgio-ghiglione/2018/07/02/ambulatorio-medico-popolare-milano> [Data di accesso 16/09/2018]
- La salute degli immigrati in Italia. Inmp e Istat: “La sfida per il Ssn: curare patologie croniche e disuguaglianze, non solo malattie infettive e acute”. Lo studio - Quotidiano Sanità http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=55355
[Data di accesso 16/09/2018]
- Livelli essenziali di assistenza (LEA)
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=programmazioneSanitariaLea&menu=lea [Data di accesso 14/09/2018]
- Medici Senza Frontiere, Fuori campo. Richiedenti asilo e rifugiati in Italia: insediamenti informali e marginalità sociale (2016).
<http://fuoricampo.medicisenzafrontiere.it/Fuoricampo.pdf> [Data di accesso 16/09/2018]
- Melting Pot, Brescia – La Commissione Territoriale Asilo ha respinto il 97% delle domande (2017). <http://www.meltingpot.org/Brescia-La-Commissione-Territoriale-Asilo-ha-respinto-il-97.html#nb1> [Data di accesso 16/09/2018]
- Milano - La residenza anagrafica è un diritto negato - Progetto Melting Pot Europa https://www.meltingpot.org/Milano-La-residenza-anagrafica-e-un-diritto-negato.html#.W_B3deLSK70 [Data di accesso 16/09/2018]
- Ministero Dell'Interno – Approfondimento – Il Consiglio Italiano per i Riugiati http://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/sala_stampa/notizie/immigrazione/app_notizia_23028.html [Data di accesso 16/09/2018]
- Naga (Associazione volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti), Curare (non) è permesso. Indagine sull'accesso alle cure per i cittadini stranieri irregolari negli ospedali milanesi (2015).
[http://www.naga.it/tl_files/naga/comunicati/INVITI_1/Curare%20\(non\)%20e%20permeso.pdf](http://www.naga.it/tl_files/naga/comunicati/INVITI_1/Curare%20(non)%20e%20permeso.pdf) [Data di accesso 02/09/2018]
- Oxfam Media Briefing, 18 luglio 2016: “La misera accoglienza dei ricchi del mondo” https://www.oxfamitalia.org/wpcontent/uploads/2016/07/Oxfam_media_briefing_accoglienza_18_luglio_ITA_OK.pdf [Data di accesso 16/09/2018]
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni <https://www.simmweb.it/> [Data di accesso 15/09/2018]
- Tariffario delle prestazioni di ricovero ospedaliero, Allegato B Sub Allegato 3 “Nuove tariffe DRG 2015” <http://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/6d653816-5bb2-4a1a-8c69->

Il paziente senza tessera sanitaria

e923c29cd125/Tarrifario+delle+prestazioni+di+ricovero+ospedaliero.pdf?MOD=AJPERES
&CACHEID=6d653816-5bb2-4a1a-8c69-e923c29cd125 [Data di accesso 18/09/2018]

- Trova Norme & Concorsi - Normativa Sanitaria
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto.spring?id=17884> [Data di accesso 18/09/2018]

