

## INDICE

1.	Il diritto alla salute, art. 32 della Costituzione: diritto individuale e interesse della collettività.	Pag. 2
2	La povertà sanitaria: riduzione della spesa sanitarie e rinuncia alle cure (introduzione alla figura del povero).	Pag. 10
3.	L'assistenza sanitaria in Italia, non solo per gli italiani (introduzione alla figura dello straniero).	Pag. 18
3.1	Cittadini stranieri regolari	Pag. 19
3.2.	Cittadini stranieri irregolarità	Pag. 20
3.3.	Straniero Temporaneamente Presente	Pag. 21
3.4.	Cittadini Europei Non Iscritti	Pag. 22
4.	Il sostegno sanitario ai minori, alle donne e agli anziani (introduzione alla categoria dei fragili)	Pag. 24
5.	La nascita degli ambulatori solidali/sociali: cenni storici.	Pag. 28
6.	Il ruolo del personale infermieristico: attività di educazione	Pag. 31
7.	L'impegno del personale sanitario volontario nella cura delle persone.	Pag. 34
7.1	Mappatura e diffusione degli ambulatori solidali in Italia;	Pag. 35
7.2	Mappatura e diffusione degli ambulatori solidali nelle Marche;	Pag. 37
7.3	Attività e servizi offerti.	Pag. 38
8.	L'esperienza sul campo: visita all'ambulatorio solidale "Paolo Simone" di Senigallia.	Pag. 41
	Conclusioni	Pag. 44
	Bibliografia	Pag. 45



## INTRODUZIONE

La salute, in Italia, è un diritto costituzionale regolamentato dall'art. 32 che asserisce: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*

*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

Essa viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale” e non semplicemente “assenza di malattie o infermità”.

Ma la salute è davvero accessibile a tutti come decanta l'art. 32?

Ad oggi la si considera un bene, al pari di qualsiasi altro bene economico di rilievo, proprio perché la si può comprare tramite prestazioni sanitarie offerte da enti privati o da liberi professionisti.

Obiettivo dell'elaborato è quello di mettere in luce l'operato di alcune realtà ambulatoriali che operano solidariamente nel territorio italiano al fine di garantire quanto affermato dal combinato disposto dell'art. 32 e art. 3 della costituzione.

È infatti noto che non tutti i cittadini hanno pari opportunità a livello economico, culturale e sociale, pertanto finalità degli ambulatori di cui tratterò è quella di sopperire a tale mancanza senza sostituirsi, ma coprendone alcune lacune, al sistema sanitario nazionale.

Provvederò ad analizzare tre macrocategorie di persone: poveri, stranieri e fragili, destinatari dei servizi gratuiti offerti dalle strutture.

## CAPITOLO 1

### ***Diritto alla salute. Art. 32 della Costituzione: diritto individuale e interesse della collettività***

La salute, in Italia, è un diritto costituzionale regolamentato dall'art. 32 che asserisce:

*“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

Hanno rilievo in questo ambito anche l'Art. 2 della Costituzione che recita *“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”* e l'art. 3 della Costituzione che a sua volta recita *“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.”*.

Collazionando i dettati dei sopraddetti articoli costituzionali Art. 32 + Art. 2 + Art. 3 si possono ricavare i seguenti diritti sanciti dallo Stato Italiano:

- diritto all'integrità psico-fisica;
- diritto alle prestazioni sanitarie;
- diritto alle cure gratuite per gli indigenti;
- diritto a vivere in un ambiente salubre;
- diritto a non essere obbligato alle cure;

- diritto alla tutela della persona umana;

che sono i diritti dell'individuo ma si esplicano come interesse della collettività.

Come si è arrivati al testo dell'articolo 32 della Costituzione? E perché sono state scelte proprio quelle parole?

Partendo da un'analisi storica del caso "salute", nei prossimi paragrafi si andrà a percorrere l'evoluzione del sistema sanitario a livello nazionale. Per farlo sarà necessario partire dal lontano 1888, quando, il 22 dicembre, nacque la riforma sanitaria che portò alla istituzione del Codice di Igiene e Sanità Pubblica.

Trattasi di una riforma che assicurava l'assistenza e la cura gratuita ai poveri da parte dei singoli Comuni. La sua stesura fu affidata dal Presidente del Consiglio Crispi al Prof. Luigi Pagliani, docente universitario torinese e uno dei padri fondatori della medicina d'igiene in Italia.

Con il Codice viene istituito il Consiglio Provinciale di Sanità nonché le figure del Medico provinciale e dell'Ufficiale sanitario comunale, che affiancano i Prefetti e i Sindaci nella gestione della sanità. In particolare ai comuni venne imposto l'obbligo di assumere un medico condotto, che divenne un dipendente pubblico a tutti gli effetti.

Nello specifico il Comune, per curare i più bisognosi, metteva a disposizione di questi la figura del suddetto medico *condotto*, ovvero un professionista della medicina che, sotto compenso economico, forniva le prestazioni di cui si aveva bisogno e che rispondeva personalmente al Sindaco del proprio operato.



Fig. 1

A questo punto salute individuale e sanità pubblica iniziarono un connubio, erano, come attualmente sono, l'una dipendente dall'altra. A tutela della salute pubblica iniziarono sistematici controlli delle abitazioni, degli alimenti e dei luoghi pubblici che portarono ad un progressivo miglioramento delle condizioni generali della popolazione.

I Comuni, a seguito dell'istituzione nel 1896 da parte dell'Alto Commissariato di Igiene del Ministero dell'Interno della "Istruzione per la compilazione dei regolamenti locali sull'igiene del suolo e dell'abitato", che entrò in vigore solo nel 1899, iniziarono a dotarsi dei primi Regolamenti Comunali di Igiene.

Con lo scoppio della Prima guerra mondiale la mobilitazione delle truppe in tutto il territorio nazionale favorì la diffusione dei contagi e questo influenzò negativamente lo stato di salute generale. Inoltre medici e infermieri furono affiancati all'esercito per assistere i malati e i feriti di guerra, sempre in numero nettamente superiore rispetto alla disponibilità dei posti letto e delle cure che potevano essere fornite in quegli ospedali da campo, lasciando scoperta in buona parte la popolazione civile.

Quello che lasciò questo primo conflitto fu un clima di insoddisfazione e confusione nella popolazione e profonde difficoltà economiche. Furono gli anni che videro la progressiva irruzione del fascismo, il quale, nonostante l'attività politica svolta, ovviamente discutibile, era consapevole del peggioramento delle condizioni sanitarie dei cittadini e pertanto fu costretto a volgere attenzioni a tematiche rilevanti dal punto di vista sanitario. In particolare, durante il periodo fascista ebbe inizio la lotta antimalarica attraverso la bonifica delle paludi, ma anche la lotta antitubercolare poggiò le sue radici in quel periodo.

Nel 1934, con l'emanazione del Regio Decreto 1265, il famoso Testo Unico delle Leggi Sanitarie (T.U.L.S.), fu sancito l'obbligo per tutti i Comuni di dotarsi di un Regolamento di igiene comunale.

Nel 1943 fu istituito, durante il governo Mussolini, l'Istituto Nazionale per l'assicurazione contro le malattie – INAM (che poi verrà sciolto in seguito con la nascita del S.S.N.), un'assicurazione per i lavoratori che diviene obbligatoria per garantire un flusso finanziario certo che potesse essere utilizzato dallo Stato. Quando il fascismo cadde

l'Italia si trovò occupata dagli alleati che risalirono dalla Sicilia e dai tedeschi nel centro nord; questo fece sì che si rispose in maniera differenziata al problema "salute", a seconda dei vincitori occupanti presenti nel territorio.

È doveroso fare un appunto sui modelli sanitari adottati dai diversi paesi occupanti il territorio italiano: la sanità americana era basata sul privato, quella inglese basata sul servizio sanitario nazionale (Beveridge, 1948) ed infine quella tedesca che seguiva il modello Bismark con le casse mutue.

Un esempio pratico per capire il differente modus operandi fu l'introduzione, anche in Italia, da parte degli americani della penicillina, un farmaco rivoluzionario fino ad allora sconosciuto ai medici italiani. Quando venne distribuita tra i militari si notò subito il suo potente effetto: si riuscivano a guarire ferite multiple e anche infette; non solo, si guariva anche di sifilide e di gonorrea. Per la distribuzione di questo prezioso farmaco vennero creati i comitati medici provinciali che erano incaricati di conservare in ghiacciaia i limitati quantitativi di questo preparato.

Superato il periodo bellico, il 1° gennaio del 1948, entrò in vigore la carta costituzionale italiana, i cui padri fondatori, consci che il problema della salute dei singoli cittadini influenzava quella dell'intera comunità, intaccava il tessuto economico e sociale, che spettava allo Stato garantirla e che ogni persona era libera finché con le sue azioni non mettesse a repentaglio la sua vita e/o quella degli altri, all'art. 32, affermò:

*"La salute è un diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, nessuna persona può essere obbligata a un trattamento sanitario se non per disposizione di Legge."*

Intento del legislatore è quello di rendere il diritto alla salute accessibile a tutti i cittadini italiani e stranieri. Sulla carta la Repubblica garantisce le cure mediche anche a coloro che non hanno una piena disponibilità economica: si parla quindi di "salute per tutti" che purtroppo, presto, diventerà velatamente "salute per alcuni".

In un panorama più ampio, oltre quello nazionalistico, nello stesso anno (1948) venne anche istituita l'Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS con sede a Ginevra.

Trattasi di un'agenzia/ente specializzato nelle questioni sanitarie di tutto il mondo. Ne fanno parte infatti 194 Stati Membri tra cui anche l'Italia che sin da subito ne aderì.

Il suo obiettivo è il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute intesa non solo come assenza di malattia o infermità ma come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.

A questo proposito seguì la conferenza di Alma Ata, un evento molto importante per la politica della salute internazionale della fine degli anni '70. Questa conferenza espresse l'urgente necessità di azioni da parte di tutti i governi per promuovere un modello di attenzione primaria alla salute, promuovere lo sviluppo dei sistemi sanitari nel mondo e farne risaltare la rilevanza. Secondo quanto stabilito, il raggiungimento del maggior livello di salute possibile, è un risultato sociale che coinvolge anche il settore economico e quello finanziario, oltre che quello sanitario. Di fatto però a livello economico, vista l'importante spesa, si è puntato su una strategia più mirata di finanziamento per la risoluzione di un singolo problema alla volta.

In quegli stessi anni (1978), in Italia nasce il Servizio Sanitario Nazionale – S.S.N., un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie. I principi fondamentali sono universalità, uguaglianza ed equità.

Universalità: *estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione.* Qui si riprende il concetto di salute non solo nell'interesse dell'individuo ma della collettività (cfr. art 32 Costituzione), o meglio, la salute come risorsa della comunità.

Uguaglianza: *i cittadini devono accedere alle prestazioni del S.S.N. senza nessuna distinzione di condizione individuale, sociale ed economica.*

Equità: *a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute.* Questo è il principio fondamentale che ha il fine di superare le disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie.

La L. 833 del 1978 trovò subito diversi ostacoli per la sua concreta applicazione. Emersero, da subito, ingenti buchi di carattere finanziario, lunghe liste d'attesa che

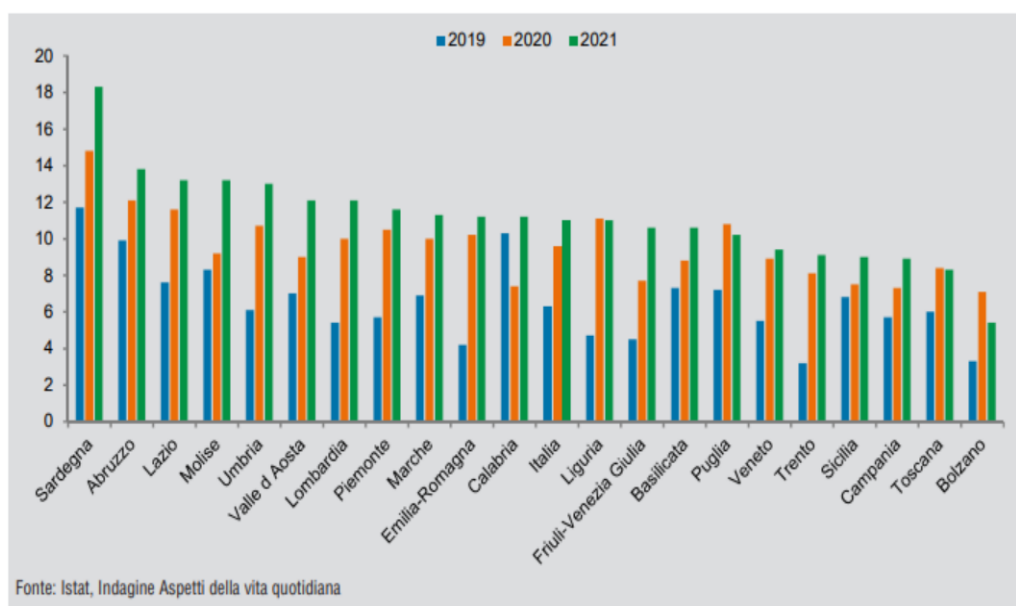


portarono allo scontento dei cittadini i quali, per lo meno i più abbienti, cercarono sempre di più prestazioni a pagamento. Per questi motivi negli anni a seguire vennero istituiti dei decreti che apportarono dei cambiamenti nell'organizzazione del S.S.N. senza modificarne i principi fondamentali.

Avendo quindi analizzato in breve le fasi dello sviluppo del nostro S.S.N. si intuisce come da un sistema universalistico si sia passati più a un mercato della salute: *dobbiamo quindi chiederci se ad oggi il S.S.N. sia in grado di garantire e tutelare il diritto alla salute.*

Il mercato della salute non ha però mai smesso di esistere e negli anni a venire si è intensificata la domanda di servizi sanitari e dunque la spesa per tali servizi. Ne consegue, che anche ai giorni nostri, i meno abbienti debbano rinunciare alle prestazioni sanitarie necessarie a causa degli ingenti costi da sostenere e delle lunghe liste d'attesa formatesi a causa della crescente domanda.

Figura: Percentuale di persone che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie pur avendone bisogno, per regione. anni 2019 - 2020



Fonte: Rapporto Istat sul BES 2022

Fig. 2

Come illustrato, il grafico riporta la percentuale delle persone che hanno dovuto rinunciare a una prestazione sanitaria pur avendone bisogno. Si può notare come, a

seguito della pandemia (dati del 2021 del grafico), la percentuale di chi ha rinunciato a visite specialistiche o esami diagnostici sia tendenzialmente aumentata: da un lato per timore del Covid-19 e dall'altro, più rilevante, per problemi economici o legati alla difficoltà di accesso al servizio.

La rinuncia alla prestazione comporterà inevitabilmente un aggravamento della malattia e conseguentemente una nuova richiesta di assistenza sanitaria per far fronte ad una patologia che impatterà sia sulle liste di attesa che sul costo economico del servizio da erogare. Inoltre la rinuncia e/o il rinvio della prestazione può portare ad un incremento della mortalità evitabile per la mancata tempestività delle cure.

È il fenomeno dell'*under treatment*, ovvero la possibilità che non si riesca a far fronte alle necessità sanitarie dei cittadini.

Da parte dello Stato è progressivamente diminuita l'offerta di prestazioni ambulatoriali gratuite tramite prescrizione del medico di base. Questa diminuzione va a gravare in maniera indiretta sul diritto alla salute.

Per poter accedere alla prestazione sanitaria desiderata evitando al contempo lunghe liste d'attesa, parte dei cittadini più abbienti, hanno fatto ricorso *all'intramoenia*, cioè alla libera prestazione della professione medica intramuraria.

Il che significa per il paziente pagare una tariffa e ricevere in cambio la prestazione sanitaria avendo anche la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per tale prestazione all'interno di una struttura pubblica.

Sono proprio le strutture sanitarie stesse a proporre soluzioni intramoenia con erogazione dei servizi in tempi ridotti: è così che l'attesa in intramoenia è spesso minima amplificando la sproporzione che c'è rispetto ai canali istituzionali.

Si consente a chi ne ha la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie prima e con delle agevolazioni rispetto a chi non ne ha *utilizzando la ricchezza come discriminante*. È facilmente comprensibile quindi che, se l'offerta del nostro S.S.N. fosse adeguata alla domanda e non producesse infinite liste di attesa nelle strutture pubbliche, il privato tenderebbe a scomparire.

Il fenomeno dell'*out of pocket*, ovvero della spesa sanitaria pagata interamente dai cittadini stessi è all'ordine del giorno. Come scrive infatti il Sole 24 ore in un articolo del 15 marzo 2023: "il 25% della spesa per la salute è a carico dei cittadini, come dire un euro su quattro lo mettono di tasca loro gli italiani."

## CAPITOLO 2

### **La povertà sanitaria: riduzione della spesa sanitarie e rinuncia alle cure**

*“Il termine povertà, che in prima approssimazione sembra avere un significato chiaro e univoco, sta a indicare un’ampia serie di situazioni anche molto diverse tra loro”.*

Il povero è colui che non ha reddito o ha un reddito nettamente inferiore alla media, colui che ha difficoltà nel sostentamento delle spese quotidiane e che rispetto alla comunità di appartenenza si differenzia per capacità economica.

Il confine della povertà è estremamente elastico e varia in relazione al territorio e ai bisogni ritenuti essenziali. Una definizione non univoca del concetto di povertà si riflette nella difficoltà di stabilire chi e quanti sono i poveri. Tale ampia varietà delle definizioni permette di effettuare analisi differenti in base alla metodologia e agli indicatori utilizzati. Sul piano statistico possiamo individuare due categorie di “povero”: il povero assoluto e il povero relativo.

Povero assoluto è colui che non riesce a sostenere, con il proprio reddito le spese per i bisogni minimi quotidiani, ritenuti indispensabili (es. abitazione, alimentazione ecc.).

Il povero relativo invece è colui che, quale membro di una collettività, non è in grado di mantenere lo standard prevalente all’interno della stessa.

Il problema della “povertà assoluta” è sempre più evidente nel panorama nazionale italiano. Da una elaborazione ISTAT su indagine in merito alla spesa delle famiglie italiane emergono dati allarmanti. Il 2022 è stato un anno in cui le eredità del passato si sono fatte sentire.

Dalla tabella seguente è possibile osservare come al Nord tale fenomeno sia parzialmente rientrato rispetto al periodo Covid, mentre al Sud il fenomeno non ha subito un inversione di tendenza a causa della mancata ripresa occupazionale nel periodo post pandemico.

Fig. 3

→ TABELLA 1.1 La povertà assoluta per ripartizione geografica.  
Anni 2020 e 2021, migliaia di unità e valori %

	Nord		Nord-ovest		Nord-est		Centro		Mezzogiorno		Sud		Isole		ITALIA	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
<b>Famiglie povere</b>	943	835	577	488	366	347	290	299	775	826	545	595	230	231	2.007	1.960
<b>Persone povere</b>	2.554	2.255	1.607	1.271	947	984	788	861	2.259	2.455	1.616	1.808	643	647	5.602	5.571
<b>Incidenza della povertà (%)</b>																
<b>Famiglie</b>	7,6	6,7	7,9	6,7	7,1	6,8	5,4	5,6	9,4	10,0	9,9	10,8	8,4	8,4	7,7	7,5
<b>Persone</b>	9,3	8,2	10,1	8,0	8,2	8,6	6,6	7,3	11,1	12,1	11,7	13,2	9,8	9,9	9,4	9,4

FONTI: Elaborazioni su dati ISTAT – Indagine “La spesa delle famiglie”.

Sul versante dei servizi sanitari, e in relazione al fenomeno della povertà, il Rapporto BES 2021 (Benessere Equo e Sostenibile) analizza i servizi divenuti meno accessibili a causa della crisi sanitaria ripresa dopo il 2019 a seguito della pandemia.

La percentuale dei rinunciatari alle cure ed agli accertamenti medici, secondo il su citato Rapporto è cresciuta nel biennio 2020/2021 in concomitanza a problemi di natura economica e di accessibilità ai servizi.

La povertà assoluta torna a crescere e tocca il valore più elevato dal 2005. Le stime preliminari del 2020 indicano valori dell’incidenza di povertà assoluta in crescita sia in termini familiari (dal 6,4% del 2019 al 7,7%, +335mila), con oltre 2 milioni di famiglie, sia in termini di individui (dal 7,7% al 9,4%, oltre 1 milione in più) che si attestano a 5,6 milioni.

Nell’anno della pandemia si azzerano i miglioramenti registrati nel 2019. Dopo quattro anni consecutivi di aumento, si erano infatti ridotti in misura significativa il numero e la quota di famiglie (e di individui) in povertà assoluta, pur rimanendo su valori molto superiori a quelli precedenti la crisi avviatasi nel 2008, quando l’incidenza della povertà assoluta familiare era inferiore al 4% e quella individuale era intorno al 3%.

Pertanto, secondo le stime preliminari del 2020 la povertà assoluta raggiunge, in Italia, i valori più elevati dal 2005 (ossia da quando è disponibile la serie storica per questo indicatore)”. Dal punto di vista della spesa sanitaria sostenuta dalle famiglie italiane, parte integrante dei costi sostenuti concerne i farmaci, in particolare quelli da banco (ovvero disponibili senza prescrizione medica).

Il S.S.N., infatti, non offre coperture per questa tipologia di prodotto, incrementando così la disuguaglianza nel campo della salute tra i cittadini abbienti e quelli meno abbienti.

Infatti, se il budget investito dal cittadino per l'acquisto dei farmaci da banco venisserisparmiato, verrebbe ridotto significativamente il gap che separa le due categorie di popolazione. Nella spesa farmaceutica dei cittadini rientrano:

- 1 la compartecipazione ai ticket regionali e la differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il corrispondente prezzo di riferimento;
- 2 l'acquisto privato di farmaci di fascia A e di classe C con ricetta;
- 3 la spesa negli esercizi commerciali e tutti i farmaci da banco, tra cui figurano analgesici e antipiretici, antinfiammatori orali, preparati per la tosse, raffreddore, dolori articolari-muscolari, cavo oro-faringeo, antidiarroici, antimicrobici intestinali, antisettici e disinfettanti.

Questi tipi di farmaci devono essere pagati da tutti i cittadini, anche dai quelli che vivono in condizione di povertà assoluta, ovvero con un reddito minimo o assente, tale da non poter garantire uno standard di vita dignitoso.

**Il problema che ne emerge è quello della mancata protezione universalistica del nostro sistema nazionale nei confronti della totalità della popolazione e dell'urgente necessità di intervento in merito.** La conferma di questa problematica giunge dai dati ISTAT sulla *spesa sanitaria mensile pro-capite* delle famiglie italiane messa a confronto con quella delle famiglie povere e non povere.

Fig. 4

→ TABELLA 1.2 Spesa pro-capite mensile sanitaria per condizione economica delle famiglie. Italia, valori in euro, anni 2014-2021

Condizione economica	Voce di spesa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Famiglie povere	Medicinale	5,38	5,38	5,96	6,68	6,50	6,38	6,37	5,85
	Articoli sanitari	0,32	0,32	0,45	0,30	0,33	0,16	0,56	0,33
	Attrezzature terapeutiche	0,60	0,60	0,58	0,48	0,49	0,65	0,40	0,55
	Servizi medici ospedalieri	1,34	1,34	1,37	1,93	1,78	1,48	1,42	1,72
	Servizi dentistici	0,46	0,46	0,71	0,66	0,88	0,76	0,75	0,63
	Servizi paramedici	0,73	0,73	0,68	0,64	0,85	0,74	0,76	0,83
	<b>TOTALE servizi sanitari e spese per la salute</b>		<b>8,83</b>	<b>8,83</b>	<b>9,75</b>	<b>10,69</b>	<b>10,83</b>	<b>10,17</b>	<b>10,36</b>
Famiglie non povere	Medicinale	23,39	24,85	25,74	28,21	28,18	28,18	25,94	26,03
	Articoli sanitari	2,02	1,98	2,16	2,46	2,05	2,05	3,35	3,14
	Attrezzature terapeutiche	6,15	5,94	6,59	6,13	6,31	6,31	5,32	5,92
	Servizi medici ospedalieri	10,99	8,21	8,65	10,01	9,76	9,76	9,04	10,47
	Servizi dentistici	11,94	14,63	13,07	16,03	13,42	13,42	12,66	15,14
	Servizi paramedici	5,18	5,58	5,64	5,22	5,28	5,28	4,66	5,35
	<b>TOTALE servizi sanitari e spese per la salute</b>		<b>59,67</b>	<b>61,19</b>	<b>61,85</b>	<b>68,06</b>	<b>65,00</b>	<b>65,00</b>	<b>60,97</b>
<b>TOTALE FAMIGLIE</b>	Medicinale	22,40	23,66	24,50	26,73	26,13	26,78	24,43	24,51
	Articoli sanitari	1,93	1,88	2,05	2,31	2,18	1,93	3,13	2,93
	Attrezzature terapeutiche	5,82	5,61	6,21	5,74	6,16	5,95	4,94	5,52
	Servizi medici ospedalieri	10,48	7,79	8,19	9,45	9,33	9,22	8,45	9,81
	Servizi dentistici	11,28	13,76	12,30	14,97	13,84	12,61	11,74	14,04
	Servizi paramedici	4,93	5,28	5,32	4,90	5,25	4,98	4,36	5,01
	<b>TOTALE servizi sanitari e spese per la salute</b>		<b>56,84</b>	<b>57,98</b>	<b>58,57</b>	<b>64,10</b>	<b>62,89</b>	<b>61,47</b>	<b>57,05</b>

Per limitare la spesa sanitaria le famiglie italiane, povere e non, hanno fatto ricorso a due strategie: la rinuncia alle cure e il ricorso a centri diagnostici più economici.

Tra le due prevale comunque quella della rinuncia o comunque del rinvio dal momento che, da una parte, c'è una carenza sul territorio di centri più economici dall'altra, ove vi fossero, manca in ogni caso l'informazione in merito alla loro presenza.

Tra i dati più rilevanti appresi dal Rapporto BES si evidenziano i seguenti:

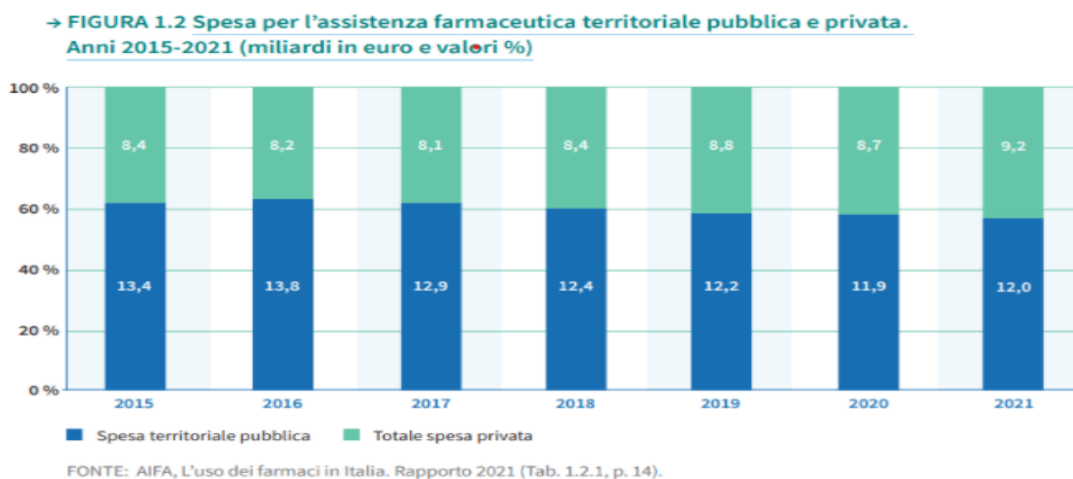
*“La rinuncia alle cure è stata praticata da 27 famiglie povere su 100, a fronte di 13 famiglie non povere su 100, per un totale di 15 famiglie su 100.”*

*“Si sono rivolte a centri più economici 5 famiglie povere su 100, a fronte di 2,9 famiglie non povere su 100, per un totale di 3,3 famiglie su 100.”*

Dal rapporto AIFA 2021 emerge come, nel 2021 il 43% della spesa farmaceutica territoriale è stata pagata dalle famiglie (circa 9 miliardi di euro), con un delta in aumento del 6 % rispetto all'anno precedente. Il fenomeno dell'out of pocket (ovvero del pagare di tasca propria) coinvolge non soltanto le famiglie in povertà relativa, ma anche quelle in povertà assoluta.

Nella tabella 1.2 precedente si mette a confronto la spesa pro capite complessiva con quella delle famiglie povere. Si può notare che la spesa più elevata è destinata ai farmaci, con valori compresi tra i 22,40 euro del 2014 e i 26,78 del 2019, per poi notare un lieve calo negli anni 2020/2021.

Fig. 5



Nel caso delle persone povere, osserviamo che oltre il 60% della spesa sanitaria è destinata alla spesa farmaceutica, senza particolari variazioni nel periodo 2014-2021. All'origine di questo squilibrio sta il fatto che il S.S.N. non offre alcuna copertura per i farmaci da banco e non ha introdotto alcuna distinzione tra chi è sotto la soglia di povertà e chi al di sopra.

Tale misura sarebbe invece auspicabile e necessaria per ridurre il gap economico e terapeutico tra questi due sottoinsiemi di cittadini.

Se si eliminasse dal budget dei poveri il costo dei farmaci da banco – tanto necessari quanto di uso frequente – si farebbe un'importante passo in avanti verso la riduzione delle disuguaglianze nel campo della salute.

I risparmi familiari derivanti da questo provvedimento consentirebbero, inoltre, agli indigenti di destinare maggiori risorse alla copertura di altri bisogni altrettanto basilari, a cominciare da quelli alimentari. Insieme alle differenze di ordine generale tra le famiglie povere e non povere, vanno considerate anche le differenze territoriali che contraddistinguono sistematicamente il nostro Paese. Osserviamo in primo luogo la spesa sanitaria complessiva (espressa in euro) nelle diverse ripartizioni, mettendo a confronto i dati delle famiglie povere e quelli delle famiglie non povere

Fig. 6

→ TABELLA 1.6 Peso della spesa sanitaria delle famiglie sul totale della spesa per consumi per condizione economica delle famiglie nelle Cinque Italie (valori %, anni 2014-2021)

Condizione economica	Ripartizione	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Famiglie povere	Nord-Ovest	1,9%	1,7%	1,9%	2,1%	2,5%	2,6%	2,5%	1,9%
	Nord-Est	2,1%	2,1%	2,6%	3,3%	2,1%	2,3%	1,8%	1,8%
	Centro	2,4%	2,0%	3,1%	1,6%	2,8%	1,9%	3,3%	2,7%
	Sud	4,0%	3,5%	3,8%	3,7%	3,3%	3,0%	3,1%	3,3%
	Isole	2,7%	2,6%	1,7%	4,3%	3,8%	3,8%	2,7%	3,7%
	<b>TOTALE ITALIA</b>	<b>2,4%</b>	<b>2,4%</b>	<b>2,7%</b>	<b>2,9%</b>	<b>2,9%</b>	<b>2,7%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,5%</b>
Famiglie non povere	Nord-Ovest	4,5%	4,6%	5,0%	4,9%	4,8%	4,6%	4,8%	4,8%
	Nord-Est	5,0%	4,9%	4,4%	5,1%	5,0%	4,7%	4,8%	5,0%
	Centro	4,1%	4,2%	4,1%	4,6%	4,5%	4,4%	4,3%	4,4%
	Sud	4,5%	4,6%	4,4%	4,9%	5,1%	5,1%	5,2%	4,3%
	Isole	4,5%	4,7%	4,5%	5,4%	5,3%	5,2%	4,8%	4,4%
	<b>TOTALE ITALIA</b>	<b>4,5%</b>	<b>4,6%</b>	<b>4,6%</b>	<b>4,9%</b>	<b>4,8%</b>	<b>4,7%</b>	<b>4,7%</b>	<b>4,9%</b>
<b>TOTALE FAMIGLIE</b>	Nord-Ovest	4,4%	4,6%	5,0%	4,9%	4,8%	4,6%	4,7%	4,7%
	Nord-Est	5,0%	4,8%	4,4%	5,1%	4,9%	4,6%	4,7%	5,0%
	Centro	4,1%	4,2%	4,1%	4,5%	4,4%	4,4%	4,3%	4,4%
	Sud	4,5%	4,5%	4,4%	4,9%	5,1%	5,1%	5,1%	5,3%
	Isole	4,5%	4,7%	4,5%	5,3%	5,2%	5,2%	4,7%	5,3%
	<b>TOTALE ITALIA</b>	<b>4,5%</b>	<b>4,5%</b>	<b>4,5%</b>	<b>4,9%</b>	<b>4,8%</b>	<b>4,7%</b>	<b>4,7%</b>	<b>4,8%</b>

FONTE: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie".



In sintesi, scopriamo che nell'insieme delle famiglie, nel 2021 la spesa sanitaria dei residenti al Sud, nelle Isole e al Nord-Est ha un peso percentuale molto simile; in queste tre ripartizioni la spesa percentuale supera la media nazionale per 4 anni su 8; dal 2017 i residenti al Sud e nelle Isole superano peraltro le soglie dei residenti al Nord-Est, compiendo uno sforzo economico notevole.

Queste somiglianze nell'ammontare delle spese non consentono di ipotizzare dinamiche simili rispetto alla domanda-offerta dei servizi sanitari nelle due ripartizioni del Mezzogiorno e in quella del Nord-Est, ma suggeriscono una propensione abbastanza simile (per necessità o per scelta) a "investire" nelle cure sanitarie una parte importante delle proprie risorse.

Il totale delle famiglie non povere presenta un profilo decisamente più stabile rispetto a quello delle famiglie povere, grazie a variazioni percentuali più contenute tra l'inizio e la fine del periodo considerato.

Al pari di ogni altra spesa sostenuta dalle famiglie, anche quella sanitaria è condizionata dalla combinazione tra il sistema dei bisogni e delle preferenze e i vincoli imposti dalle risorse economiche a disposizione. Tali vincoli sono tanto più stringenti quanto più le risorse a mala pena sostengono le spese necessarie per uno stile di vita minimamente dignitoso, come accade nel caso di chi è sotto la soglia di povertà assoluta.

L'acquisto di servizi sanitari a proprie spese dipende da fattori e circostanze molto eterogenei che richiedono attenta considerazione.

Anche l'accessibilità in tempi non ragionevoli alle strutture pubbliche o la difficoltà ad avere un rapporto personalizzato con i medici possono indurre ad affidarsi a studi professionali privati, pagandone i relativi oneri.

Nel caso delle visite mediche specialistiche, è ormai regola affrontare lunghe liste d'attesa quando ci si rivolge alle strutture pubbliche o a quelle convenzionate con il S.S.N.; l'alternativa è la visita a pagamento (intramoenia o extramoenia), anche attraverso "tariffe smart" o tariffe calmierate.

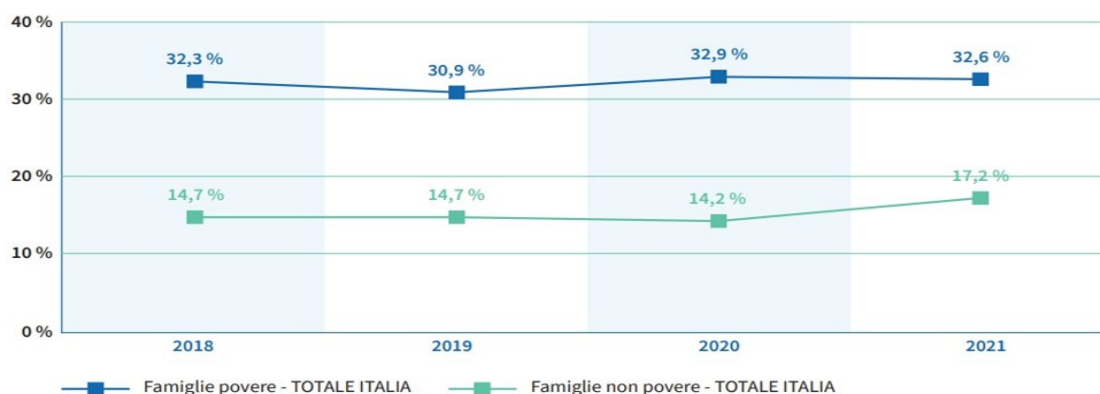
L'introduzione di regimi di convenzione tra pubblico e privato da parte dei sistemi

regionali più evoluti ed efficienti ha ridotto solo in parte la problematica delle lunghe liste d'attesa, che sono determinate da diversi fattori:

- 1 - Crescita esponenziale della domanda di diagnosi e cure specialistiche;
- 2 - Scarsità degli organici;
- 3 - Vincoli organizzativi di diversa natura (rigidità degli orari, assenteismo, procedure inefficienti);
- 4 - Vincoli di bilancio imposti dai costi crescenti e dai conseguenti tagli alla spesa sanitaria introdotti nel corso degli anni per rendere sostenibile la finanza pubblica.

L'impossibilità delle famiglie di sostenere i costi necessari a superare gli ostacoli appena descritti impone strategie di ripiego che coincidono con il rinvio degli interventi e la rinuncia a curarsi.

→ FIGURA 2.1 Quota % di famiglie che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test ecc.) per motivazioni di tipo economico per condizione economica della famiglia. Italia, anni 2018-2021



FONTE: Elaborazioni su dati ISTAT - Indagine "La spesa delle famiglie".

Fig. 7

Del ricorso a queste strategie "adattive-difensive" abbiamo chiara documentazione nelle statistiche ufficiali, di cui l'indagine sulla spesa delle famiglie e l'indagine BES (Bilancio Equo e Sostenibile) sono fonti essenziali.

Le alternative considerate da tali statistiche sono in concreto riconducibili a tre fattispecie:

- 1) limitare il numero delle visite/accertamenti;
- 2) rivolgersi a medici/centri diagnostici più economici;
- 3) utilizzare entrambe le possibilità.

Tutto quanto sopra permane nonostante il governo abbia negli ultimi anni adottato misure per limitare la povertà ed il disagio sociale quali:

- il D.lgs 15 settembre 2017, n. 147 dal titolo “Disposizioni per l’introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà”, che è entrato in vigore il 14 ottobre 2017. A decorrere dal 1° gennaio 2018, è stato istituito il Reddito di inclusione (ReI), quale misura unica a livello nazionale di contrasto alla povertà e all’esclusione sociale a carattere universale, condizionata alla prova dei mezzi e all’adesione a un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa finalizzato all’affrancamento dalla condizione di povertà.
- Il D.L. n. 4 del 2019 ha introdotto il Reddito e la Pensione di cittadinanza quali misure fondamentali di politica attiva del lavoro e di contrasto alla povertà, alla disuguaglianza e all’esclusione sociale, ponendone la decorrenza dal 1° aprile 2019. Il reddito di cittadinanza era l’aiuto economico che il governo intendeva destinare a 5,5 milioni di italiani che si trovavano privi di reddito o che avevano redditi troppo bassi. Il Reddito di cittadinanza era quindi lo strumento scelto come misura contro la povertà, la disuguaglianza e l’esclusione sociale e come promozione del diritto al lavoro e della formazione professionale attraverso politiche finalizzate al sostegno economico e all’inserimento sociale di tutte le persone a rischio emarginazione nella società e nel mondo del lavoro.

Secondo il Report ISTAT sulla povertà assoluta del 16 giugno 2020, “La diminuzione della povertà assoluta si deve in gran parte al miglioramento, nel 2019, dei livelli di spesa delle famiglie meno abbienti (in una situazione di stasi dei consumi a livello nazionale).

L’andamento positivo si è verificato in concomitanza dell’introduzione del Reddito di cittadinanza (*che ha sostituito il Reddito di inclusione*) e ha interessato, nella seconda parte del 2019, oltre un milione di famiglie in difficoltà”. Misura queste che, non ha provveduto a limitare la povertà assoluta, ha spostato l’ago della bilancia sul numero dei soggetti entrati a far parte della categoria della povertà relativa, e non ha avuto una ricaduta in senso positivo sull’abbattimento della povertà sanitaria.

## **CAPITOLO 3**

### **L'assistenza sanitaria in Italia, non solo per gli italiani (introduzione alla figura dello straniero)**

Il diritto alla salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione rappresenta il nucleo inviolabile della dignità umana ed è assicurato a tutti, siano essi cittadini italiani che cittadini stranieri, anche se quest'ultimi non dispongono delle risorse economiche necessarie o si trovano nella condizione di irregolarità nel territorio italiano.

Con la nascita del Servizio Sanitario Nazionale, grazie alla L. 883 del 23/12/1978, il precetto costituzionale trovava completezza, veniva abbandonata la disparità di trattamento e la limitatezza degli interventi che contraddistingueva il sistema delle mutue, per definire un vero e proprio servizio pubblico sanitario.

Un servizio questo applicato a tutti gli individui presenti sul suolo nazionale, anche stranieri. Due sono le condizioni di permanenza dello straniero nel territorio italiano: 1) regolarmente 2) irregolarmente. Fra i primi vi sono poi quelli che hanno una condizione economica soddisfacente in quanto lavoratori e al contrario chi rientra fra quelli in condizioni di povertà assoluta o relativa. Fra gli irregolari vi sono anche stranieri extracomunitari - entrati con la speranza di ottenere uno dei tre istituti previsti dal ns. ordinamento, ovvero lo status di rifugiato, la protezione sussidiaria o la protezione per motivi umanitari - che comunque intendono permanere sul territorio italiano per un periodo limitato, in quanto di fatto intendono recarsi in altre nazioni che ritengono essere il loro punto d'approdo finale. Sono i cosiddetti Stranieri Temporaneamente Presenti (STP). Ai fini dell'ottenimento delle necessarie cure sanitarie a questi, godendo comunque almeno della protezione umanitaria, venivano garantiti i diritti previsti dall'art. 5 comma 6 del D.lgs. 286/98, che rappresentavano una clausola di salvaguardia del sistema delle tutele della persona straniera. Oggi la materia è regolamentata dal D.L. 113/2018 conv. in L. 130/2018 che maggiormente tutela il diritto alla salute dei stranieri irregolari andando ad intervenire direttamente sui decreti di espulsione.

Vi sono anche stranieri comunitari che permangono sul nostro territorio senza avere la

possibilità di godere dei servizi forniti dal S.S.N., i cosiddetti Europei Non Iscritti (ENI).

### **3.1 Cittadini stranieri regolari**

I cittadini stranieri che risiedano nel territorio italiano e che esercitano un'attività lavorativa, subordinata o autonoma oppure quelli che siano semplicemente iscritti ai centri per l'impiego, sono obbligati, al pari dei lavoratori italiani, all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (S.N.N.) indipendentemente dalla cittadinanza ed hanno il dovere del rispetto dell'obbligo contributivo.

Anche gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario o per richiesta di asilo, quelli in attesa di adozione o affidamento o che abbiano acquisito la cittadinanza italiana spetta l'assistenza sanitaria così come ai familiari a carico regolarmente soggiornanti, ai figli minori di stranieri iscritti o in attesa di iscrizione al S.S.N., i quali beneficiano del medesimo trattamento assistenziale dei minori iscritti, ai detenuti e internati, soggetti in semilibertà o sottoposti a misure alternative.

Ciò vale anche per gli stranieri provenienti dai Paesi con i quali esistono accordi in tal senso.

Lo straniero regolare, o quello che sia oggetto di un provvedimento di espulsione con ricorso in atto, che non risulta iscritto al S.S.N., può tutelarsi stipulando un'apposita polizza assicurativa presso un istituto privato italiano o straniero, valida sul territorio italiano, oppure può iscriversi volontariamente al S.S.N. previo pagamento di un contributo annuale forfettario.

L'iscrizione volontaria al S.S.N. è prevista anche per lo straniero soggiornante in Italia titolare di permesso di soggiorno per motivi di studio, per quello collocato alla pari, come previsto dall'Accordo europeo sul collocamento alla pari (Strasburgo, 1969). L'iscrizione avviene nell'azienda sanitaria territoriale (AST) del comune in cui dimora.

Nei casi in cui lo straniero non sia iscritto al S.S.N. il trattamento sanitario viene comunque garantito a pagamento.

Nei confronti di cittadini stranieri provenienti da determinati Paesi con cui l'Italia ha

stipulato accordi internazionali bilaterali o multilaterali, l'assistenza sanitaria è prevista secondo le modalità disciplinate dall'accordo stesso e a condizione di reciprocità.

La disposizione, contenuta nell'articolo 35, comma 2, del T.U.I. *Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 33*, lascia così impregiudicati eventuali regimi di maggior a regolarizzare la propria permanenza in Italia.

Ai sensi dell'art. 35, comma 5, del Testo Unico sull'Immigrazione, infatti, l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno 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.

### **3.2 Cittadini stranieri irregolari**

I cittadini stranieri che si trovano sul territorio nazionale in condizione irregolare, quali quelli con permesso di soggiorno scaduto o che siano giunti attraverso procedure illegali (sbarchi, attraversamento illegittimo dei confini, ecc.), hanno comunque diritto a ricevere nei presidi pubblici ed accreditati ogni cura medica urgente o comunque essenziale, ancorché in via continuativa, per malattie ed infortuni e hanno diritto altresì che siano estesi i programmi di medicina preventiva al fine di tutelare la salute individuale e collettiva. Per comprendere quali casi debbano essere intesi come “cure urgenti” ed “essenziali” la circolare del Ministero della Salute del 24 marzo 2000, n. 5 ha specificato che sono “urgenti” le cure che non possono essere deferite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona mentre sono “essenziali” quelle 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).

In particolare vengono garantiti trattamenti sanitari quali: le prestazioni assistenziali necessarie alla tutela della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane; la tutela della salute del minore; le vaccinazioni nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva; gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

Le predette cure vengono erogate gratuitamente nel caso lo straniero irregolare fosse anche indigente previa presentazione di una dichiarazione apposita predisposta dal Ministero della salute.

### **3.3 Straniero Temporaneamente Presente**

Tra i meccanismi di tutela della riservatezza degli assistiti e in particolare degli stranieri in condizione irregolare, oltre alla garanzia di non segnalazione alle autorità giudiziarie, è previsto altresì il “codice regionale STP” (Straniero Temporaneamente Presente) ovvero una sorta di tessera sanitaria per lo straniero irregolare con validità.

Lo straniero non deve esibire alcun documento di soggiorno quando si reca presso le strutture sanitarie ed il personale sanitario è confortato sia dal fatto che l’art. 6, comma 2, del Testo Unico sull’Immigrazione (D.Lgs. n. 286/1998 aggiornato con le modifiche apportate, da ultimo, dalla Legge n. 112 del 10 agosto 2023) prevede che *“fatta eccezione per i provvedimenti riguardanti attività sportive e ricreative a carattere temporaneo, per quelli inerenti all’accesso alle prestazioni sanitarie di cui all’articolo 35 e per quelli attinenti alle prestazioni scolastiche obbligatorie, i documenti inerenti al soggiorno di cui all’articolo 5, comma 8, devono essere esibiti agli uffici della pubblica amministrazione solo ai fini del rilascio di licenze, autorizzazioni, iscrizioni ed altri provvedimenti di interesse dello straniero comunque denominati”*, sia perché lo stesso T.U.I. vieta la segnalazione alle autorità da parte dei sanitari che abbiano in cura lo straniero irregolare, in modo tale che sia garantita una protezione effettiva della persona e della sua integrità.

Ad ogni modo lo straniero che si reca ad una struttura sanitaria prima di ottenere una prestazione deve essere registrato, anche sulla base di generalità fornite verbalmente se privo di documenti, in primis a sua tutela perché la condizione di “persona anonima” preclude l’accertamento di eventuali responsabilità degli operatori sanitari, e per secondo, ma non in ordine di importanza, al fine di riferire all’autorità consolare del Paese di appartenenza segnalazioni di malattie infettive e diffuse soggette a notifica obbligatoria (articolo 43, comma 3, del Regolamento di attuazione del T.U.I.).

Proprio per offrire la condizione di “persona anonima” con la sicurezza però che avvenga quanto sopra affermato è stato predisposto un sistema di identificazione basato sul codice STP (Straniero Temporaneamente Presente).

Il codice, costituito da sedici caratteri, si compone di tre elementi: la sigla STP, i 6 caratteri del codice ISTAT della struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e i 7 caratteri del numero progressivo assegnato al momento del rilascio.

Questo codice ha validità di sei mesi ed è rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale. È valido altresì per le prescrizioni su ricettario regionale di prodotti farmaceutici.

Il codice viene inoltre utilizzato per la rendicontazione delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate ai fini del rimborso di spese sostenute dalle strutture per l'erogazione di prestazioni sanitarie urgenti o comunque essenziali, poste a carico dello straniero ma rimasti insolute.

Quando il rimborso o il finanziamento devono essere richiesti al Ministero dell'Interno, l'utilizzo del codice STP consente di effettuare la comunicazione in forma anonima tutelando quindi la riservatezza dello straniero in condizione irregolare.

### **3.4 Cittadini Europei Non Iscritti**

L'assistenza sanitaria ai cittadini comunitari in condizioni di indigenza e privi di assistenza sanitaria (in particolare questa condizione è prevalente nei cittadini di nazionalità Rumena) viene erogata attraverso il rilascio di un tesserino con un codice regionale individuale detto ENI (Europeo Non Iscritto) che identifica l'assistito per tutte le prestazioni erogate. Il sistema sanitario assicura nei presidi pubblici ed accreditati le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti, essenziali e continuative, per malattia e infortunio.

È inoltre possibile accedere ai programmi di medicina preventiva e salvaguardia della salute individuale e collettiva. Il codice ENI viene rilasciato a seguito di una autodichiarazione dove devono essere attestati i propri dati anagrafici, la mancanza del possesso della TEAM, ovvero la Tessera Europea Assicurazione Malattia, e la mancanza



di altre forme di diritto di accesso al S.S.N.. L'ottenimento del codice ENI permette di ricevere le prestazioni sanitarie essenziali a parità di condizioni con il cittadino italiano per quanto riguarda la partecipazione alla spesa (ticket). Ha validità per sei mesi ed è rinnovabile. Nel caso il cittadino comunitario durante i sei mesi acquisisce il diritto all'iscrizione al S.S.N. (ad esempio perché ha ottenuto un lavoro regolare), il codice ENI viene annullato.

**Ma alla domanda, circa il se il S.S.N. può far fronte da solo a tutte le necessità di prestazioni sanitarie richieste, la risposta è NO.**

La stessa legge 23 dicembre 1978, n. 833 di "Istituzione del servizio sanitario nazionale" ha previsto che potrebbero esserci delle lacune quando già all'art. 1 recitava "...omissis ...*Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.*", mentre all'art. 45 stabiliva "*È riconosciuta la funzione delle associazioni di volontariato liberamente costituite aventi la finalità di concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale. Tra le associazioni di volontariato di cui al comma precedente sono ricomprese anche le istituzioni a carattere associativo, le cui attività si fondano, a norma di statuto, su prestazioni volontarie e personali dei soci. ....omissis....*".

Proprio per questo, accanto alle tradizionali associazioni di volontariato che coadiuvano il S.S.N. con servizi di tipo logistico, in particolare si pensi al trasporto dei pazienti fra una struttura e l'altra, al soccorso domiciliare e/o stradale, ai centri per l'ascolto, ecc. sono presenti anche ambulatori medico assistenziali che erogano i propri servizi attraverso personale sanitario che opera in maniera del tutto volontaria e che volge questa attività a favore degli individui più deboli della società, i quali altrimenti non avrebbero possibilità di cura alcuna, sono i cosiddetti "**ambulatori solidali**".

## CAPITOLO 4

### **Il sostegno sanitario ai minori, alle donne e agli anziani (introduzione alla categoria dei fragili)**

Ma è solo la categoria degli stranieri, in particolare poveri e irregolari, ad aver bisogno di aiuto sanitario? Indubbiamente no.

La legge n. 328 del 08/11/2000, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, all'art. 22 fa un excursus delle misure di solidarietà e delle categorie sociali su cui intervenire, e recita testualmente:

- *misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle **persone senza fissa dimora**;*
- *misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di **persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana**;*
- *interventi di sostegno per i **minori in situazioni di disagio** tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;*
- *misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;*
- *misure di sostegno alle **donne in difficoltà** per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;*
- *interventi per la piena integrazione delle **persone disabili** ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;*

- *interventi per le **persone anziane e disabili** per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;*
- *prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;*
- *informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.*

La legge traccia sostanzialmente aree di intervento ritenute prioritarie quali appunto la lotta alla povertà, assistenza alle famiglie, minori, donne in difficoltà, anziani, disabili, ecc., stabilendo quali siano i livelli essenziali delle prestazioni sociali” – LEPS – necessarie al fine di garantire, sotto forma di beni o servizi, i principi fissati dalla stessa. Nonostante i nobili intenti della legge di fatto non si è però provveduto né a elaborare una programmazione nazionale dei servizi e degli interventi da effettuare, né a fissare risorse certe e strutturali tali da garantire uniformità di prestazioni ai cittadini così come previsto dai diritti fondamentali costituzionali.

Solo recentemente, con l'introduzione della misura nazionale di contrasto alla povertà (*avviata dalla legge n. 33 del 2016 e successivamente identificata con il Reddito di inclusione come delineato dal D.lgs. n. 147 del 2017, poi sostituito dal Reddito di cittadinanza di cui al decreto legge n. 4 del 2019 di cui abbiamo precedentemente parlato*), sono stati definiti i primi livelli essenziali delle prestazioni sociali, che non riguardano solo un eventuale miglioramento dello standard economico dei fondi destinati alle prestazioni sociali di contrasto alla povertà, ma anche e soprattutto nelle misure prese relativamente a politiche di inclusione sociale e politiche attive per l'inserimento nel mondo del lavoro.

Le categorie di soggetti indicati dalla L. 328/2000 sono le stesse a cui si volge in modo particolare il S.S.N. aggiungendo anche una ulteriore tipologia, quella dei fragili.

Il paziente fragile è un soggetto debole, una persona che molte volte è affetta da malattie croniche complesse, con presenza di comorbidità, instabilità clinica, politerapia e con ridotta autosufficienza, le cui cure spesso hanno costi sensibili sia per lo Stato che per lui stesso.

Fig. 7



Sono persone che difficilmente riescono a resistere ai numerosi fattori in grado di scatenare uno stato di malattia (stressors), condizione identica indipendentemente dal sesso, e che si intensifica con l'aumento dell'età.

Infatti nell'anziano, il perdere di alcuni fattori, in particolare quelli relativi al mantenimento delle azioni necessarie a svolgere in autonomia le attività della vita quotidiana, sono riconosciuti come associati ad una maggiore vulnerabilità, sia in termini di salute complessiva, sia in termini di perdita funzionale della sfera fisica, psichica e sociale. Vulnerabilità che può rappresentare un precursore, o comunque un fattore di rischio per la condizione di fragilità.

Non sempre il S.S.N. riesce a far fronte alle esigenze delle predette categorie, specie quando alla condizione intrinseca di fragilità del soggetto/paziente si aggiunge anche una insufficiente capacità economica, problematiche familiari e sociali.

È proprio in questo frangente che trovano ragione di essere gli ambulatori solidali che hanno come scopo promuovere, proteggere e sostenere i fragili e fra essi gli anziani, le donne e i bambini poveri ed emarginati.

In questi ambulatori pertanto si presentano persone con le più diverse necessità di cure e che non hanno modo di presentarsi presso le strutture sanitarie convenzionali per le ragioni precedentemente indicate. Inoltre, molto spesso, per sopperire a problematiche comunicative, in particolare in presenza di persone straniere, tali strutture sono dotate, oltre al personale sanitario volontario anche di mediatori linguistici, anch'essi volontari. Probabilmente il numero delle persone indigenti, anziani, stranieri e con fragilità, che ricorreranno agli ambulatori solidali aumenterà nei prossimi anni in virtù della Legge n. 33 del 23/03/2023 recante "*Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*" che prevede un sistema specifico, differente dal SSN, e denominato Sistema Nazionale Anziani non Autosufficienti (SNAA) che, istituito sulla base del PNRR, passerà a trattare le malattie croniche degli anziani non autosufficienti non più come un problema sanitario che richiede cure ed assistenza in tutte le fasi del decorso della patologia ma come un problema di assistenza sociale che di fatto andrà a comportare la diminuzione, fino all'assenza completa, di prestazioni medico infermieristiche al di fuori di quelle erogate durante il trattamento clinico, che invece, rimane un punto fermo grazie ai principi di uguaglianza, globalità e universalità stabiliti dalla legge istitutiva del S.S.N. nel 1978.

Come in altri casi in cui si richiede una qualsiasi forma di agevolazione sociale da parte di enti pubblici e/o parastatali, anche per richiedere questa assistenza sociale, si farà riferimento all'ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente), cioè alla situazione reddituale dell'anziano, andando a discriminare fra chi si dovrà accontentare di un servizio probabilmente di bassa qualità in termini di tempistiche per accedere alle prestazioni e chi invece, avendone le possibilità economiche, farà riferimento al privato.

## CAPITOLO 5

### La nascita degli ambulatori solidali/sociali: cenni storici

In tutte le epoche la medicina, intesa come cura alla persona, non era organizzata e spesso non poteva chiamarsi nemmeno come tale. Le cure venivano profuse utilizzando ciò che la natura forniva secondo le credenze popolari dell'epoca di appartenenza.

Nella seconda metà dell'Ottocento e i primi del Novecento l'intera Europa fu investita da un gigantesco sommovimento sociale e politico che ridisegna il profilo delle classi e dei ceti, si aprono fabbriche, cambiano i consumi, le correnti culturali con l'impressionismo e il futurismo, cambiamenti dovuti anche ai rivolgimenti ed alle guerre che ivi si disputarono, come i moti risorgimentali nell'Impero austro-ungarico e nell'Impero ottomano, ai rivolgimenti istituzionali in Francia che passa dall'epoca napoleonica alla Restaurazione alla Seconda repubblica a Napoleone III alla Terza repubblica.



In Italia, tra le altre, si combatté la 2<sup>a</sup> Guerra di Indipendenza, nel corso della quale, a Solferino, sulle colline a sud del Lago di Garda, trecentomila soldati, appartenenti a tre eserciti distinti (francese, sardo-piemontese e austriaco) si scontrano, lasciando sul terreno circa centomila fra morti, feriti e dispersi. A sei chilometri da Solferino, in località Castiglione delle Stiviere, era presente un ospedale dove vennero trasportati circa novemila feriti in tre giorni. Lì si trova anche Jean Henry Dunant, un cittadino svizzero che si doveva incontrare per i suoi affari con Napoleone III. Egli si ritrova coinvolto nella terribile carneficina rimanendone talmente colpito che decide di descrivere quanto stesse

accadendo in un libro che diventerà, poi, il suo testo fondamentale: “**Un Souvenir de Solferino**”, dove palesò l’idea di creare una squadra di infermieri volontari preparati, il cui operato potesse dare un apporto fondamentale alla sanità militare: la Croce Rossa. Prima associazione volontaria e strutturata in Europa che fu di ispirazione ad una serie di associazioni volontarie con le medesime finalità anche in campo extramilitare.

Nello stesso periodo compaiono nel panorama sociale altri attori, in particolare la Chiesa, che promuove e sviluppa una vasta opera di forme di assistenza a favore delle masse di proletariato sottopagato attraverso le “Opere Pie”, gli ambulatori sociali e gli ospedali di carità, che nel 1861 erano ben 18.000 e superavano le strutture pubbliche nel fornire servizi, ma anche le società di mutuo soccorso che fra le opere di azione sociale mettono in primo luogo l’alfabetizzazione e la tutela sanitaria.

Si prende coscienza che la cura del singolo individuo è fondamentale per il benessere dell’intera comunità. Da qui si vede il formarsi di una sempre più nutrita flotta di associazioni volontarie che riversano il loro sguardo nel campo sanitario alcune svolgendo la propria azione a favore dei deboli e più reietti della collettività, è la nascita della medicina solidale e degli ambulatori solidali.

Nel dicembre del 1978 venne promulgata la L. n. 833 sull’Istituzione del servizio sanitario nazionale e, per la prima volta, una precisa normativa sancì la presenza del volontariato all’interno delle strutture pubbliche sanitarie.

Il volontariato organizzato così come lo conosciamo noi oggi è regolato, sul piano normativo dalla legge 266 del 1991, indicata “Legge quadro sul volontariato” che definisce il concetto di volontarietà come attività spontanea, personale e gratuita e ne sottolinea l’autonomia e l’originalità, fissa i principi su cui basare i rapporti tra organizzazioni di volontariato ed Enti pubblici. Nel corso degli anni si è realizzata maggiore professionalità e responsabilizzazione e quindi la Carta dei Valori del volontariato (dicembre 2001) precisa che i volontari devono svolgere la loro opera “con competenza, responsabilità, valorizzazione del lavoro di équipe e accettazione della verifica costante del proprio operato. Essi devono garantire, nei limiti della propria

disponibilità, continuità di impegno e sono tenuti a portare a compimento le azioni intraprese”.

Le organizzazioni di volontariato aumentano ogni anno, così come quelle legate all’ambito sanitario, censite a livello italiano in numero di 5.230 (anno rif. 2015) dal sistema dei Centri di servizio per il volontariato, realizzato da CSVnet in collaborazione con Fondazione IBM Italia. Queste svolgono servizi integrativi e compensativi del S.S.N. in prevalenza legati al trasporto e soccorso e al settore delle donazioni.

Il servizio di assistenza e cura della persona esclusa dal S.S.N. è però lasciato agli ambulatori solidali che da anni forniscono tutte le cure essenziali ed i farmaci da banco indispensabili, provando così a supplire alla mancanza di un’assistenza pubblica.

Gestiti da associazioni religiose e non e spesso portati avanti con il contributo esclusivo di volontari, sono presenti in modo particolare nelle grandi città, ma si stanno sviluppando anche in realtà di provincia in considerazione che hanno aumentato la platea a cui si rivolgono, non più solo immigrati, ma anche famiglie, donne anziani e fragili con basso reddito.



## CAPITOLO 6

### **Il ruolo del personale infermieristico: attività di educazione**

Con l'entrata in vigore, in data 24/01/1995, del Decreto 14 settembre 1994, n. 739 recante *“Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”* viene stabilito che l'assistenza infermieristica è di tipo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo, inoltre è di natura tecnica, relazionale ed educativa.

Sebbene siano importanti le competenze tecniche di base e specifiche, non di meno risulta importante il cogliere le problematiche del paziente ed educare lui e/o la famiglia e/o il caregiver, nelle scelte terapeutiche andando a fornire tutte quelle informazioni in maniera precisa ed esaustiva che esulano dal solo quadro clinico.

L'obiettivo che ci si propone è quello di rendere il paziente consapevole del proprio stato di salute e delle azioni che deve mettere in atto per mantenerlo al meglio, fornendo informazioni concernenti i fattori ambientali, socio-economici, individuali di rischio e comportamenti a rischio nonché delucidazioni circa la fruizione del sistema di assistenza sanitaria per meglio comprenderne il funzionamento, in modo da favorirne la gestione autonoma (coping) che comporta conseguentemente un aumento della soddisfazione del paziente ed un minor carico, anche di tipo economico, del S.S.N..

L'infermiere dovrà pertanto usare la sua capacità professionale e anche personale onde acquisire tutte quelle informazioni utili a capire il mondo in cui ruota il paziente e a sfruttare quanto recepito per proporgli le modifiche necessarie al cambiamento sociale e rafforzare l'empowerment nel singolo e nella comunità.

Tanto è vero, che la moderna formazione infermieristica, s'ispira alla filosofia olistica, in pratica ad un'assistenza “globale” nelle sue diverse dimensioni: fisica, psichica, emotiva, sociale e spirituale e ne consegue che l'intervento infermieristico non è solo di natura tecnico-scientifica, ma anche relazionale ed educativa, trovando la sua espressione nella dimensione dell'ascolto, della comunicazione, dell'informazione e dell'interagire, facendosi carico dell'utente e dei suoi problemi di salute reali o potenziali.

Le risorse su cui far leva per raggiungere il cambiamento sperato possono essere proprie (interne) del soggetto come ad esempio la sua personalità, gli atteggiamenti, i fattori biologici e le life skills; o esterne allo stesso quali i beni a sua disposizione, le proprie relazioni partecipative e i servizi che è in grado di utilizzare e riutilizzare.

A tale proposito, all'inizio degli anni '80, è stato elaborato da Prochaska e Di Clemente un "modello transteorico" in merito agli stadi del cambiamento. Questo rappresenta il tentativo di elaborare un modello che sia flessibile e aperto, applicabile in numerosi contesti e per diverse problematiche e che abbraccia tutte le fasi del cambiamento dall'acquisizione di consapevolezza del problema fino alla sua risoluzione.

Il modello transteorico descrive il cambiamento comportamentale degli individui come un vero e proprio processo dinamico che si sviluppa nel tempo e non come un singolo evento; infatti le persone seguono un percorso ciclico articolato in fasi, che sono gli stadi del cambiamento, e il progresso, da una fase all'altra, è condizionato da processi specifici. Gli stadi del cambiamento descritti sono:

- **Precontemplazione:** la persona non ha intenzione di modificare il proprio comportamento in quanto non consapevole del problema e non informato in merito ai danni che ne possono conseguire;
- **Contemplazione:** la persona prende consapevolezza del problema e inizia a pensare a come risolverlo;
- **Preparazione/determinazione:** la persona ha un piano di azione e ha già iniziato a mettere in atto piccoli cambiamenti;
- **Azione:** la persona agisce per modificare il proprio comportamento e mette in pratica le strategie individuate nel piano precedente;
- **Mantenimento:** la persona si applica al mantenimento nel tempo e alla stabilizzazione del comportamento acquisito;
- **Conclusione o risoluzione:** la persona ha acquisito fiducia in sé stessa e ha interiorizzato i nuovi comportamenti;
- **Ricaduta:** può essere uno stadio del cambiamento nel momento in cui la persona

riprende, anche per una sola volta, il comportamento problematico iniziale, ritornando così nelle fasi di precontemplazione, contemplazione e azione.

L'operatore sanitario ha quindi, il compito di comprendere ciò che accade nel corso dei differenti stadi del processo di cambiamento in modo da attivare interventi educativi e di sostegno adeguati alla fase che sta attraversando la persona.

Ed ecco, che si vuole evidenziare l'intervento educativo-sanitario che l'infermiere può e deve dare alla comunità, avendo il ruolo di educatore a corretti stili vita e ricercatore del bisogno di salute sul territorio.

L'educazione alla salute è rivolta a persone anche in salute al fine di mantenerla o promuoverla, diversamente dall'educazione terapeutica che è rivolta a persone con problemi di salute in situazione di malattia.

Entrambi i processi di educazione dei pazienti sono finalizzati a far apprendere ed incorporare i corretti comportamenti correlati al mantenimento e/o alla gestione ottimale della salute. Promuovere un cambiamento sociale in grado di modificare la qualità della vita e farlo accettare dagli individui oggetto dell'azione educativa, è un compito molto difficile e l'infermiere, come poche altre figure professionali, può essere determinante.

A maggior ragione, le capacità educative del personale sanitario che opera all'interno degli ambulatori solidali, in considerazione dell'utenza che accede presso gli stessi, devono essere più spiccate e affiancate anche da altri soggetti, ad esempio, team d'ascolto e/o mediatori culturali, che aiutano ad intercettare le esigenze e a fornire un quadro generale della loro situazione clinica.

## CAPITOLO 7

### **L'impegno del personale sanitario volontario nella cura delle persone**

Precedentemente al Piano Sanitario Nazionale - PSN, che asserisce come fondamentale il ruolo del volontariato nella “*valutazione partecipata dell'assistenza*”, la L. n. 833 del 23/12/1978, di riforma sanitaria, riconosceva la funzione delle associazioni di volontariato basilare al perseguimento dei fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale.

In maniera più marcata il D.lgs n. 502 del 30/12/1992, ha previsto all'art.14, relativo ai Diritti dei cittadini, che *le regioni instaurino con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti, rapporti di collaborazione al fine di definire gli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie.*

Le organizzazioni di volontariato che operano nel settore sanitario, incentrate come le altre che operano nei più svariati settori nel promuovere la cultura dell'agire gratuito e nel favorire la crescita del capitale umano, con il proprio impegno mirano a raggiungere quei livelli qualitativi, nell'erogazione dei propri servizi, perseguiti dal S.S.N..

La specificità di tutte queste organizzazioni consiste nella capacità di fornire beni relazionali, beni che possono essere goduti solo all'interno di un organismo in cui il rapporto tra le persone conta e dal quale può derivare un senso di appartenenza e di utilità per il bene comune che porta alla soddisfazione di chi ne viene a fare parte.

Il volontariato quindi rappresenta espressione del valore della relazione e della condivisione con l'altro dove il singolo non viene considerato come individuo isolato ma come appartenente ad un contesto di rete nel quale cresce e si definisce la propria identità e dove quindi il tema del rispetto, che va dalla cura del sé alla relazione con l'altro, può essere un grande strumento di pratica ed educazione all'interno di relazioni virtuose volte a favorire la crescita di una cultura della responsabilità della socialità.

Occorre avere la consapevolezza che se un tempo la solidarietà nasceva spontaneamente all'interno delle famiglie, del vicinato, dei luoghi di lavoro, oggi essa va costruita e progettata consapevolmente.

Il mondo del volontariato e dell'Associazione trova nella realtà locale una consolidata e significativa espressione attraverso numeri forti ma anche esperienze qualificate e incisive, che inorgoliscono e fanno sentire utili gli stessi volontari.

Ma oltre alla forma di volontariato cosiddetta comune, a cui possono partecipare tutti i membri della comunità, stanno nascendo in tutto il territorio nazionale e sempre più capillarmente altre forme di volontariato specializzato.

Si tratta di persone aventi competenze mediche ed infermieristiche o comunque sanitarie che si mettono a disposizione gratuitamente, nel loro poco e prezioso tempo libero, per garantire ai soggetti socialmente svantaggiati ed esclusi l'assistenza sanitaria, e dunque, più in generale, il diritto alla salute.

Sono questi professionisti, dotati di grande umanità, che stanno provvedendo alla realizzazione di ambulatori socio-sanitari, a bassa soglia di accesso, volti a garantire le cure necessarie alle persone eventualmente emarginate dal S.S.N., al fine di contrastare il diffondersi di patologie legate alla povertà, all'ignoranza culturale e a disagi di carattere sociale.

In questi ambulatori, che potremmo definire come "solidali", viene accolto chiunque chieda di essere curato senza frapporre ostacoli di natura culturale, politica, etnica e burocratica, coprendo appunto gli spazi lasciati liberi, per impossibilità oggettive, dal S.S.N. e dimostrando di fatto che lo Stato non è in grado di fornire quelle cure che dovrebbero essere garantite costituzionalmente a tutti gli aventi diritto.

Per far fronte a tutte queste esigenze i gruppi di personale sanitario volontario che gestiscono i vari laboratori solidali hanno bisogno di ambienti adeguati, arredi ed attrezzature mediche che reperiscono tramite richieste agli enti territoriali, istituti religiosi, campagne di solidarietà e facendo convenzioni (anche per l'uso di particolari e costose apparecchiature mediche) con strutture accreditate del S.S.N.

## **7.1 Mappatura e diffusione degli ambulatori solidali in Italia**

Potendo utilizzare una retorica lente di ingrandimento sul territorio nazionale, possiamo

andare concretamente a visualizzare dove sono localizzate le realtà ambulatoriali di solidale maggiori che hanno segnato ed aperto la strada a realtà minori ed infase di sviluppo.

Partendo dal nord Italia e facendo un excursus verso sud, incontriamo, tra i più importanti, i seguenti centri:

- Poli Ambulatorio dell'Opera San Francesco di Milano;
- NAGA di Milano;
- Laboratorio di Salute Popolare (LPS) di Bologna;
- Ambulatorio Caritas a Roma Termini;
- “Je so' pazzo” di Napoli;
- Ambulatorio Popolare di Barletta;
- ACE di Reggio Calabria.

Questi ambulatori vantano esperienza nel campo sanitario da tempi differenti. Tra i veterani ritroviamo sicuramente il centro NAGA di Milano attivo dal 1987, uno dei primi in Italia. Al suo interno operano circa 60 medici volontari i quali effettuano, tra l'altro, circa 10 mila visite a stranieri irregolari, senza permesso di soggiorno, in possesso di STP. L'ambulatorio non si è fermato nemmeno durante il lockdown, infatti, medici ed infermieri, seppure in turni ridotti, hanno proseguito le proprie attività professionali a favore degli indigenti e bisognosi, non solo dal punto di vista sanitario ma anche culturale-informativo, diffondendo depliant tradotti in varie lingue concernenti le linee guida da seguire nel periodo pandemico.

C'è chi invece, non vanta esperienza ultra trentennale, come ad esempio il Laboratorio di Salute Popolare di Bologna, che a causa della pandemia ha subito una battuta d'arresto proprio sul nascere. Nonostante le difficoltà legate al periodo però, gli attivisti volontari non si sono lasciati intimorire, ma hanno attivato una rete capillare di consegne di beni alimentari a persone senza fissa dimora ed in difficoltà economiche, potendo così cogliere l'attimo per conoscere i fragili e diffondere tra loro l'iniziativa del Laboratorio di Salute.

Mi colpisce una frase, detta da due giovani medici ed attivisti dell’LSP in occasione di un’intervista al giornale online “Altreconomia” (articolo del 1 gennaio 2021) che afferma una grande verità: *“la salute fisica è solo la punta dell’iceberg di una serie di condizioni che determinano la vita delle persone”*.

L’emergenza povertà sanitaria riguarda però soprattutto il centro sud.

Dunque, proseguendo il nostro percorso verso sud, troviamo il centro “Je so’ pazzo” di Napoli che svolge la propria attività all’interno di uno dei quartieri periferici della città, il Materdei, dove negli ultimi anni la maggior parte degli ambulatori ed ospedali è stata chiusa. Obiettivo dunque del centro, aperto all’interno dell’ex ospedale psichiatrico occupato è quello di creare una forma di medicina alternativa e alla portata del territorio, senza sostituirsi al sistema sanitario. Come riporta la testata del Sole 24 Ore (articolo del 20 novembre 2016 – Le cure in tempi di crisi), l’ambulatorio del rione napoletano ha eseguito in un anno 1400 visite mediche gratuite.

Sul versante calabrese, la best practice contro le disuguaglianze sanitarie è portata avanti da numerosi centri di medicina solidale di Reggio Calabria, fra i quali spicca l’associazione Ace medicina solidale, fondata dal medico gastroenterologo Lino Caserta. L’associazione cerca ogni giorno tramite il proprio operato di arginare il fenomeno del ridimensionamento delle spese sanitarie obbligatorio per la Regione Calabria in quanto il suo servizio sanitario regionale risulta commissariato da oltre un decennio.

Questo ha causato una crescente riduzione del personale impiegato, dei posti letto disponibili e delle strutture ospedaliere.

## **7.2. Mappatura e diffusione ambulatori solidali nelle Marche**

Una recente ricognizione effettuata dalla Caritas nella nostra Regione ha potuto stabilire che sono attivi ben otto ambulatori solidali, ciascuno con proprie peculiarità, che da anni erogano sul territorio, coprendo tutte le provincie, centinaia di prestazioni sanitarie gratuite (visite mediche generalistiche e specialistiche, diagnostica strumentale, prestazioni infermieristiche, distribuzione farmaci) a chiunque ne abbia necessità utilizzando professionisti che operano volontariamente senza alcun compenso.

La dislocazione di detti ambulatori/poliambulatori è la seguente:

- 1) ambulatorio solidale “accogliere è già curare” - Caritas di Jesi – via Papa Giovanni XXIII 23, Jesi (AN) – che offre servizi medici;
- 2) Centro Salute Caritas Fano - Via Rinalducci, 11, Fano (PU) - che offre servizi medici;
- 3) AMBULATORIO CARITAS - V. Madonna della Pietà, 111 S. Benedetto del Tronto (AP) – che offre, oltre ai servizi medici, anche uno sportello di orientamento sanitario, uno studio odontoiatrico e si occupa della distribuzione di farmaci;
- 4) Sportello Sanitario - Centro Caritas Civitanova Marche (MC);
- 5) Ambulatorio Solidale Paolo Simone Maundodè - Via Gramsci, 17 Senigallia (AN)
- 6) Sportello Salute- Via Gioberti, 6 Casa Bethlem – Macerata – che offre uno sportello di orientamento sanitario e uno di ascolto;
- 7) Poliambulatorio medico specialistico e sportello d’ascolto – Fermignano (PU);
- 8) Centro d’ascolto per la salute – via Mazzini, 75 Pesaro;
- 9) Ambulatorio odontoiatrico – Viale De Gasperi, 5 - Ascoli Piceno.

L’attività svolta all’interno dei sopracitati ambulatori/poliambulatori solidali dipende dalla formazione dei professionisti che danno la propria disponibilità mossi da un senso innato di responsabilità e dovere e una forte carica di umanità.

Fra questi vi sono attualmente: n. 98 medici, n. 36 infermieri, n. 4 farmacisti, n. 3 psicologi, n. 1 operatore sociale, n. 1 oculista, n. 1 dentista, n. 1 assistente alla poltrona e n. 2 odontotecnici.

### **7.3. Attività e servizi offerti**

Gli ambulatori solidali di cui abbiamo discusso in dettaglio nel precedente paragrafo, si rivolgono a soggetti fragili, persone che vivono situazioni di disagio legate a multipli problemi esistenziali, sociali e culturali, legati al territorio di appartenenza e non solo.

Queste persone si isolano dal resto della società, da cui si sentono respinte e della quale dunque diffidano. A tutto questo per gli stranieri si sommano le difficoltà linguistiche, le differenze culturali e le difficoltà legali e burocratiche che ancor più contribuiscono



all'isolamento.

I bisogni sanitari di queste persone possono essere affrontati solo inserendo le azioni di diagnosi e cura in un più ampio miglioramento della loro condizione di vita.

Pertanto, insieme alle attività di assistenza e cura professionale fornite da personale medico e infermieristico volontario, in molti laboratori solidali vengono avviate esperienze di educazione sanitaria e percorsi di formazione per educatori alla pari al fine di guidare gli utenti dei servizi ad appropriarsi consapevolmente del proprio potenziale e a favorire un processo di crescita della propria autostima, per poi accompagnarli, nei casi in cui questo sia possibile, lungo un percorso di avvicinamento al S.S.N..

Tutto questo è necessario in quanto chi si rivolge agli ambulatori solidali, provenendo da situazioni di vita segnate da precarietà, marginalità, compresenza di patologie, non sempre ha un quadro della propria posizione sanitaria, e spesso viene sì per richiedere una diagnosi sulla malattia che li affligge o farmaci ad uso immediato contro un dolore o una infiammazione che non sono risolutivi del loro vero problema, ma vengono altresì per chiedere: un aiuto per la ricerca di un lavoro, la protezione da un marito violento, un supporto per trovare casa, ma anche cibo e/o soldi.

Fondamentale quindi risulta essere l'approccio con queste persone al fine di comprendere cosa c'è dietro il loro disagio ed avere la possibilità di inquadrare correttamente i casi clinici, riconoscere quelli urgenti e che necessitano di competenze specialistiche, prendere in carico quelle patologie croniche che, con un supporto specialistico, possono rientrare nei compiti delle cure primarie, il tutto senza indurre il paziente ad irrigidirsi e a sfuggire alle necessarie cure, in un ottica di tutela sia della persona che della comunità.

Per far ciò risulta necessario costruire un rapporto di fiducia attraverso il superamento di eventuali conflittualità e/o incomprensioni e questo viene reso fattibile anche grazie alla presenza in ambulatorio di personale infermieristico altamente qualificato.

Negli ambulatori solidali i servizi offerti sono in funzione della specializzazione medico/infermieristica di chi volontariamente ne fa parte, in particolare vengono erogati servizi del tipo medicazioni, terapie endovenose, terapie intramuscolari, assistenza ai pazienti stomizzati, screening per la valutazione di determinate malattie.

Ma sempre più strutture crescono nei territori sia logisticamente che funzionalmente, fornendo in pratica oltre ad una assistenza specialistica a tutto tondo anche alcune indagini strumentali, parte delle quali effettuate direttamente all'interno del laboratorio/poliambulatorio ed in parte, relativamente agli esami più complessi, fornite attraverso convenzioni con strutture sanitarie territoriali pubbliche.

## **CAPITOLO 8**

### **L'esperienza sul campo: visita all'ambulatorio solidale "Paolo Simone" di Senigallia**

Il 19 marzo 2018 nei locali del Centro di solidarietà di Via Gramsci 15 a Senigallia, grazie alla volontà di alcuni medici e infermieri del territorio, che qui lavorano a titolo completamente gratuito, ha aperto l'Ambulatorio solidale Paolo Simone – Maundodè.

Questo non opera solo a favore dei poveri ma anche a favore di quella fascia della popolazione - cittadini italiani residenti o non residenti, stranieri con e senza permesso di soggiorno iscritti oppure no al S.S.N. - che si trovano, anche temporaneamente, in uno stato di bisogno o per motivi economici o per motivi sociali.

Nell'ottobre 2023 ho iniziato a frequentare l'ambulatorio spinto dalla curiosità di vivere questa realtà in prima persona e vedere con i miei occhi l'operato di medici ed infermieri volontari, oltre a dare un mio seppur piccolo contributo. La prima impressione che si ha entrando è quella di un luogo di accoglienza e ascolto. Non si tratta di un luogo dove ricevere solamente cure sanitarie ma anche un posto letto, un pasto caldo, una finestra d'ascolto per persone sole. Gli stessi volontari che ti ascoltano sono quelli che prenotano le visite agli ospiti della struttura e li accompagnano poi nel momento stesso dell'incontro col medico. Ma non termina qui. L'ambulatorio offre anche uno sportello a stranieri in ambito burocratico, fornendo informazioni e consulenze in merito a cittadinanza, permessi di soggiorno, visti di ingresso, ricongiungimenti familiari, domande di asilo e corsi di lingua italiana a persone completamente disorientate e bisognose di aiuto a 360°. In ambulatorio è possibile ottenere ciò che tramite il servizio sanitario nazionale non è possibile ricevere per le motivazioni espresse nei precedenti capitoli. In particolare, obiettivo della struttura è quello di:

1. effettuare visite di medicina generale per chi viene inviato dal centro di ascolto della Caritas, non può consultare il proprio medico o non ha accesso ai servizi del SSN (persone non residenti, senza fissa dimora e/o senza permesso di soggiorno);

2. effettuare visite ed esami specialistici quando non è possibile attendere la risposta del SSN;
3. fornire prestazioni di natura infermieristica come somministrazione di farmaci, medicazioni, iniezioni e molto altro;
4. aiutare le persone ad inserirsi nei percorsi già stabiliti dal SSN;
5. collaborare con servizi sanitari di paesi disagiati tramite la telemedicina.

Chiunque si può rivolgere all'ambulatorio: italiani residenti e non residenti, cittadini stranieri con o senza permesso di soggiorno, iscritti o non iscritti al SSN. Tutti accumulati da condizioni di bisogno socio-economico.

L'offerta di visite ed esami specialistici è legata alla disponibilità dei medici e professionisti volontari. Attualmente viene offerto supporto nell'ambito della chirurgia generale e vascolare, ginecologia e ostetricia, oculistica e odontostomatologia, medicina interna, geriatria, ematologia, gastroenterologia, nefrologia, cardiologia, neurologia, pediatria, pneumologia, podologia, psicologia.

Il percorso è avvenuto a fianco di un'infermiera in pensione che svolge ogni giorno attività di assistenza nell'ambulatorio. Le attività più frequenti sono state la somministrazione di medicinali agli ospiti soggiornanti nella struttura per più di due settimane che seguono una particolare terapia medica, l'effettuazione di iniezioni, prenotazioni delle visite tramite il CUP regionale a chi lo richiedeva ed effettuare assistenza ai medici che si susseguivano nell'orario delle visite.

L'ambulatorio è dotato di stanze adibite alle visite e fornito di macchinari professionali come ecografi, elettrocardiografi, barelle e molto altro materiale, nulla a che togliere ad ambulatori privati.

È un'esperienza significativa, sia a livello professionale, in quanto contribuisce a mettere in pratica quanto si apprende tra lezioni e tirocini, sia a livello personale in quanto permette di vedere "il mondo" da un'altra prospettiva, ampliando la consapevolezza in merito alle più svariate tematiche sociali. Si riesce ad entrare in contatto con diverse persone, ognuna delle quali con una storia differente alle spalle, tutte diverse quanto

“pesanti”, che le hanno portate allo status attuale. In questi casi l’aiuto dell’ambulatorio solidale è fondamentale oltre che necessario, in quanto accanto al supporto sanitario viene fornito anche e soprattutto un supporto psicologico.

Di seguito si allegano tabelle in merito a dati estrapolati dal terminale dell’ambulatorio dal 01/01/2020 al 20/10/2023:

<b>DISTRIBUZIONE VISITE PER SESSO</b> (dal 01/01/2022 al 20/10/2023)	
MASCHI	259
FEMMINE	286
<b>Totale visite</b>	<b>545</b>

<b>TOTALE PRESTAZIONI DI SOMMINISTRAZIONI TERAPIE</b> (dal 01/01/2020 al 20/10/2023)	
Totale accessi per somministrazione terapia	663

<b>DISTRIBUZIONE PER ETA'</b> (dal 01/01/2020 al 20/10/2023)		
Da 0 a 17 anni	Pazienti n.	76
Da 18 a 30 anni	Pazienti n.	75
Da 31 a 50 anni	Pazienti n.	187
Maggiore di 50 anni	Pazienti n.	212
Minore di 0 anni	Pazienti n.	1
Totale pazienti per il periodo indicato		550

<b>TOTALE VISITE ESEGUITE</b> (dal 01/01/2020 al 20/10/2023)	
Cardiologo	26
Chirurgo generale	13
Chirurgo vascolare	23
Fisioterapista	2
Fisioterapista - Osteopata	17
Neurologo	27
Ortopedico	14
Ostetrico - Ginecologico	51
Pediatra	12
Pneumologo	3
Psichiatra	9
Psicologo	11
Radiologo	37
Urologo	6
<b>Totale visite</b>	<b>251</b>

<b>DISTRIBUZIONE PER NAZIONALITA'</b> (dal 01/01/2020 al 20/10/2023)	
Afghanistan	10
Albania	4
Algeria	12
Argentina	4
Bangladesh	8
Bolivia	1
Cina Repubblica Popola	1
Congo Repubblica Popola	2
Costa d'Avorio	4
Egitto	20
Eritrea	4
Georgia	4
Ghana	8
India	3
Iran	1
Iraq	2
Italia	58
Marocco	82
Moldavia	1
Nigeria	34
Pakistan	1
Perù	3
Polonia	19
Romania	46
Senegal	2
Togo	2
Tunisia	18
Ucraina	7
<b>Totale visite</b>	<b>361</b>

<b>PAZIENTI VISITATI</b> dal 01/01/2020 al 20/10/2023		
Ospite struttura caritas	No	142
Ospite struttura caritas	Non noto	334
Ospite struttura caritas	Si	75
<b>Totale pazienti visitati</b>		<b>551</b>

## CONCLUSIONI

Questo lavoro ha tentato di presentare un quadro completo della organizzazione sanitaria italiana.

La L. 833 del 23/12/1978, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, malgrado alcune lacune ha avuto il pregio di strutturare, programmare, pianificare ed organizzare i servizi sanitari, rimanendo un punto di riferimento anche per altre nazioni.

Nonostante questo, da sempre, alcuni vuoti del S.S.N. sono stati coperti dalle associazioni di volontariato presenti in ogni parte del territorio nazionale, andando ad integrare i servizi ed aumentandone l'efficacia e l'efficienza; la situazione contingente di crescita della disuguaglianza sociale, specie in termini di natura economica (*in particolare dovuta alla perdita di posti di lavoro a causa o per effetto della recente pandemia*), ha portato ad un aumento della povertà assoluta e del flusso delle persone bisognose di cure che hanno difficoltà di accesso ai servizi sanitari basilari.

A peggiorare la situazione è anche il sensibile aumento degli stranieri, in particolare extracomunitari, che raggiungono le coste italiane e che portano con loro un bagaglio di povertà ma anche e soprattutto di fragilità composto sia da disagio psicologico che dalla necessità di cure per le malattie più varie.

A fronte di ciò, a fianco alle associazioni di volontariato "tradizionali", sono nate nuove realtà che intercettano i bisogni sempre più crescenti di queste fasce di popolazione, gli ambulatori solidali, che rappresentano una modalità di vicinanza e di cura alle persone. La nascita di questi ambulatori rappresenta la sconfitta del S.S.N. perché significa che lo stato non riesce a garantire i principi della L.833/78.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Bartoloni Maurizio - *Oltre 4 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi a causa di liste d'attesa e costi* – in *il Sole 24 ore* (15 marzo 2023).  
Link: [https://www.ilsole24ore.com/art/oltre-4-milioni-italiani-hanno-rinunciato-curarsi-causa-liste-d-attesa-e-costi-AEKYMA5C?refresh\\_ce=1](https://www.ilsole24ore.com/art/oltre-4-milioni-italiani-hanno-rinunciato-curarsi-causa-liste-d-attesa-e-costi-AEKYMA5C?refresh_ce=1)
- Rodriguez Giovanni - *Istat: “Sono sempre più gli italiani che rinunciano alle cure a causa delle lunghe liste d'attesa”* – in *Quotidianosanità.it* (8 marzo 2023).  
Link: [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=111800](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=111800)
- Grassi Donatella, Pannuzi Nicoletta – *La misura della povertà assoluta* – Istat (2009).
- Borrelli Giovanna e Sparano Francesco – *Prendersi cura delle persone. Viaggio tra gli ambulatori popolari*. - in *Altreconomia* (1 gennaio 2021).  
Link: <https://altreconomia.it/viaggio-tra-gli-ambulatori-popolari/>
- Pallara Patrizia - *Ambulatori solidali, medici volontari a disposizione di tutti* – in *Collettiva.it* (09/06/2023).  
Link: <https://www.collettiva.it/speciali/insieme-per-la-costituzione/2023/06/09/news/ambulatori-solidali-auser-medici-volontari-3130213/>
- Pagliariccio Gabriele – *Morire senza salute* – Dissensi editore, anno 2016.
- Don M. Angelelli, G. Blangiardo, B. Boschetti, G. Corrao, C. Fiaschi, S. Garattini, E. Manfredonia, R. Marinaro, A. Zangrandi, S. Daniotti, G- Rovati - *10° Rapporto, Donare per curare – Povertà sanitaria e donazioni farmaci – Opsan – Osservatorio Povertà Sanitaria*.
- Tarquinio Marco – *Benedetti gli ambulatori solidali. Ma sono anche sconfitta* – in *Avvenire.it* (23 luglio 2023).

Link: <https://www.avvenire.it/rubriche/pagine/dialogo-con-tarquinio-ambulatori-solidali>

- Marrazzo Donata - *Farmacie e ambulatori di strada: ecco la Sanità solidale che cura oltre 500mila famiglie* – in *Il Sole 24 Ore* (20 novembre 2019).

Link: <https://www.ilsole24ore.com/art/farmacie-e-ambulatori-strada-ecco-sanita-solidale-che-cura-oltre-500mila-famiglie-ACXZ1C0>

- Associazione Multietnica dei Mediatori Interculturali (A.M.M.I.) - *Diritto alla salute: cos'è il codice STP e come funziona - Diritto alla salute: cos'è il codice ENI e come funziona.*

Link: <https://www.mediatoreinterculturale.it/>

- ASGI – Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione: *Tutela della salute e diritto al soggiorno per i cittadini stranieri in Italia* (giugno 2021)

Link: <https://www.asgi.it/scheda-diritto-alla-salute/>

- OECD/European Union 2022 - *Health at a Glance: Europe 2022 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE* (2022).

- Gabanelli Milena, Ravizza Simona - *Sanità: liste d'attesa per visite ed esami: ecco perché sono sempre più lunghe* – in *Corriere della Sera* (6 febbraio 2023).

Link: <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/sanita-liste-d-attesa-visite-ed-esami-ecco-perche-sono-sempre-piu-lunghe/316d104e-a573-11ed-80b7-8ecdec86f310-va.shtml>

- Domenico Della Porta - *L'attualità e l'utilità dei Regolamenti comunali di igiene* – in *Quotidianosanità.it* (09 novembre 2019).

Link: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=78603](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=78603)

- Storia della Croce Rossa.

Link: <https://cri.it/cosa-facciamo/principi-e-valori-umanitari/storia-croce-rossa/>



- Jacopo Perazzoli - *Al posto della paura. Percorsi di storia dei modelli sanitari, tra passato e futuro* – in Edizioni Feltrinelli (maggio 2020).  
Link: <https://fondazionefeltrinelli.it/app/uploads/2020/05/Al-posto-della-paura.pdf>
- Filippo Palumbo - *Politiche per gli Anziani: fare elenchi di cose utili da fare non significa programmare* – in Quotidianosanità.it (21 aprile 2023).  
Link: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=113115](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113115)
- Federica D'Alessio - *Come le persone anziane sono state buttate fuori dal Servizio Sanitario Nazionale* – in MicroMega (19 maggio 2023).  
Link: <https://www.micromega.net/come-le-persone-anziane-sono-state-buttate-fuori-dal-servizio-sanitario-nazionale/>

## **RINGRAZIAMENTI**

Arrivata alla conclusione di questa tesi, vorrei ringraziare la mia Università, la facoltà di Medicina e chirurgia, corso di laurea in Infermieristica del polo di Pesaro, nella quale ho passato anni indimenticabili, forse troppo velocemente, nei quali ho intrapreso un percorso di crescita formativa e soprattutto professionale.

Un grazie particolare va a tutti i tutor che in questi tre anni mi hanno supportata in ogni momento del mio percorso. Ringrazio, in particolare, la professoressa Tamara Campanelli, nonché relatrice di questa tesi, la quale mi ha offerto la possibilità, tramite questo elaborato, di approfondire un tema che rientra nei miei interessi, poco discusso dai più, ma socialmente molto importante, soprattutto in questi ultimi anni.

Un ringraziamento speciale va alla mia famiglia che mi ha sempre sostenuta e dato un appoggio morale nei momenti più difficili, un appoggio fondamentale per superare ogni scoglio.

Un grazie alla persona che fino alla fine di questo percorso mi ha sostenuto, nonostante tutto. Per ultimo, ma non per importanza, ringrazio anche tutte le mie amiche e amici, quelli che mi conoscono ormai da sempre e quelli incontrati durante questi anni.

Un enorme grazie a tutti!

Vanessa