

**RETE VENETA
AMBULATORI ETS**

**INDAGINE CONOSCITIVA
SUGLI AMBULATORI MEDICI DEL VENETO
GESTITI DA ENTI DEL TERZO SETTORE
2022**



2023

Pubblicazione realizzata con il contributo del Centro Servizi per il Volontariato di Belluno e Treviso, Adam Onlus, Associazione Caracol Olol Jackson Onlus, CESAIM OdV, Cittadini Ovunque OdV, Cittadini Volontari OdV, Diocesi di Padova, Emergency Onlus, Fondazione Nervo Pasini, Medici in Strada, Medici per la Pace OdV, Salute Solidale OdV.

Testo a cura di Augusto Cusinato e Gianfranco Rigoli. I curatori ringraziano Gianfranco Bonesso, Marta Carraro e lo staff di Emergency di Marghera per i consigli forniti. Ovviamente, la responsabilità di quanto pubblicato è esclusivamente dei curatori.

La pubblicazione è scaricabile dai seguenti siti:
<https://cesaim.wixsite.com/cesaimverona>
<https://fondazionenervopasini.it/>
<https://www.mediciperlapace.org/assistenza-socio-sanitaria/>

Stampato presso la tipografia F2MLab di Castelfranco Veneto nel mese di ottobre 2023.

INDICE

Presentazione	1
1. L’attuazione del diritto universale alla salute, in Italia	3
2. Le risposte nel Veneto	10
3. Gli ambulatori ETS del Veneto	13
3.1. <i>La rete degli ambulatori ETS</i>	13
3.2. <i>Il profilo giuridico degli ambulatori ETS</i>	15
3.3. <i>I servizi offerti</i>	17
3.4. <i>La composizione dell’utenza</i>	18
3.5. <i>Il profilo sanitario dell’utenza</i>	23
3.6. <i>Fonti di finanziamento</i>	29
3.7. <i>Criticità</i>	29
4. Suggerimenti e proposte	33
5. Conclusioni	34
Riferimenti bibliografici	35
Allegato 1. Schede individuali degli ambulatori ETS del Veneto	37
Allegato 2. Scheda di rilevazione degli ambulatori ETS	51

Presentazione

È con molto piacere che la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) introduce questo rapporto sulla rete degli ambulatori del Terzo Settore in Veneto.

La Medicina delle Migrazioni in Italia è nata negli anni '80 del secolo scorso proprio grazie alla rete informale degli ambulatori del volontariato. Erano anni difficili, ed essi nacquero per garantire un'assistenza sanitaria di base alle persone più fragili, che in quegli anni non avevano nessuna tutela: sorsero in modo spontaneo e non coordinato, in diverse parti d'Italia (per citarne alcuni: la Caritas a Roma, il Naga a Milano, la Croce Rossa a Genova, il Biavati a Bologna, i salesiani di Santa Chiara e l'Università a Palermo) e si erano organizzati per garantire il diritto all'assistenza sanitaria agli stranieri che ne erano esclusi.

Erano ambulatori di primo livello che tra mille difficoltà, con l'entusiasmo di chi sa di percorrere strade anticipatorie, con la curiosità e la passione di chi crede a un diritto alla salute senza esclusioni, hanno visto protagonisti centinaia di medici, infermieri e operatori sociali e sanitari.

Fu proprio da quelle esperienze che nacque la SIMM: l'idea era soprattutto quella di costituire una rete scientifica per dare basi solide contro pregiudizi e strumentalizzazioni, per produrre analisi tecniche sul profilo di salute della popolazione immigrata e per proporre politiche e percorsi di tutela della salute.

Al tempo stesso la SIMM cominciò un'attività di pressione politica e di impegno sociale che portò progressivamente, nel corso del decennio successivo, al pieno riconoscimento del diritto a tutte le cure necessarie per le persone immigrate, indipendentemente dal loro titolo di soggiorno, per onorare il principio sancito nell'articolo 32 della nostra Costituzione: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*.

Molti di coloro che a quei tempi offrivano il loro lavoro volontario negli ambulatori del Terzo Settore (tra cui chi scrive) pensarono che la loro attività sarebbe andata a morire, non essendocene ormai più, fortunatamente, la necessità. Circa un quarto di secolo più tardi, invece, i nostri ambulatori sono pienamente attivi, e bisognosi di sempre nuovi volontari.

Cosa è successo?

Purtroppo, il diritto sancito dalla Costituzione e dalle leggi che a essa si sono ispirate è spesso rimasto solo sulla carta. La sua pratica applicazione incontra difficoltà continue, legate alle parziali e differenziate applicazioni regionali delle norme e a ciò che non ci saremmo mai aspettati, purtroppo, di testimoniare: il progressivo arretramento del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Era un vero fiore all'occhiello del Paese, ammirato e considerato tra i più efficienti del mondo: è andato invece sempre più riducendo, nella pratica, le sue prestazioni, e il ricorso alla medicina privata, fuori dalla portata di molti nostri assistiti, è diventato vieppiù la regola.

Lungi dallo sparire, dunque, gli ambulatori del volontariato sono sempre più necessari, in questo periodo proprio per sostenere il Servizio Sanitario, nella speranza che le cose possano migliorare. E una delle nostre necessità è di conoscerli, non solo per poter contare sui loro servizi, ma anche perché sono i nostri sensori sul territorio, coloro che possono con sensibilità e tempismo avvertirci dei nuovi bisogni nell'assistenza sanitaria agli immigrati.

Siamo dunque grati ai nostri colleghi del Veneto che per primi hanno condotto una sistematica indagine sugli ambulatori nella loro regione, partendo da un opportuno *excursus* storico sulla presenza degli immigrati, per continuare con un'analisi demografica delle persone in difficoltà sociale e delle risposte predisposte per l'assistenza sanitaria di questi pazienti. Proprio come avvenne qualche decennio fa, ai tempi delle origini, il rapporto compie un'analisi epidemiologica, ci parla dei bisogni sanitari emersi e propone risposte efficaci.

Il nostro auspicio è che analisi analoghe vengano predisposte anche in altre regioni italiane, e siamo grati a chi ha aperto la strada. Pur continuando a sperare che, presto o tardi, di ambulatori del Terzo Settore non ci sia più necessità.

Marco Mazzetti

Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

10 luglio 2023

1. L'attuazione del diritto universale alla salute, in Italia

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”, recita il primo comma dell'articolo 32 della Costituzione italiana. In tale formulazione, tre sono gli aspetti ritenuti degni di tutela: primo, il diritto alla salute individuale, com'è del resto sancito dalla *Costituzione* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1946 e come sarebbe stato successivamente confermato nella *Dichiarazione universale dei diritti umani*, del dicembre 1948; secondo, l'interesse della collettività, leggibile nel duplice significato che la salute collettiva è condizione di tutela della salute dei singoli e che un individuo in salute può contribuire più facilmente alla costruzione della *res publica*; terzo, il principio di eguaglianza delle persone in tema di salute, in ossequio al quale sono assicurate cure gratuite alle persone prive di risorse materiali.

Il principio dell'universalità del diritto alla salute ha trovato attuazione giuridica, nel nostro Paese, circa un trentennio dopo, tramite la legge 28/12/1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La riforma è ispirata al modello sanitario inglese, adottato nel 1948 sulla base di quanto indicato nel *Rapporto Beveridge* (Beveridge, 1942) che, a sua volta, era inserito in un più vasto programma di *welfare* universale (Timmins, 1995)¹. La riforma sanitaria italiana era volta a superare, proprio nel verso dell'universalità del diritto alla salute, il modello bismarckiano fino ad allora vigente, secondo il quale i servizi sanitari erano finanziati dai contributi dei lavoratori (attraverso le Casse Mutue) e da alcune fondazioni, ed erano gestiti da enti pubblici aventi autonoma personalità giuridica (le Opere Pie) oppure privati. Il SSN, si legge infatti al primo articolo della legge 833, che enuncia il principio dell'universalità del diritto alla salute, è destinato “alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”. Da un sistema, dunque, riservato a chi contribuiva al suo sostentamento, si passava a un sistema fondato sulla fiscalità generale.

I possibili interrogativi su cosa si intendesse, in quella formulazione, per “tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali” – se l'insieme dei residenti oppure dei presenti nel territorio nazionale – e se per “cittadini” si intendessero strettamente le persone in possesso della cittadinanza italiana, non avevano, al tempo dell'emanazione della legge, la rilevanza che avrebbero assunto successivamente. Al censimento del 1981, la popolazione presente in Italia era infatti inferiore di circa 220.000 unità rispetto a quella residente, quale retaggio di decenni di consistenti flussi netti di emigrazione verso altri paesi². Solo a partire dagli anni a cavallo tra i '70 e gli '80, i movimenti in uscita iniziarono a essere compensati e anche sopravanzati dall'immigrazione, quale effetto dell'allora industrializzazione del paese.

Conseguentemente, il bilancio presenti/residenti ha mutato di segno. Al censimento del 2011 si rilevava infatti un eccesso di oltre un milione di presenti rispetto ai residenti, come conseguenza dell'attenuarsi dell'emigrazione e di consistenti flussi immigratori: una situazione che pose allora, per la prima volta, il problema di garantire la copertura sanitaria a un crescente numero di persone straniere dimoranti stabilmente nel Paese, con o senza un regolare titolo di soggiorno. Le statistiche

1 Al modello inglese si sono ispirati, in Europa, anche i sistemi sanitari spagnolo, danese, norvegese, finlandese e islandese.

2 Secondo il censimento del 1981, la popolazione residente ammontava a 56.556.911 unità, rispetto a 56.335.678 presenti. Trent'anni prima, al censimento del 1951, lo scarto era di quasi 1,4 milioni di persone presenti in meno rispetto ai residenti, segno di un'Italia che, uscita da poco da una guerra disastrosa, non era in grado di offrire lavoro a tutta la popolazione attiva e doveva pertanto ricorrere programmaticamente alla valvola di sfogo dell'emigrazione. Negli anni '50, espatriarono dall'Italia circa 300.000 persone all'anno, mentre i rientri erano meno della metà (cfr. Albani, Pittau, 2017).

del Ministero dell'Interno, riprese dalla Fondazione Migrantes³, riflettono il trend rapidamente crescente dei cittadini stranieri dimoranti in Italia a partire dagli anni '70: mentre all'inizio del decennio si contavano 143.838 stranieri soggiornanti nel paese, il loro numero saliva a 572.103 unità nel 1987 e risulta più che trentuplicato nel 2023, con 5.124.000 stranieri residenti, ai quali si aggiungono 303.000 stranieri regolarmente presenti ma non residenti e, si stima, 506.000 stranieri privi di regolare titolo di soggiorno⁴.

Di fronte a un fenomeno di tali dimensioni, la questione dell'effettiva attuazione dell'universalità del diritto alla salute è stata e continua a essere frequentemente problematizzata e anche drammatizzata. In particolare, nel discorso pubblico vengono considerati a compartimenti stagni alcuni temi che, in realtà, sono interdipendenti, quale, ad esempio, la circostanza che il lavoro immigrato sostiene una quota significativa del fondo che finanzia il SSN, mentre, per converso, la popolazione straniera presente nel Paese ne usufruisce in misura minore rispetto alla componente italiana. Uno studio condotto da Bettin e Sacchi (2019) dimostra l'esistenza, a livello di regioni italiane, di una robusta correlazione negativa tra la presenza di immigrati rispetto alla popolazione residente e la spesa sanitaria pubblica, nel senso che un punto di incremento dell'incidenza della popolazione immigrata comporta una diminuzione della spesa sanitaria pro-capite tra l'1,2% e il 3,9%. Per parte sua, la Fondazione Leone Moressa (2022) calcola che, nel 2021, a fronte di 8,4 miliardi di uscite per prestazioni previdenziali e assistenziali a favore degli immigrati (pensioni, disoccupazione, ecc.), sono stati registrati 15,9 miliardi di entrate nelle casse pubbliche da contributi previdenziali e sociali versati da lavoratori stranieri.

Dal punto di vista legislativo, il Testo Unico sull'immigrazione (d.lgs. 25/7/1998, n. 286) ha definito, tra altri aspetti, il quadro normativo sull'assistenza sanitaria alla quale hanno diritto gli stranieri presenti in Italia, con o senza regolare documento di soggiorno. L'art. 34 disciplina i casi di stranieri regolarmente soggiornanti nel territorio italiano, prevedendo l'iscrizione obbligatoria al SSN per:

1. gli stranieri che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento;
2. gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per richiesta di asilo politico, per protezione sussidiaria, per casi speciali, per cure mediche, per attesa di adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza;
3. i minori stranieri non accompagnati, anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno⁵;
4. i familiari a carico regolarmente soggiornanti.

Per gli stranieri regolarmente soggiornanti che non rientrano tra le categorie suddette, è invece previsto il regime dell'iscrizione volontaria, ovvero a pagamento⁶, al SSN, valida anche per i familiari a carico, la quale dà diritto alle prestazioni erogate dal SSN a parità con il cittadino italiano, benché limitatamente al territorio nazionale⁷.

3 <http://briguglio.asgi.it/immigrazione-e-asilo/2005/maggio/anticip-dossier-caritas.html>.

4 Si veda anche: Fondazione ISMU ETS (2023).

5 Rispetto ai minori stranieri, il d.p.c.m. 12/01/2017, all'art. 63, c. 4, ne prevede l'iscrizione obbligatoria, siano essi accompagnati o non accompagnati, a prescindere dalla regolarità del soggiorno. In proposito, occorre precisare che le Regioni stanno procedendo in maniera difforme e con una certa lentezza all'applicazione della norma. A superare difformità e ritardi, ha provveduto la Risoluzione dell'Agenzia delle Entrate 7/6/2022, n. 25/E, la quale assicura il diritto alle cure a parità con i minori italiani mediante il rilascio del codice fiscale al minore, su richiesta delle ASL, il conseguente rilascio della Tessera Sanitaria (TS) e la scelta del pediatra o del medico di medicina generale (MMG), indipendentemente dalla posizione giuridica del minore rispetto alle norme sull'ingresso e soggiorno nel paese. La Regione del Veneto ha recepito tale procedura con nota del 16/03/2023, n. 0147631.

6 L'importo annuo per l'iscrizione volontaria al SSN è pari al 7,50% del reddito fino alla quota di reddito pari a € 20.658,27 e del 4% sugli importi eccedenti, fino al limite di € 51.645,69. In ogni caso l'importo non può essere inferiore a € 387,34. L'iscrizione è valida dal momento dell'iscrizione alla fine dell'anno solare.

7 Si veda la Nota della Regione del Veneto 13/05/2016, n. 189085.

Va altresì rilevato che il d.lgs. 3/10/2008 ha operato un'ulteriore limitazione delle condizioni di assistenza sanitaria, escludendo dall'iscrizione obbligatoria al SSN i genitori ultrasessantacinquenni con ingresso in Italia per ricongiungimento con familiare di cittadinanza straniera, il quale sia avvenuto successivamente al 5 novembre 2008⁸. Anche per essi è prevista l'assicurazione volontaria, a pagamento.

Tornando al Testo Unico sull'immigrazione, l'art. 35 detta norme per l'assistenza sanitaria agli stranieri non iscrivibili al SSN, ovvero che non rientrano in nessuna delle categorie sopra indicate. Più in dettaglio, ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso o al soggiorno, sono assicurate le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali⁹, ancorché continuative, per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono, in particolare, garantiti:

- a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29/7/1975, n. 405 e 22/5/1978, n. 194 e del decreto del Ministro della Sanità 6/3/1995;
- b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20/11/1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della l. 27/5/1991, n. 176;
- c) le vaccinazioni, secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
- d) gli interventi di profilassi internazionale;
- e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Per parte sua, la giurisprudenza ha affermato che devono ritenersi garantite tutte le prestazioni essenziali per la vita della persona straniera, ritenendo prevalente il valore universale e costituzionale della salute rispetto all'interesse dello Stato a espellere dal territorio nazionale il migrante privo del permesso di soggiorno (*ex multis*: Corte Costituzionale, sentenza n. 252 del 05/07/2001; Corte di Cassazione, Sezione Prima Civile, sentenza del 22/09/2006, n. 2056; Corte di Cassazione, Sezione Prima Civile, sentenza del 24/01/2008, n. 1531; Consiglio di Stato, sentenza del 20/09/2011, n. 5286)¹⁰.

Il Testo Unico stabilisce altresì che le prestazioni suddette sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora siano privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. L'accesso alle cure senza oneri è subordinato all'ottenimento della tessera sanitaria ENI (Europei Non Iscritti) o STP (Stranieri Temporaneamente Presenti), a seconda che il cittadino straniero abbia o meno la cittadinanza europea. La tessera è rilasciata dall'ASL nella quale si effettua la prima prestazione medica, a prescindere dal luogo di dimora del richiedente, previa indicazione delle generalità, della dimora (o, in mancanza, di un recapito) e dell'autocertificazione della condizione di indigenza (Circolare del Ministero della Sanità del 24/03/2000, n. 5). Il possesso del documento d'identità è requisito imprescindibile per i cittadini comunitari, mentre per i cittadini extracomunitari, in assenza, vale l'autocertificazione dei dati personali. La tessera ha la durata di sei mesi (un anno, nel Veneto) ed è rinnovabile persistendo la condizione di presenza dell'interessato nel territorio nazionale. La tessera STP è valida su tutto il territorio nazionale, mentre la tessera ENI ha validità regionale. Entrambe non danno diritto al MMG di libera scelta e ad esenzioni per reddito; sono invece applicabili le esenzioni per patologia. Infine, l'art. 35, c. 5 del Testo Unico stabilisce che l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non deve

8 È opportuno segnalare che, a seguito della sentenza della Corte d'appello di Venezia n.138 del 14 aprile 2022, i familiari, ancorché stranieri, di cittadini italiani o comunitari, anche se ultrasessantacinquenni, hanno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN.

9 Sono definite urgenti le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; sono invece essenziali, le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita per complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti. (d.p.c.m. 12/01/2017).

10 Periodo tratto da Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige (2018).

comportare alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto a parità di condizioni con il cittadino italiano. Il divieto di segnalazione è una tutela importante garantita dalla normativa e dovrebbe dissipare i timori delle persone non regolarmente soggiornanti nel ricorrere a una struttura sanitaria. Purtroppo, la talora ventilata soppressione di questa tutela è usata come arma intimidatoria a livello politico, con la conseguenza che le persone evitano di ricorrere al Pronto Soccorso o agli Ambulatori ETS per timore di venir segnalate ed espulse.

A completare il quadro delle prestazioni sanitarie offerte al cittadino straniero indigente, non in regola con le norme sull'ingresso o il soggiorno, provvede il regolamento di attuazione del t.u. (d.p.r. 31/8/1999, n. 394). L'art. 43, c. 8 stabilisce che le regioni individuino, autonomamente, le modalità più opportune per garantire le cure essenziali e continuative sopra riportate, le quali possono essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica¹¹. Per com'è stesa, la norma ha carattere programmatico, per cui le singole regioni possono o meno darvi attuazione, senza incorrere in sanzioni in caso di inerzia: lo stato di realizzazione esistente nel Veneto sarà esposto nel paragrafo 2.

Merita una considerazione a parte la condizione, a dir poco paradossale, di talune categorie di cittadini extra-comunitari soggiornanti regolarmente in Italia e dei cittadini comunitari, compresi gli italiani, che siano privi di residenza. L'art. 19 della legge 833/1978 prevede infatti che, per accedere alle prestazioni del SSN, l'utente debba essere iscritto negli appositi elenchi dell'ASL nel territorio di residenza, per cui, in assenza di residenza, l'iscrizione è rifiutata. Ne deriva che queste categorie di persone si trovano in condizioni peggiori degli stranieri presenti irregolarmente nel paese, per i quali ultimi, se indigenti, è previsto il rilascio della tessera ENI o STP. Si segnala, inoltre, la situazione dei cittadini extracomunitari per i quali, in base al titolo di soggiorno, dovrebbe essere sufficiente la dichiarazione di ospitalità ai fini dell'iscrizione al SSN, e che tuttavia non riescono a ottenerla a causa della difficoltà a produrre tale dichiarazione: fenomeno che, tra l'altro, favorisce la richiesta di compensi non dovuti da parte di proprietari privi di scrupoli.

Del resto, la circolare del Ministero dell'Interno 18.05.2015, richiamando che il diritto alla residenza è di natura soggettiva, dispone che, nei confronti del "rilevante numero di cittadini stranieri, anche riconosciuti titolari di protezione internazionale" i quali, "non avendo stabilito in un certo territorio comunale il luogo di propria dimora abituale, si trovi[no] a non avere una sistemazione alloggiativa certa, ed invero viv[ono] in alloggi di fortuna o addirittura per strada", "l'iscrizione anagrafica può, comunque, avvenire attraverso la registrazione della persona senza fissa dimora nel relativo Registro nazionale, gestito presso ogni comune". Tale iscrizione – prosegue la circolare – vale come residenza in quanto "l'art. 2, comma 3 della legge anagrafica n. 1228/54, modificato dalla l. n. 94/2009, prevede che 'la persona che non ha fissa dimora si considera residente nel comune dove ha stabilito il proprio domicilio'". "In tal caso – prosegue, ancora la circolare – non è necessario indicare un preciso indirizzo né procedere agli accertamenti relativi all'abitudine del domicilio perché esso è sostanzialmente oggetto di una libera elezione da parte della persona senza fissa dimora (Ministero Interno, circolare n. 1/1997). Il comune può, quindi, effettuare l'iscrizione anagrafica, anche mediante il richiamo ad un indirizzo convenzionale in una via territorialmente non esistente, come fanno già molte realtà locali".

Nella realtà, si registra la diffusa riluttanza¹² dei comuni ad applicare quanto previsto dalla circolare suddetta e, prima ancora, dall'art. 1 del d.p.r. 30/5/1989, n. 223, secondo cui le persone senza dimora sono iscritte nell'anagrafe della popolazione residente nel comune in cui hanno

11 Il concorso delle organizzazioni di volontariato al raggiungimento delle finalità del SSN era già previsto dalla legge 833/1978, istitutiva dello stesso (artt. 1 e 45).

12 Oltre che per eventuali motivi di orientamento politico, la riluttanza a conferire la residenza, in special modo a persone straniere indigenti, si spiega con la circostanza che, una volta conferita, il comune assume gli oneri per le eventuali prestazioni assistenziali di cui tali persone dovessero abbisognare: oneri che possono rivelarsi importanti nel caso in cui si renda necessario il ricovero presso strutture residenziali (art. 6, c. 4 della l. 8/11/2000, n. 328).

stabilito il proprio domicilio o, in mancanza, nel comune in cui vivono di fatto oppure in quello di nascita, come pure la riluttanza a istituire una via fittizia, secondo quanto previsto dalla circolare ISTAT n. 29/1992, nella quale fissare la residenza di tali persone.

Di conseguenza, alle circostanze che già condizionano la salute di coloro che vivono in situazioni di povertà estrema come, ad esempio, la mancanza di consapevolezza dei diritti di cui sono titolari e la sfiducia nei confronti delle istituzioni, si aggiunge anche l'ostacolo della residenza che in questo modo diviene barriera burocratica e strumento di esclusione. (Coppola, Girauda, 2022)¹³.

A fronte di una simile situazione, palesemente in contrasto con il dettato costituzionale, le regioni Emilia-Romagna e Puglia hanno provveduto a garantire la copertura sanitaria ai cittadini italiani privi di residenza, rispettivamente con l.r. 29/7/2021, n.10 e l. r. 30/11/2021, n. 44. Per parte sua, la Regione Piemonte vi ha provveduto tramite la stipula di un Protocollo di intesa, firmato il 2 maggio 2022, con Prefettura di Torino, Comune di Torino, Città Metropolitana di Torino, ASL di Torino, Arcidiocesi di Torino, Circoscrizioni del Comune di Torino e Federazione Italiana Organismi Persone senza Dimora¹⁴. Un analogo progetto di l.r. giace in Consiglio regionale del Veneto (progetto n. 90 "Prime disposizioni per garantire l'assistenza primaria ai cittadini italiani senza dimora", presentato il 9/8/2021 a firma del consigliere Giacomo Possamai), mentre a livello nazionale giace alla Camera la proposta di legge "Modifica all'articolo 19 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e altre disposizioni in materia di assistenza sanitaria per le persone senza dimora", presentata il 24 ottobre 2022 d'iniziativa dei deputati Furfaro, Ciani, Girelli, Malavasi, Stumpo.

In sintesi, il principio dell'universalità del diritto alla salute, a favore "di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio", sancito dalla legge n. 833 del 1978, non copre (fatte salve le prestazioni urgenti) o copre soltanto parzialmente le seguenti categorie di popolazione presente nel territorio nazionale:

- cittadini stranieri maggiorenni indigenti, comunitari o extra-comunitari, non in regola con le norme sull'ingresso o il soggiorno, i quali non hanno diritto all'assegnazione del MMG, bensì soltanto alle cure urgenti o essenziali, a parità di condizioni con i cittadini italiani, previo rilascio di tessera STP o ENI. Nel Veneto, si stimano in 48.000 unità le persone in tale condizione (Regione del Veneto, 2021);
- cittadini italiani privi di residenza, i quali non hanno accesso all'iscrizione obbligatoria al SSN. Al Censimento del 2021, ISTAT calcola che, a livello nazionale, i cittadini italiani senza fissa dimora¹⁵ ammontano a 59.873 unità, delle quali 3.174 nel Veneto. All'interno della regione, le persone senza fissa dimora sono variamente distribuite sul territorio, con picchi di presenza nelle province (e, particolarmente, nei capoluoghi) di Venezia (1.115 unità), Verona (668 unità), Treviso (512 unità) e Padova (461 unità), che sono anche le province con maggiore densità di senza tetto rispetto alla popolazione residente (Tabella 1). ISTAT ha inoltre censito, nell'intera regione, 620 cittadini stranieri senza fissa dimora e senza tetto, un numero largamente inferiore rispetto a quello delle persone straniere prive di residenza o di ospitalità (che è l'informazione maggiormente rilevante ai fini del diritto di accesso al SSN), stimato dalla Regione (si veda il punto seguente);

13 Per un'analisi più dettagliata della questione, si veda: <https://www.iusinitinere.it/novita-legislative-in-materia-di-assistenza-sanitaria-alle-persone-senza-dimora-43285>, a cura di *Ius in itinere*, dal quale abbiamo tratto le note successive.

14 Il protocollo riguarda l'offerta di un sistema integrato di servizi alle persone senza dimora, tra i quali si annovera anche la residenza fittizia. Il protocollo è reperibile in: https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2022-05/protocollo_avente_ad_oggetto_piano_integrato_di_sostegno_alle_persone_senza_dimora.pdf.

15 Nella definizione rientrano tutte le persone che vivono in spazi pubblici (per strada, baracche, macchine abbandonate, roulotte, capannoni); vivono in un dormitorio notturno e/o sono costrette a trascorrere molte ore della giornata in uno spazio pubblico (aperto); vivono in ostelli per persone senza casa/sistemazioni alloggiative temporanee; vivono in alloggi per interventi di supporto sociale specifici (per persone senza dimora singole, coppie e gruppi). Sono escluse tutte le persone che: vivono in condizioni di sovraffollamento; ricevono ospitalità garantita da parenti o amici; vivono in alloggi occupati o in campi strutturati presenti nelle città (<https://www.istat.it/it/archivio/124977>)

Tabella 1. Cittadini italiani senza fissa dimora presenti nel Veneto, per provincia (2021)

Provincia	Persone senza fissa dimora	di cui dimoranti nel capoluogo	Popolazione residente nella provincia	Senza fissa dimora per 1.000 residenti	Tasso di concentrazione dei senza fissa dimora nel capoluogo
Belluno	47	0	198.676	0,24	0,00
Padova	461	97	929.198	0,50	21,0
Rovigo	94	43	228.902	0,41	45,7
Treviso	512	89	877.890	0,58	17,4
Venezia	1.115	403	836.916	1,33	36,1
Verona	668	232	924.024	0,72	34,7
Vicenza	277	33	852.139	0,32	11,9
Veneto	3.174		4.847.745	0,65	

Fonte: ISTAT, *Censimento della popolazione 2021*

- cittadini “stranieri regolarmente presenti ma non residenti (soprattutto cittadini comunitari per i quali non è previsto il rilascio di un permesso di soggiorno, spesso occupati nelle attività lavorative stagionali e lavoratrici domestiche in convivenza)” (Regione del Veneto, 2021). La Regione stima queste persone in 30.000 unità (ibidem), un ammontare all’interno del quale si annida un numero imprecisato di persone che, per molteplici motivi¹⁶, si trovano escluse dal SSN poiché non hanno (o hanno perduto) i requisiti per la TS oppure che, pur essendo presenti regolarmente, non possono ottenere la tessera STP/ENI (riservata agli ‘irregolari’). Benché si tratti di un numero ‘imprecisato’, la sua consistenza è presumibilmente rilevante se, come rilevato dall’ambulatorio Emergency di Marghera, gli utenti extracomunitari con permesso di soggiorno, ma privi di TS oppure con TS revocata o scaduta, rappresentano il 44,48% dell’utenza complessiva, mentre gli utenti UE regolarmente presenti, ma anch’essi privi di TS o con TS revocata o scaduta, costituiscono il 5,66% dell’utenza, per un totale del 50,14%¹⁷. Gli utenti UE e non-UE irregolari rappresentano invece il 43,92% (Tabella 2). In breve, gli utenti regolarmente presenti nel territorio nazionale, privi di valida TS, risultano in numero superiore a quello degli utenti irregolarmente presenti. Pertanto, se la platea regionale degli ‘irregolari’ ammonta a 48.000 unità (v. sopra) e nell’ipotesi che la situazione rilevata da Emergency si ripeta anche negli altri distretti sanitari del Veneto, la stima più sopra riferita delle 30.000 unità di potenziali utenti stranieri ‘regolari’, ma privi di valida TS non appare irrealistica.

16 Tra i quali, la perdita di residenza o domicilio, le difficoltà connesse all’acquisizione di un domicilio/ospitalità (stante anche il limite di affollamento imposto alle persone straniere), la scadenza frequente della TS condizionata alla durata del permesso di soggiorno, i periodi di attesa in una sorta di ‘limbo amministrativo’ per situazioni giuridiche anomale, ma meno infrequenti di quanto si possa immaginare (ad esempio, quella dei richiedenti asilo che non hanno ancora formalizzato la domanda e quindi non possono ottenere la TS, pur essendo in accoglienza, oppure dei richiedenti asilo giunti attraverso la rotta balcanica, costretti ad attendere mesi per essere ricevuti in Questura e ottenere un appuntamento al fine di manifestare l’intenzione di richiedere la protezione internazionale, nonché i lunghi tempi necessari per ottenere l’appuntamento al fine di rinnovare il permesso di soggiorno).

17 Poiché la mancanza di residenza o di domicilio/ospitalità è tra le cause principali della non-inscrivibilità al SSN degli stranieri presenti regolarmente nel territorio nazionale, il dato è indicatore della grave situazione di carenza abitativa nella quale vivono queste persone, molte delle quali svolgono una regolare attività lavorativa.

Tabella 2. Utenti dell'ambulatorio di Emergency, Marghera, per condizione amministrativa (gennaio-dicembre 2022)

Status	N° utenti	Composizione %
Non-UE con permesso di soggiorno	793	44,48
Non-UE senza permesso di soggiorno	680	38,14
UE non regolare	103	5,78
Italiano	101	5,66
UE regolare	101	5,66
Non definito	5	0,28
Totale	1.783	100,00

Pur con le necessarie precauzioni derivanti dai contorni ampiamente incerti del quadro appena delineato, è possibile inferire che, complessivamente, *l'universo delle persone non coperte in tutto o in parte dal SSN è stimabile, nel Veneto, in un intervallo compreso tra le 48.000 e, almeno, le 81.000 unità*, ovvero tra lo 0,99% e l'1,67% della popolazione residente. Con riferimento alla stima più elevata, il 96% è di cittadinanza straniera e, per la gran parte, si tratta di persone presenti senza regolare titolo di soggiorno.

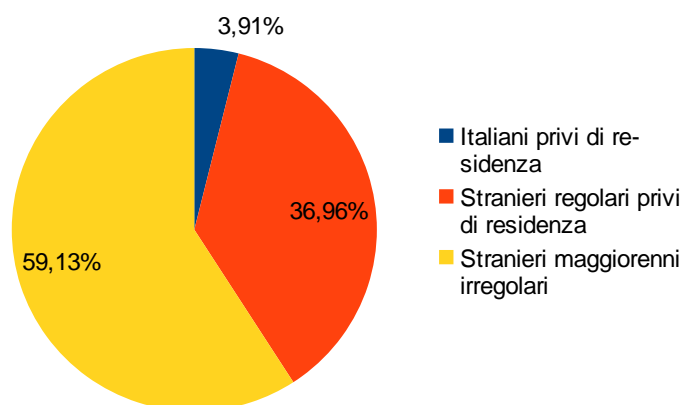


Figura 1. Categorie di persone presenti nel Veneto non coperte in tutto o in parte dal SSN

A questo quadro composito di disparità nel diritto di accesso al SSN, connesso alla normativa vigente, si aggiungono le diseguglianze che si realizzano, di fatto, nei confronti delle persone, italiane e straniere, che non conoscono adeguatamente la normativa sanitaria e i propri diritti¹⁸, la terminologia e le prassi amministrative, la struttura dei servizi offerti e la lingua. Qualora si considerino anche:

- la circostanza che le persone straniere irregolarmente presenti spesso ignorano che le notizie personali raccolte dal SSN non possono essere trasmesse all'autorità (se non quando sia obbligatorio per legge, a parità di condizioni con il cittadino italiano);
- la condotta, talvolta improntata al burocratismo, degli addetti ai *front-office* e, ultimo, ma non meno importante,
- le prassi spesso difformi assunte dalle ASL e anche dai distretti all'interno di una stessa ASL,

il quadro della sanità negata – o, quanto meno, non universale – assume contorni sufficientemente precisi (e preoccupanti).

¹⁸ Il caso riguarda particolarmente i minori, i quali, come già osservato, hanno diritto al pediatra (o al MMG, qualora abbiano compiuto i 14 anni) di libera scelta, indipendentemente dalla condizione giuridica di soggiorno in Italia.

2. Le risposte nel Veneto

A fronte della situazione appena descritta di parziale o totale scopertura sanitaria di fasce numericamente anche consistenti di popolazione presente, e alle implicazioni di carattere umanitario e di tutela della salute collettiva che ne derivano, il “sistema Veneto” ha risposto su due piani, quello del volontariato e quello istituzionale.

Limitandoci alle risposte realizzate in maniera organizzata, la prima è venuta dalla Diocesi patavina negli anni '80 e dal connesso volontariato afferente alla Caritas diocesana, mediante l'istituzione di un Servizio Sanitario presso le “Cucine Economiche Popolari – CEP” di Padova. La finalità originaria del servizio non era specificatamente orientata agli immigrati, bensì, più ampiamente, alle persone che, per vari motivi, non si rivolgevano alle strutture sanitarie pubbliche. Non a caso, il riferimento normativo inizialmente assunto per l'istituzione del servizio era la legge “Basaglia” (l. 13/5/1978, n. 180) e la popolazione *target* era costituita prevalentemente da cittadini italiani che vivevano per strada, spesso tossicodipendenti. Negli anni successivi, con l'intensificarsi dei flussi immigratori, il servizio si è esteso progressivamente agli stranieri, provenienti inizialmente dai Paesi dell'Est (Albania, in primo luogo) e, successivamente, dal Nord-Africa e dall'Africa Sub-sahariana. È seguita, nel 1998, l'apertura dell'ambulatorio Caritas di via Dupré, sempre a Padova, il quale offre prestazioni di odontoiatria e oculistica (e la cui utenza, non casualmente, è costituita per circa la metà da cittadini italiani non in grado di sostenere le relative spese di cura o di acquisto delle protesi, che il SSN lascia per gran parte o totalmente a carico degli utenti).

La seconda risposta è venuta dal volontariato laico, con la costituzione, nel 1993, del Centro Salute Immigrati – CESAIM, di Verona, associazione avente lo scopo di fornire assistenza sanitaria agli immigrati cosiddetti irregolari. Partito con l'effettuazione di 122 visite mediche in quell'anno, il servizio ha registrato picchi di oltre 10.000 visite annue agli inizi del 2000, per assestarsi sulle circa 7.000 visite negli ultimi anni (escluso il 2020, anno di pandemia, nel quale si è verificato quasi un dimezzamento degli accessi).

Conviene osservare che le tre iniziative suddette sono state avviate prima dell'emanazione del dpr 31/08/1999, n. 394, “Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” e della previsione, in esso contenuta, dell'istituzione di poliambulatori pubblici o convenzionati a servizio delle persone prive di copertura sanitaria, gestibili in collaborazione con il volontariato, per cui va loro riconosciuto il ruolo di pionieri in materia.

La risposta delle istituzioni venete si colloca in due fasi. Antecedentemente all'emanazione del t.u. sull'immigrazione, la l.r. 30/01/1990, n. 9 ha previsto un articolato sistema di interventi a favore delle persone immigrate dimoranti in regione. In particolare, per quanto riguarda gli aspetti sanitari, l'art. 4 recita: “Al fine di garantire la tutela della salute pubblica la Regione assicura agli immigrati e loro familiari, che dimorano nel territorio regionale, l'erogazione delle prestazioni sanitarie presso i presidi ed i servizi ospedalieri e territoriali, pubblici o convenzionati, su prescrizione-proposta di un medico dipendente delle strutture regionali del Servizio Sanitario Nazionale, alle stesse condizioni e nei limiti previsti per il cittadino italiano”. Le previsioni sono più ampie di quelle che sarebbero state definite dal t.u. del 1998, perché fondate sulla parificazione degli stranieri dimoranti (a prescindere dal titolo di presenza in regione) a quelli italiani e, quindi, sulla piena applicazione del principio di universalità del diritto alla salute. Sotto questo profilo, sarebbe interessante compiere una ricognizione sull'applicazione di questa norma (e più, in generale, dei diversi interventi previsti dalla l.r. 9 anche in altri settori), nonché dei risultati conseguiti.

In realtà, fino all'emanazione del t.u. e anche successivamente, la risposta istituzionale alle persone escluse dal SSN sarebbe stata affidata, per lungo tempo, nel Veneto, all'iniziativa locale e, talvolta, di singoli medici, come nel caso della “Struttura alta professionalità immigrazione”, aperta nel 2004 presso l'ULSS 6 Euganea, per fornire prestazioni sanitarie alle persone prive del MMG e prestazioni amministrative per l'ottenimento della tessera STP.

Altri poliambulatori ex art. 43, c. 8, d.p.r. 31/8/1999, n. 394, sono stati istituiti presso varie ULSS della regione, in assenza tuttavia di un quadro programmatico a livello regionale, così che la

situazione si presenta a macchia di leopardo. Da un'indagine condotta presso i rispettivi URP mediante e-mail e, in caso di mancata risposta (per la verità, nella maggioranza dei casi¹⁹), mediante chiamata telefonica, emerge il quadro seguente, relativamente ai poliambulatori STP gestiti direttamente dalle ULSS²⁰:

- ULSS 1 Dolomiti: priva di ambulatorio STP;
- ULSS 2 Marca Trevigiana: ha istituito un ambulatorio presso il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, nel capoluogo, aperto due ore alla settimana;
- ULSS 3 Serenissima: ha istituito un ambulatorio all'interno del reparto di malattie infettive, presso il presidio ospedaliero di Mestre, aperto quattro ore alla settimana;
- ULSS 4 Veneto Orientale: non ha fornito risposta;
- ULSS 5 Polesana: non ha fornito risposta;
- ULSS 6 Euganea: ha istituito la "Struttura Alta Professionalità Immigrazione";
- ULSS 7 Pedemontana: funzione affidata all'ambulatorio CRI di Bassano del Grappa;
- ULSS 8 Berica: ha istituito il poliambulatorio STP/ENI, comprensivo di prestazioni di pediatria, aperto un'ora il terzo giovedì del mese, salvo festivi²¹. Da giugno 2022, ne ha affidato le funzioni all'Ambulatorio Popolare "Caracol Olol Jackson", tramite convenzione, in attuazione di quanto previsto dalla dgr 1030/2021, mantenendo il servizio di pediatria all'interno del poliambulatorio ULSS. Di conseguenza le persone con tessere STP/ENI possono usufruirne per cinque giorni alla settimana presso l'Ambulatorio Popolare Caracol Olol Jackson;
- ULSS 9 Scaligera: l'originario ambulatorio STP è stato chiuso e, a partire dal 2001, il servizio è stato affidato all'OdV "Centro Salute Immigrati – CESAIM", tramite convenzione.

Per parte sua, la Regione del Veneto ha attuato soltanto parzialmente l'accordo Stato-Regioni del 20/12/2012, recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome", contestandone l'obbligatorietà, ma esponendo se stessa e talune ULSS a contenziosi amministrativi e civili che le hanno viste generalmente perdenti.

Soltanto nel 2021, la Regione ha approvato, anche su impulso del volontariato locale, la d.g.r. 26/7/2021, n. 1030, recante norme su "Contrasto alla povertà sanitaria. Promozione di iniziative, anche sperimentali, per facilitare l'accesso alle cure di persone in condizione di particolare vulnerabilità". Mediante tale provvedimento, la Regione ha inteso "promuovere iniziative che favoriscano la salute e le condizioni di benessere psico-fisico delle persone in condizione di vulnerabilità tenuto conto dei fattori socio-economici e culturali che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità".

Allo scopo, la Regione ha autorizzato "le Aziende ULSS all'attivazione di forme di collaborazione con Enti del Terzo Settore, aventi specifica esperienza, al fine di agevolare l'accesso alle cure per le persone in condizione di povertà sanitaria, mediante la stipula di convenzioni annuali, eventualmente rinnovabili".

19 Da rilevare che l'assenza di una risposta scritta e, talora, di informazioni pertinenti in caso di risposta telefonica, come pure la difficoltà, da parte di taluni URP a rintracciare la struttura STP all'interno dell'ULSS, denotano, da un lato, una ridotta percezione del servizio da parte dello stesso personale URP e, dall'altro, l'evidente assenza di richieste di informazioni da parte dei potenziali utenti, frutto possibile di una mancata o insufficiente campagna informativa. A questo proposito, sarebbe interessante conoscere il dettaglio dei servizi offerti e delle prestazioni sanitarie effettuate dai poliambulatori ex t.u./1998 esistenti del Veneto, anche per un confronto e un'integrazione con quanto realizzato dagli ambulatori gestiti da Enti del Terzo Settore.

20 Quadro che, a causa delle mancate o poco chiare risposte ottenute, è soggetto a un inevitabile grado di approssimazione.

21 <https://www.aulss8.veneto.it/sedi/poliambulatorio-specialistico-santa-lucia-ambulatorio-stp-ambulatorio-per-gli-immigrati-e-gli-emarginati/>.

L'Allegato A alla d.g.r. 1030 specifica le tipologie di iniziative oggetto di possibile convenzione con le ULSS, distinguendo tra:

- ambulatorio distrettuale di prossimità, gestito da medici e infermieri volontari, nel quale si prevedono cure ambulatoriali essenziali, ancorché continuative per malattie e infortunio in forma gratuita, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: medicina di base, eventuali visite specialistiche e quanto necessario a una prima diagnosi finalizzata a una presa in carico, da definirsi in sede di convenzione tra le parti.
- ambulatorio mobile, meglio specificato come “studio medico mobile”, da istituirsi a livello provinciale, gestito da medici e infermieri volontari, volto a fornire un servizio sanitario di base, tipico dello studio medico di famiglia, a supporto delle prestazioni garantite dal SSN, nonché un servizio di orientamento sanitario, in grado di intercettare situazioni di disagio e/o vulnerabilità materiale o sociale.

Per le suddette cure ambulatoriali, il provvedimento prevede la possibilità di concedere l'utilizzo del ricettario standardizzato regionale da parte dei medici volontari, finalizzato alla tipologia di pazienti e alle prestazioni individuate dalle singole Aziende ULSS del Veneto interessate all'iniziativa regionale e oggetto delle convenzioni.

Tra le attività previste nell'ambito delle convenzioni, sono ricomprese anche azioni di mediazione linguistico-culturale, al fine di prestare le prime cure necessarie e di dare corrette informazioni alle persone sulle varie tipologie di offerta di servizi presenti nel territorio.

Tra i destinatari delle iniziative, ovvero le persone considerate in condizione di vulnerabilità socioeconomica, il provvedimento elenca, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- persone anziane e sole,
- persone con disabilità e con particolari patologie,
- donne in gravidanza,
- nuclei monoparentali,
- genitori con figli minori,
- migranti,
- stranieri regolarmente soggiornanti nel territorio regionale iscritti al SSN,
- cittadini comunitari senza TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia),
- soggetti non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno con codice STP,
- cittadini senza dimora o privi di residenza,
- cittadini che transitano verso altre nazioni.

Va qui osservato che non tutte le categorie appena elencate possono di fatto accedere alla generalità delle prestazioni offerte dagli ambulatori di prossimità, anche per non ingenerare indebite interferenze con i MMG di libera scelta, ai quali gli utenti facciano eventualmente riferimento. Come regola generale, le persone in possesso di TS possono fruire dei soli servizi infermieristici, di accompagnamento e di orientamento, ma non della prestazione di MG dell'ambulatorio, per le quali vengono inviate al medico di libera scelta.

I progetti di contrasto alla povertà sanitaria, unitamente alle convenzioni sottoscritte tra le parti, dovevano essere presentati dalle Aziende ULSS del Veneto alla Regione entro il 31 dicembre 2021²². Su tali basi, sono stati attivati gli ambulatori di prossimità di Castelfranco Veneto e Montebelluna nell'ambito dell'ULSS 2 Marca Trevigiana e l'ambulatorio di prossimità “Sant'Andrea” di Rovigo nell'ambito dell'ULSS 5 Polesana. Il preesistente ambulatorio gestito autonomamente dall'ONLUS “Caracol Olol Jackson” di Vicenza ha stipulato una convenzione con l'ULSS 8 Berica, sempre ai sensi della dgr 1030/2021, assumendo le funzioni svolte fino ad allora dal poliambulatorio STP interno all'ULSS (il quale, peraltro, continua a offrire il servizio di

22 La fissazione del termine costituisce attualmente un ostacolo all'apertura di nuovi ambulatori di prossimità, per la cui gestione alcune OdV venete hanno dichiarato la disponibilità. Al momento di chiudere queste note, si ha notizia che la questione è all'attenzione dell'assessore regionale a Sanità, Servizi sociali, Programmazione sociosanitaria.

pediatria) e l'ambulatorio Emergency di Marghera ha sostituito l'originaria convenzione stipulata con la Regione con una convenzione stipulata con l'ULSS 3 ai sensi della dgr 1030/2021.

Veniamo così ad esaminare la rete degli ambulatori gestiti da Enti del Terzo Settore nel Veneto (d'ora in poi, "ambulatori ETS").

3. Gli ambulatori ETS del Veneto²³

3.1. La rete degli ambulatori ETS

In assenza di un elenco degli ambulatori ETS fornito dalla Regione, la loro individuazione è avvenuta pragmaticamente, a partire da una ricognizione effettuata tra un primo nucleo di responsabili/referenti circa l'esistenza di altri ambulatori operanti nella Regione. Ne è emerso il quadro seguente (si veda anche la Figura 2):

- *ULSS 2 Marca Trevigiana*
 - Ambulatorio di prossimità, Castelfranco Veneto, gestito da "Cittadini Ovunque – OdV"
 - Ambulatorio di prossimità, Montebelluna, gestito da "Cittadini Volontari – OdV"
- *ULSS 3 Serenissima*
 - Ambulatorio Emergency, Marghera, gestito dall'omonima Onlus
 - Ambulatorio Caritas "Salute senza confini", Mestre
 - Ambulatorio Solidale "A. Monterosso", Mestre, gestito da "Circolo Auser Centro diritti del malato – OdV"
- *ULSS 5 Polesana*
 - Ambulatorio "Sant'Andrea", Rovigo, gestito da "Il Manto di San Martino – ETS"
- *ULSS 6 Euganea*
 - Servizio Sanitario "Cucine Economiche Popolari – CEP", Padova, gestito dalla Fondazione "Nervo Pasini"
 - Poliambulatorio Caritas, Padova
 - Camper mobile, Padova, gestito da "Medici in Strada – OdV"
- *ULSS 7 Pedemontana*
 - Ambulatorio CRI, Bassano del Grappa, gestito dal "Comitato CRI di Bassano del Grappa - OdV"
- *ULSS 8 Berica*
 - Ambulatorio CRI, Vicenza
 - Ambulatorio Popolare "Caracol Olol Jackson", Vicenza, gestito da "Associazione Caracol Olol Jackson – Onlus"
 - Ambulatorio "Salute solidale", Vicenza, gestito da "Salute Solidale – OdV"
 - Ambulatorio "Salute solidale", Valdagno, gestito da "Salute Solidale – OdV"
- *ULSS 9 Scaligera*
 - Ambulatorio CESAIM, Verona, gestito da "CESAIM – OdV"
 - Posto Medico Avanzato "Barana", Verona, gestito da "Medici per la Pace – OdV"
 - Posto Medico Avanzato "San Bernardino", Verona, gestito da "Medici per la Pace – OdV",

per un totale di diciassette tra ambulatori e servizi sanitari, di cui uno mobile. Nell'Allegato 1 sono consultabili le schede illustrative dei singoli ambulatori.

²³ Salva diversa indicazione, tutte le informazioni che seguono, relative agli ambulatori ETS del Veneto, sono riferite al 31 dicembre 2022.

Risultano pertanto sprovvisti di ambulatori ETS i territori delle ULSS 1 Dolomiti e ULSS 4 Veneto Orientale, anche se non è da escludere che la rete non ne sia venuta a conoscenza. Nel caso, si provvederà a integrare l'indagine conoscitiva.

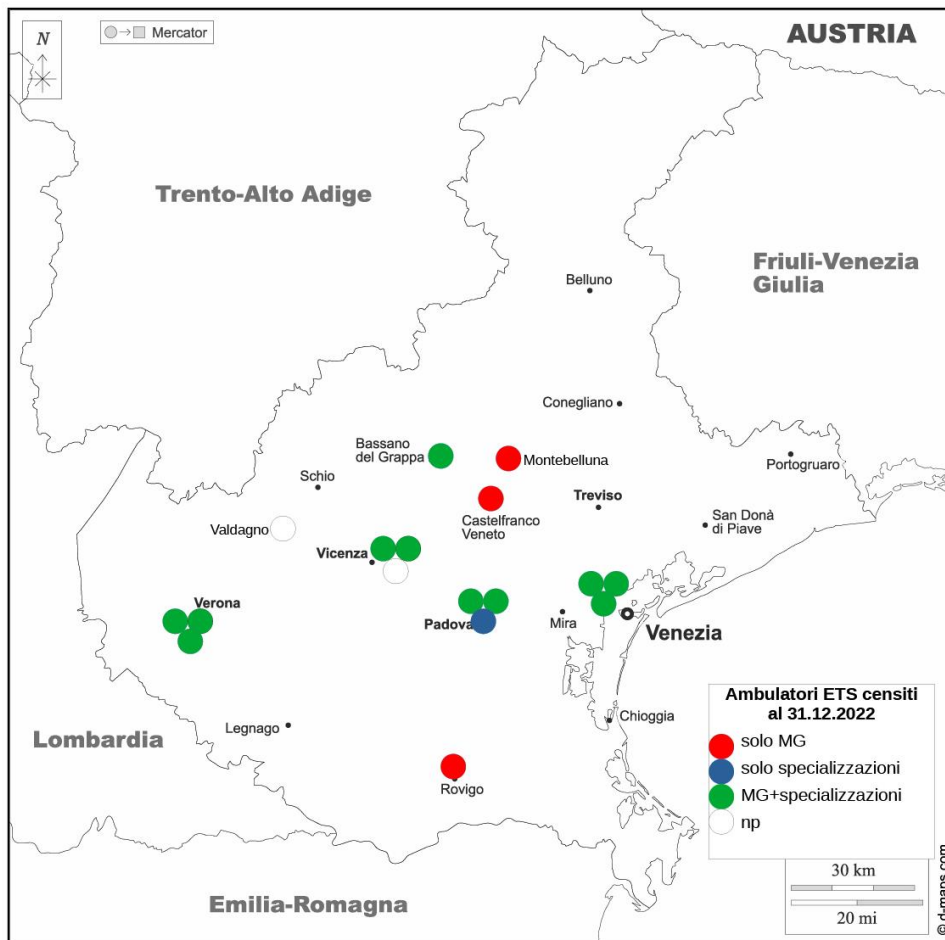


Figura 2. Ambulatori ETS del Veneto censiti al 31.12.2022²⁴

Nel corso di alcuni incontri preliminari tenutisi tra i componenti della rete sono emersi:

- una condivisione tra le *mission* degli ambulatori. Condivisione peraltro prevedibile considerate le finalità comuni, le quale uniscono l'aspetto umanitario (fornire un servizio fondamentale a persone che se sono più o meno prive) a quello civico (contribuire ad attuare il dettato costituzionale relativamente all'universalità del diritto alla salute) e a quello più strettamente sanitario (collaborare alla tutela della salute pubblica);
- la rilevanza del servizio offerto, stante la numerosità degli utenti che vi fanno ricorso²⁵;
- l'ampia mobilitazione di volontari, sanitari e non, intorno all'attività degli ambulatori²⁶;
- il notevole impegno finanziario e organizzativo messo in campo da taluni ETS gestori²⁷;
- per altro verso, alcune criticità nei rapporti con le istituzioni e, in particolare, con le ULSS di riferimento, relativamente alle prassi amministrative adottate in materia di assistenza sanitaria nei confronti di cittadini stranieri regolari e irregolari (anche minori). Prassi che variano sovente tra ULSS diverse, ma anche tra distretti all'interno della medesima ULSS²⁸;

24 La mappa di base, di libero utilizzo, è tratta da https://d-maps.com/carte.php?num_car=8431&lang=it

25 Si veda il paragrafo 3.4.

26 Si veda il paragrafo 3.3.

27 Si veda il paragrafo 3.6.

28 Si veda il paragrafo 3.7.

- in alcuni casi, un carente interscambio di informazioni con le ULSS di riferimento (anche se non mancano situazioni positive, come nei casi del Servizio Sanitario CEP e l'ULSS 6 e tra l'ULSS 8 Berica e l'Ambulatorio Popolare Caracol Olol Jackson, dal quale viene annualmente presentato alla Direzione dei Servizi Socio-Sanitari un resoconto dell'attività svolta), con la conseguenza che le stesse ULSS non conoscono talvolta il quadro epidemiologico e, più generalmente, il fabbisogno sanitario di una popolazione che, pur rappresentando una quota minoritaria di quella totale (tra lo 0,99% e l'1,67% della popolazione residente²⁹), può rivelarsi importante nell'ottica della sanità pubblica (particolarmente in situazioni pandemiche) e, più ampiamente, di quella socio-economica, volta alla tutela e alla valorizzazione del capitale umano e sociale locale.

Su questa comune base valoriale e interpretativa si è proceduto a effettuare un'indagine conoscitiva sugli ambulatori ETS in attività, relativamente alle rispettive modalità costitutive e gestionali, ai servizi offerti, al profilo dei volontari addetti e dell'utenza, agli aspetti finanziari, ai rapporti con le ULSS e le altre istituzioni locali. Il testo del questionario è consultabile nell'Allegato 2.

La Tabella 3 espone il quadro delle risposte fornite dai singoli ambulatori alla data di chiusura dell'indagine (30 settembre 2023). Due ambulatori non hanno restituito il questionario, mentre altri sette non hanno potuto rispondere con il grado di dettaglio previsto nei singoli temi oggetto di rilevazione, a motivo di differenti modalità di registrazione e conservazione dei dati. Pertanto, le analisi che seguono si riferiscono agli ambulatori che hanno fornito risposta nei quadri che saranno di seguito via via esaminati.

3.2. Il profilo giuridico degli ambulatori ETS

Le storie degli ambulatori ETS del Veneto sono diverse, come diversi sono i rapporti giuridici e amministrativi intrattenuti con le rispettive ULSS di riferimento. Alcuni ambulatori sono nati su iniziativa diretta di ETS, mentre altri sono emanazione di enti religiosi, in primo luogo le Caritas diocesane, e altri ancora di enti a carattere nazionale. Il quadro è il seguente:

- cinque ambulatori sono stati istituiti su iniziativa diretta di OdV: il CESAIM di Verona (1993), l'ambulatorio Popolare "Caracol" di Vicenza (2018), gli ambulatori "Salute solidale" di Vicenza (2014) e Valdagno (2022), l'ambulatorio "Monterosso" di Venezia (2016) e il Camper Mobile "Medici in Strada" di Padova (2017);
- gli ambulatori "Sant'Andrea" di Rovigo (2022) e "Salute senza confini" di Venezia (2021) sono espressione di enti religiosi, benché gestiti da OdV;
- il Servizio Sanitario CEP (anni '80) è sorto come un ente di fatto gestito dalla Diocesi di Padova, all'interno delle omonime Cucine Economiche Popolari. Dal 2019, la gestione delle Cucine Economiche Popolari è affidata alla Fondazione Nervo Pasini;
- l'ambulatorio STP di Bassano del Grappa (2007) e l'ambulatorio CRI di Vicenza aderiscono alla Croce Rossa Italiana, benché siano gestiti dai locali Comitati CRI, organizzati in forma di OdV;
- l'ambulatorio Emergency di Marghera è sorto nel dicembre 2010, su iniziativa di Emergency Ong Onlus.

29 Si veda il paragrafo 1.

Tabella 3. Copertura della rilevazione

	Quadro compilato							Quadro non compilato		
	Dati identificativi	Ente titolare	Ente gestore	Titolo di gestione	Servizi offerti	Addetti	Utenti 2022	Cittadinanza utenti	Patologie riscontrate 2022	Fonti di finanziamento
Ambulatorio di prossimità, Castelfranco V.										
Ambulatorio di prossimità, Montebelluna										
Ambulatorio Emergency, Venezia										
Amb. di prossimità "Salute senza confini", Venezia										
Ambulatorio Solidale "A. Monterosso", Venezia										
Ambulatorio Sant' Andrea, Rovigo										
Servizio Sanitario "CEP", Padova										
Poliambulatorio Caritas, Padova										
Camper mobile, Padova										
Ambulatorio CRI, Bassano del Grappa										
Ambulatorio CRI, Vicenza										
Ambulatorio Popolare "Caracol", Vicenza										
Ambulatorio "Salute solidale", Vicenza										
Ambulatorio "Salute solidale", Valdagno										
Ambulatorio CESAIM, Verona										
Posto Medico Avanzato "Barana", Verona										
Posto Medico Avanzato "San Bernardino", Verona										

Negli altri casi, gli ambulatori ETS sono nati da una collaborazione tra le OdV proponenti e altri enti:

- il Poliambulatorio Caritas di Padova è stato istituito nel 1998 a seguito di una collaborazione tra Caritas Diocesana di Padova, il CUAMM e il Comune di Padova;
- i due Posti Medici Avanzati di Verona, da una collaborazione tra l’OdV “Medici per la Pace” e le Mense dei Poveri cittadine;
- gli ambulatori di prossimità di Castelfranco Veneto e Montebelluna sono infine sorti a seguito di un progetto presentato alla Regione dall’ULSS 2 Marca Trevigiana in base alla d.g.r. 1030/2021, benché sollecitato dalle locali OdV Cittadini Ovunque e Cittadini Volontari, al quale è seguita una convenzione di affidamento in gestione alle medesime OdV.

Tutti gli ambulatori, a eccezione del Camper Mobile di Medici in Strada e dei Posti Medici Avanzati di Verona, hanno in essere un accordo con le rispettive ULSS di riferimento, generalmente in forma di convenzione (nel caso del Servizio Sanitario CEP, è stato sottoscritto un protocollo d’intesa). In forza di tali convenzioni, i medici di nove ambulatori possono far uso del ricettario standardizzato regionale, strumento fondamentale per conferire efficacia e continuità ai percorsi di diagnosi e cura degli utenti.

La circostanza che, oltre alla gestione, anche la titolarità dell’ambulatorio faccia capo o meno al medesimo ETS, ha importanti implicazioni. Da un lato, la coincidenza tra i due aspetti garantisce un’ampia autonomia gestionale quanto alla gamma dei servizi offerti, ai tempi di apertura, alla scelta delle popolazioni target, all’organizzazione interna, pur nel rispetto delle norme regionali relative all’apertura e all’esercizio di ambulatori medici³⁰ e dei contenuti dell’eventuale convenzione stipulata con l’ULSS; dall’altro lato, comporta oneri finanziari e organizzativi non indifferenti, come risulta al successivo punto 3.6. I casi di separazione tra titolarità e gestione riguardano peraltro i soli ambulatori di Castelfranco Veneto e Montebelluna, dei quali è titolare l’ULSS 2, che ne ha affidato la gestione, rispettivamente, a “Cittadini Ovunque - OdV” e “Cittadini Volontari - OdV”.

3.3. I servizi offerti

Gli ambulatori condividono la finalità di fornire assistenza medica alle persone prive di MMG in quanto cittadini stranieri maggiorenni presenti in Italia senza regolare permesso di soggiorno oppure cittadini italiani e stranieri (regolarmente soggiornanti) che sono in condizioni di indigenza oppure privi di assistenza sanitaria per mancanza di residenza o ospitalità, problemi con il codice fiscale, assenza di contratto di lavoro per i cittadini comunitari, posizione amministrativa in corso di definizione (richiedenti asilo che non hanno ancora formalizzato la domanda, persone che hanno fatto ingresso con visto per ricongiungimento familiare o per lavoro in attesa dell’appuntamento in Prefettura, ecc.).

Gli ambulatori forniscono anche, in misura variabile nel territorio, farmaci, assistenza amministrativa (in particolare per l’ottenimento della tessera STP o ENI), aiuti finanziari e accompagnamento ai servizi sanitari e sociali. In particolare, rispetto a quest’ultimo punto, le attività sono significative in termini sia numerici che di effettivo sostegno sociale. Prioritario è, quando possibile, l’inserimento delle persone nel SSN, attraverso l’aiuto nell’ottenimento della TS e l’assegnazione del MMG/PLS; ma anche relativamente alle esenzioni per reddito o patologia, alla mediazione linguistico-culturale nei colloqui con i medici, all’accompagnamento a visite esterne agli ambulatori ETS e altro. Dal punto di vista sociale, le persone vengono orientate ai servizi sul territorio che possono costituire per loro una risorsa: patronati, dormitori per senza dimora, mense, servizi sociali comunali.

Tutti gli ambulatori, escluso il Poliambulatorio Caritas di Padova, forniscono prestazioni di MG e dodici di essi anche prestazioni specialistiche, con una gamma di 28 specializzazioni nel loro insieme. Le specializzazioni maggiormente presenti sono odontoiatria, ginecologia, psicologia/psicoterapia (rispettivamente, 5 ambulatori per specializzazione), dermatologia,

30 Si veda: <https://salute.regione.veneto.it/web/area/requisiti>

oculistica, ORL (rispettivamente, 4 ambulatori), cui seguono pediatria, ortopedia (3 ambulatori), ecografia, diabetologia, cardiologia, infettivologia, psichiatria, ortopedia, neurologia, endocrinologia (rispettivamente, 2 ambulatori) e, infine, ematologia, nefrologia, urologia, medicina del dolore, fisioterapia, oncologia, pneumologia, cardiologia, ematologia, epatologia, medicina interna, chirurgia (rispettivamente, 1 ambulatorio). Undici ambulatori forniscono anche piccole prestazioni infermieristiche e dieci distribuiscono farmaci.

L'attività degli ambulatori è variamente distribuita nei giorni della settimana, verosimilmente in ragione del contesto locale, della numerosità della popolazione target e delle risorse, soprattutto umane, disponibili:

- Ambulatorio Emergency, Marghera: è aperto 9 ore per 5 giorni alla settimana, per complessive 45 ore settimanali;
- Ambulatorio “Salute senza confini,” Mestre: 3 giorni alla settimana per 8 ore complessive;
- Ambulatorio “Monterosso”, Mestre: 2 giorni alla settimana per 4 ore complessive;
- CESAIM, Verona: 5 giorni alla settimana, per complessive 15-20 ore;
- Posto Medico Avanzato “Barana”, Verona: due mercoledì al mese, dalle 10 alle 12;
- Posto Medico Avanzato “San Bernardino”, Verona: 1 giorno alla settimana per 2 ore;
- Ambulatorio “Caracol”, Vicenza: 5 giorni alla settimana, per complessive 27 ore;
- Ambulatorio “Salute Solidale”, Vicenza: il martedì e il giovedì mattina e, su appuntamento, lunedì, mercoledì e venerdì, per un totale di 27 ore;
- Servizio sanitario CEP, Padova: 6 giorni alla settimana, per complessive 12 ore;
- Poliambulatorio Caritas, Padova: 4 giorni alla settimana, per complessive 15 ore;
- Ambulatorio CRI, Bassano del Grappa: 5 giorni alla settimana, per complessive 15 ore;
- Ambulatori di prossimità di Castelfranco e Montebelluna: 2 giorni alla settimana per complessive 4 ore ciascuno;
- Ambulatorio “Sant’Andrea”, Rovigo: 1 giorno alla settimana per complessive 3 ore;
- Il Camper mobile di Medici in Strada è presente in luoghi pubblici 2 giorni alla settimana, per 6 ore complessive.

Nel complesso, gli ambulatori sono attivi per almeno 160 ore alla settimana. Tutto questo, grazie alla turnazione di 442 volontari e al lavoro continuativo di 23 dipendenti, per un totale di 465 addetti, così distribuiti rispetto al tipo di mansioni svolte:

- 89 MMG, di cui un dipendente;
- 170 medici specialisti, dei quali 6 dipendenti;
- 5 psicologi volontari;
- 71 infermieri, dei quali un dipendente;
- 130 altri volontari per servizi di segreteria, accompagnamento, mediazione linguistica e culturale, dei quali 15 dipendenti.

3.4. La composizione dell’utenza

La prima informazione rilevata sulle caratteristiche dell’utenza riguarda il numero di utenti che hanno avuto accesso almeno una volta all’ambulatorio dalla data di inizio attività del medesimo³¹. Le informazioni sono state fornite da 12 dei 17 ambulatori veneti e non sono temporalmente omogenee a causa delle diverse date di inizio dell’attività e della difficoltà di reperire i dati relativamente ad anni meno recenti.

Pur con tali limitazioni, risulta che almeno 40.122 persone hanno avuto accesso, almeno una volta, negli ambulatori ETS del Veneto, con una media annua stimata in 5.575 persone (Tabella 4). Poiché il totale degli utenti nell’anno di rilevazione (2022) è superiore rispetto alla media storica, essendo pari a 6.582 unità, è possibile inferire l’esistenza di un trend crescente nell’utilizzo degli ambulatori

31 Le informazioni fornite dagli ambulatori sono aggregate per evitare che si possa risalire all’identità delle persone, per cui potrebbe darsi il caso di utenti che, essendosi serviti di più ambulatori ETS nell’intervallo di tempo considerato, risultano conteggiati più volte.

ETS, derivante sia dall'istituzione nel corso del tempo di nuovi ambulatori, sia dall'intensificazione dell'attività e della propensione all'utilizzo di quelli già esistenti (ad esempio, Emergency di Marghera registra 1.783 utenti nel 2022, contro una media storica di 1.035 utenti/anno, ma andamenti crescenti si rilevano anche per gli ambulatori CESAIM e Caracol).

Il confronto di queste risultanze con la dimensione della popolazione target, costituita essenzialmente dai cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno e dai cittadini italiani e stranieri privi di residenza, consente di stimare il grado di copertura offerto dagli ambulatori ETS rispetto all'utenza potenziale. Avendo più sopra stimato tra 48.000 e 81.000 il numero di potenziali utenti nel Veneto (paragrafo 1), la consistenza rilevata dell'utenza comporta che, nel 2022, si è recata agli ambulatori, almeno una volta nell'anno, una quota di popolazione target compresa tra il 8,1% e il 13,7%. Assumendo che la propensione a recarsi annualmente dal MMG della popolazione target sia eguale a quella della popolazione italiana (71,8%)³², si stima infine che il grado di copertura fornita dagli ambulatori ETS si collochi tra l'11,3% e il 19,1% della popolazione target.

Tabella 4. Numerosità degli utenti degli ambulatori ETS

ULSS di riferimento	Ambulatorio	Totale utenti dalle rispettive date di inizio dell'attività a fine 2022			Utenti 2022 ³³
		Periodo di osservazione	Totale utenti	Media annua storica normalizzata	
ULSS 2 Marca Trevigiana	Ambulatorio di prossimità Castelfranco	aprile-dicembre 2022	56	84	84
ULSS 2 Marca Trevigiana	Ambulatorio di prossimità Montebelluna	aprile-dicembre 2022	101	135	135
ULSS 3 Serenissima	Ambulatorio Emergency	dicembre 2010-dicembre 2022	12.416	1.035	1.783
ULSS 3 Serenissima	Ambulatorio Solidale "A. Monterosso"	marzo 2016-dicembre 2022	15	3	5
ULSS 5 Polesana	Ambulatorio Sant'Andrea	agosto-dicembre 2022	50	120	120
ULSS 6 Euganea	Servizio Sanitario Cucine Economiche Popolari	2020-2022	1.907	636	608
ULSS 6 Euganea	Camper Mobile	2022	600	600	600
ULSS 6 Euganea	Poliambulatorio Caritas	1998-2022	5.500	220	85
ULSS 8 Berica	Ambulatorio Popolare Caracol Olol Jackson	novembre 2020-dicembre 2022	511	245	483
ULSS 8 Berica	Ambulatorio CRI Bassano del Grappa	aprile-dicembre 2022	68	91	172
ULSS 9 Scaligera	CESAIM	2014-2022	18.553	2.061	2.162
ULSS 9 Scaligera	Barana e S. Bernardino	2022	345	345	345
Totali			40.122	5.575	6.582

32 Fonte: http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=71340, dati Eurostat 2017.

33 Valori normalizzati all'anno solare nel caso di ambulatori che hanno iniziato l'attività nel 2022.

Quanto alle prestazioni ricevute (che possono essere molteplici per il singolo utente, in corrispondenza dello stesso accesso oppure a motivo di accessi ripetuti), risulta che, nel corso del 2022, gli ambulatori in sede fissa hanno erogato complessivamente 10.894 prestazioni di MG e 4.017 prestazioni specialistiche, alle quali si aggiungono 600 prestazioni fornite dall'ambulatorio mobile, per un totale di 15.511 prestazioni. Rapportando le 15.511 prestazioni annue erogate alle 160 ore totali di attività settimanali, si ottiene che sono state fornite mediamente 1,7 prestazioni/h³⁴, ad un livello di efficienza soddisfacente. Rapportando le stesse prestazioni ai 6.582 utenti, si ricava che ogni utente ha ricevuto mediamente 2,4 prestazioni nell'anno 2022. Si aggiungono inoltre almeno 3.387 prestazioni infermieristiche e 2.905 procedure di assistenza amministrativa.

Relativamente alla cittadinanza, essa è nota per 4.947 utenti rispetto ai 6.582 complessivamente conteggiati nel 2022. Nell'insieme, sono state registrate 84 diverse cittadinanze, compresa quella italiana: essendo 193 i paesi facenti parte dell'ONU, se ne deduce che sono presenti nel Veneto persone appartenenti ad almeno il 44% della gamma delle cittadinanze mondiali.

La Tabella 5 e la Figura 3 espongono la ripartizione degli utenti stranieri per continente di provenienza: quasi la metà, proviene dall'Africa (48,26%), seguita dall'Europa (29,95%, Italia esclusa), dall'Asia (18,86%) e dalle Americhe (3,74%), mentre l'Oceania è l'unico continente relativamente al quale non sono stati registrati utenti.

Tabella 5. Cittadini stranieri residenti nel Veneto e utenti degli ambulatori ETS in sede fissa, per area di provenienza

Provenienza	Valori assoluti		Composizione percentuale			Utenti degli ambulatori ETS per milione di residenti del continente di provenienza
	Stranieri residenti nel Veneto (01.01.2022) ³⁵	Utenti ambulatori ETS (2022)	Stranieri residenti nel Veneto (2002)	Utenti stranieri degli ambulatori	Utenti italiani e stranieri	
Europa (Italia esclusa)	269.904	1.370	54,73	29,95	27,69	2,01
Asia	104.547	863	21,20	18,86	17,44	0,19
Africa	100.085	2.208	20,30	48,26	44,63	1,71
America	18.426	134	3,74	2,93	2,71	0,13
Oceania	133	0	0,03	0,00	0,00	0,00
Apolidi	24	0	0,00	0,00	0,00	...
<i>Totale paesi stranieri</i>	<i>493.119</i>	<i>4.575</i>	<i>100,00</i>	<i>100,00</i>	<i>92,47</i>	
Italia		372			7,52	
<i>Totale parziale</i>		<i>4.947</i>			<i>100,00</i>	
n. d.		1.635				
<i>Totale generale</i>		<i>6.582</i>				

34 Come risultato di 15.511 prestazioni annue / 56 settimane / 160 h settimanali.

35 Fonte: <https://www.tuttitalia.it/veneto/statistiche/cittadini-stranieri-2022>.

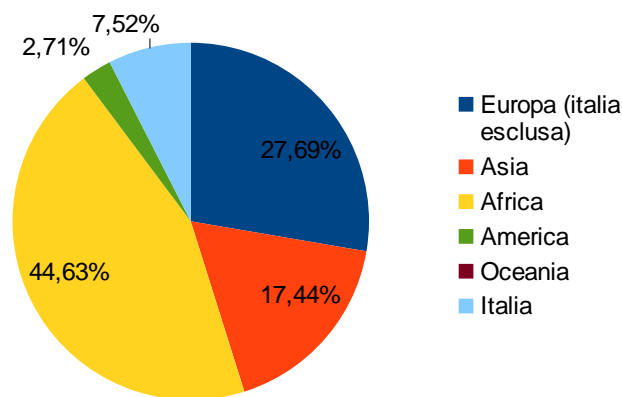


Figura 3. Utenti degli ambulatori ETS per area di provenienza

Il raffronto tra il numero degli utenti degli ambulatori ETS e la popolazione dei rispettivi continenti di provenienza (Figura 4) costituisce un indicatore dell'attrattività geografica del Veneto nei confronti delle popolazioni straniere e, in particolare, degli arrivi di immigrati privi di titolo di ingresso o soggiorno. L'Europa (Italia esclusa) è l'area sulla quale si esercita la maggiore attrazione (2,01 utenti per milione di abitanti), seguita dall'Africa (1,71 utenti per milione di abitanti), dall'Asia (0,19 utenti per milione di abitanti) e dalle Americhe (0,13 utenti per milione di abitanti) e, in particolare, dall'America meridionale.

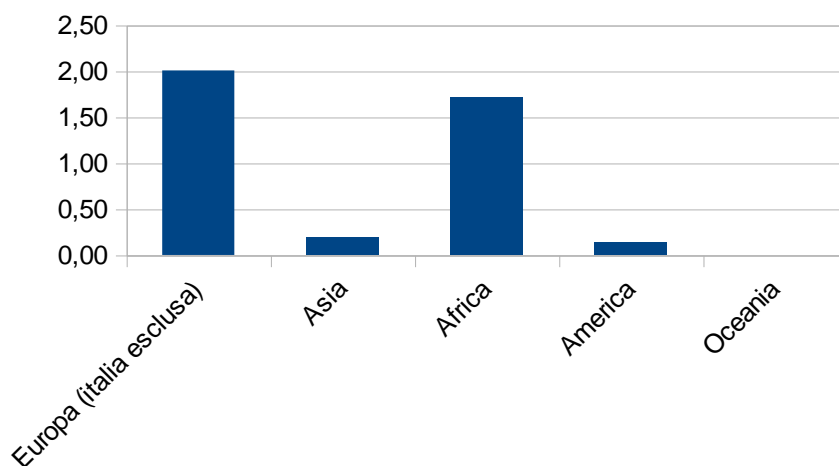


Figura 4. Utenti degli ambulatori ETS per milione di abitanti del continente di provenienza

Il confronto della composizione dell'utenza con quella dei cittadini stranieri residenti nel Veneto (e, pertanto, regolarmente soggiornanti), rappresentato in Tabella 5 e Figura 5, mette in rilievo alcune peculiarità degli utenti degli ambulatori. Mentre la quota di utenti stranieri di provenienza europea (Italia esclusa) è del 29,95%, la quota dei residenti europei nel Veneto è del 54,73%. Il rapporto si inverte nel caso degli immigrati provenienti dai paesi africani (48,26% contro il 20,30%), mentre le quote sono invece pressoché equivalenti per le persone di provenienza asiatica e americana³⁶. Questi diversi comportamenti riflettono presumibilmente una diversa condizione di irregolarità oppure una diversa incidenza di quella che abbiamo definito più sopra la condizione di 'limbo amministrativo', ossia di regolare presenza nel territorio nazionale e, purtuttavia, di mancato

³⁶ Il test statistico χ^2 sulla significatività della differenza tra la provenienza degli stranieri residenti nel Veneto e quella degli utenti degli ambulatori ETS supporta l'ipotesi che le due distribuzioni siano indipendenti. Il valore del χ^2 osservato (43,5) è infatti ampiamente superiore a quello teorico ($\chi^2_{(5, 0,0005)} = 22,1$ in ipotesi di conformità delle due distribuzioni).

accesso al SSN (persone smistate dagli sbarchi e inviate ai CAS, ma che non hanno ancora ottenuto appuntamento o non sono stati ancora convocati in Questura, benché esista il termine di tre giorni, a favore del richiedente, per la presentazione della domanda).

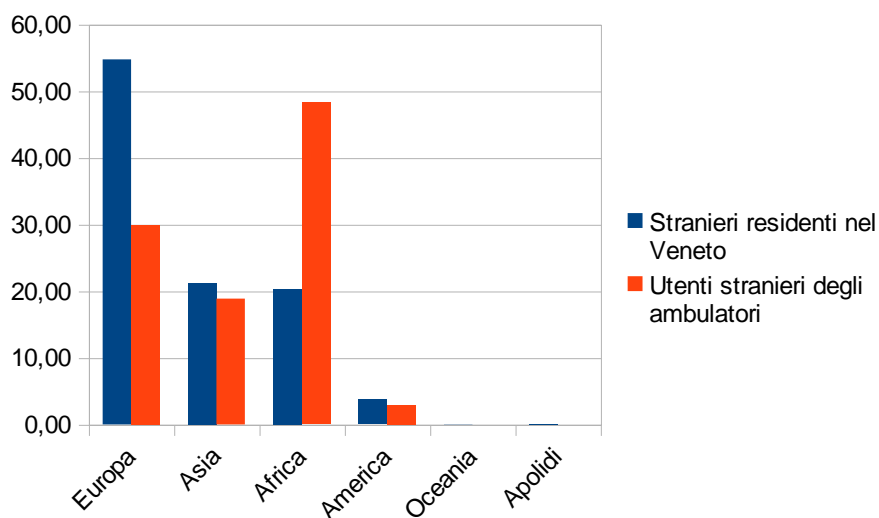


Figura 5. Composizione percentuale dei cittadini stranieri residenti nel Veneto e degli utenti stranieri degli ambulatori ETS, per continente di provenienza

Quanto al dettaglio per paese di cittadinanza, si osserva un notevole grado di concentrazione (Tabella 6): i primi dieci paesi di cittadinanza sugli 84 rilevati coprono i quattro quinti dell'utenza e due soli paesi (Marocco e Nigeria) ne coprono quasi un terzo.

Tabella 6. Primi dieci paesi di cittadinanza degli utenti degli ambulatori ETS del Veneto

Rango per numerosità dell'utenza degli ambulatori ETS (a)	Paese di cittadinanza	N° utenti degli ambulatori ETS (2022)	Percentuale utenti sul totale degli utenti	Percentuale residenti sul totale dei cittadini stranieri residenti nel Veneto (2022) ³⁷	Rango per numerosità dei cittadini stranieri residenti nel Veneto ²⁹ (b)	Differenza rango (b-a)
1	Marocco	795	16,07	9,38	2	1
2	Nigeria	749	15,14	2,99	9	7
3	Ucraina	485	9,80	3,21	8	5
4	Italia	372	7,52
5	Romania	321	6,49	25,63	1	-4
6	Bangladesh	290	5,86	3,78	6	0
7	Pakistan	288	5,82	1,31	14	7
8	Albania	244	4,93	6,53	4	-4
9	Moldavia	234	4,73	6,09	5	-4
10	Tunisia	221	4,47	1,00	17	7

37 Fonte: Tuttitalia.it. Dati al 1° gennaio 2022.

In dettaglio:

1. il gruppo più numeroso degli utenti degli ambulatori è costituito dai marocchini, con una percentuale di utenti considerevolmente maggiore (16,07%) rispetto ai residenti (9,38%): lo scarto è indicatore di una maggiore copertura sanitaria e di un possibile maggiore tasso di irregolarità;
2. segue la componente nigeriana (15,14%), la quale occupa tuttavia il nono rango nella classifica dei cittadini stranieri residenti nel Veneto (che ammontano al 2,99 degli stranieri residenti in regione), a significare, anche in questo caso, una maggiore copertura sanitaria e una presumibile sottostante elevata precarietà dei titoli di soggiorno;
3. al terzo posto, tra gli utenti degli ambulatori ETS, figurano gli ucraini (9,80%). Si tratta di un fenomeno in buona parte imputabile al conflitto scoppiato nel 2022 e al conseguente flusso di profughi anche verso il nostro Paese. Inizialmente, la Regione li ha indirizzati anche agli ambulatori ETS (da cui il numero consistente di ingressi registrato nello stesso anno), ma successivamente ha loro assegnato la TS, il MMG di libera scelta e il codice di esenzione X22, per cui, nel 2023, si sta assistendo alla diminuzione di questa componente negli stessi ambulatori;
4. seguono gli italiani (7,52%), costituiti prevalentemente da persone che non possono sostenere i costi delle prestazioni specialistiche non erogate dal SSN (in primo luogo, le cure odontoiatriche e le relative protesi, nonché le protesi oculistiche), ma anche da cittadini italiani privi di residenza;
5. al quinto posto, come utenti, si collocano i cittadini rumeni (6,49%). Essi rappresentano, invece, il primo gruppo, per consistenza, dei residenti stranieri nel Veneto, indizio dell'elevato grado di regolarità del soggiorno e, pertanto, di iscrizione al SSN;
6. Bangladesh e Pakistan occupano rispettivamente il sesto e settimo posto quanto a utenza degli ambulatori, con una quota pressoché simile (rispettivamente, il 5,86% e il 5,82%). Pure in questi casi, lo scostamento rispetto alle quote di residenti denota un tasso di irregolarità consistente, assai più elevato per i pakistani;
7. seguono gli albanesi e i moldavi, che costituiscono il 5% circa dell'utenza ambulatoriale. La differenza negativa di rango rispetto alla graduatoria della rispettiva popolazione residente è indice di un tasso elevato di regolarizzazione del soggiorno (ovviamente, a parità di propensione nell'utilizzo dei servizi di sanità pubblica);
8. infine, la componente tunisina denota, con quella nigeriana, il maggiore scarto tra i ranghi riferiti rispettivamente agli utenti e ai residenti (+7 punti), a significare una maggiore copertura sanitaria e una presumibile sottostante maggiore precarietà dei titoli di soggiorno.

3.5. Il profilo sanitario dell'utenza

All'esame delle patologie rilevate negli ambulatori fissi ETS nel corso del 2022, si premette un confronto tra le patologie riscontrate rispettivamente nella popolazione italiana e straniera presente in Italia, come rilevate da ISTAT nel 2021 all'atto della dimissione ospedaliera³⁸ (Tabella 7 e Figura 6). Il dato differenziale di maggior spicco riguarda le dimissioni per gravidanza e puerperio: mentre esse rappresentano il 7,02% delle dimissioni di pazienti italiane, ammontano a oltre il triplo per le cittadine straniere (25,29%), verosimilmente quale effetto congiunto di una più elevata fecondità femminile e di una possibile maggiore incidenza delle complicanze³⁹. Seguono, in ordine di scarto tra stranieri e italiani, le condizioni patologiche generate in epoca perinatale (+1%), dato collegato alla maggiore fertilità delle donne straniere, le malattie infettive e parassitarie (+0,84

38 <http://dati.istat.it/#>: "Dimissioni per acuti e per cittadinanza del paziente: Diagnosi principale".

39 Nel 2021, il tasso di fecondità delle donne straniere residenti in Italia è stato di 1,87 figli (in sensibile diminuzione rispetto ai 2,53 figli del 2008), mentre quello delle donne italiane si è attestato a 1,18 figli. (<https://www.istat.it/it/files/2022/12/report-natalita-2021.pdf>). Si veda anche INMP (2021).

punti), i disturbi psichici (+0,80 punti) e le malformazioni congenite (+0,35 punti), espressioni, queste ultime, di stili di vita non adeguati e/o di condizioni di sussistenza precarie⁴⁰.

Minore è invece l'incidenza, nei cittadini stranieri, delle patologie legate all'anzianità, a causa della più giovane età media dei cittadini stranieri residenti in Italia (35,7 anni, contro i 46 anni della popolazione autoctona⁴¹): malattie del sistema circolatorio (-7,46 punti), tumori (-4,87 punti), malattie del sistema osteomuscolare e connettivo (-3,23 punti), traumatismi e avvelenamenti (-1,14 punti) e malattie dell'apparato genito-urinario (-1,13 punti)⁴².

È anche interessante rilevare come la distribuzione delle patologie tra cittadini stranieri e italiani ospedalizzati si riveli significativamente diversa qualora si includano le dimissioni per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio (χ^2 osservato = 57,6 contro $\chi^2_{(17, 0,0005)} = 22,1$), mentre le due distribuzioni non risultano significativamente indipendenti qualora si prescindano da tale patologia (χ^2 osservato = 10,0 contro $\chi^2_{(16, 0,05)} = 26,3$).

Il quadro patologico dei pazienti degli ambulatori ETS presenta, comprensibilmente, differenze non irrilevanti rispetto a quello dei pazienti stranieri dimessi dagli ospedali, essendo generalmente caratterizzato da una minore severità delle patologie e/o dalla possibilità di eseguire le cure a domicilio⁴³. Le risultanze sono esposte in Tabella 8 e Figura 7, ordinate secondo la classificazione ICD-10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Complessivamente, nel 2022 sono state rilevate 6.981 patologie negli utenti degli ambulatori ETS.

Pur con le cautele sopra richiamate, il raffronto con i pazienti stranieri dimessi evidenzia alcune peculiarità del profilo patologico delle persone prive di MMG non ospedalizzate, talora conseguente alla ridotta percezione delle proprie condizioni di morbilità e/o alla minore conoscenza delle risposte sanitarie disponibili⁴⁴. Assumendo come termine di raffronto la composizione percentuale dei cittadini stranieri dimessi dagli ospedali, si traggono le seguenti informazioni:

- le patologie per le quali è maggiormente richiesta la risposta ambulatoriale rispetto a quella ospedaliera sono le patologie muscolo-scheletriche e connettivali (+7,65 punti percentuali), le dermopatie (+6,34 punti), le malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (+4,59), le malattie gastroenterologiche (+2,92 punti), i disturbi del sistema circolatorio (+2,75 punti) e, aspetto connesso alle precarie condizioni di vita, le malattie legate a “altre cause esterne di morbilità e mortalità” (+6,44 punti) e “fattori che possono influenzare lo stato di benessere” (+2,24 punti);
- il ricorso agli ambulatori rispetto all'ospedalizzazione risulta invece minore principalmente per gravidanza, parto e puerperio (-21,71 punti percentuali), neoplasie (-6,23 punti), traumatologia, tossicologia e altre cause esterne di malattia (-4,62 punti), disturbi genito-urinari (-3,50 punti).

L'inferenza statistica conferma che il profilo patologico degli utenti degli ambulatori ETS è significativamente diverso da quello dei cittadini stranieri ospedalizzati, anche escludendo le patologie legate a gravidanza, parto e puerperio. Rispettivamente, nei due casi si ha, infatti:

χ^2 osservato = 119,5 (comprese le patologie legate a gravidanza, parto e puerperio), contro $\chi^2_{(17, 0,0005)} = 42,9$;

χ^2 osservato = 98,5 (escluse patologie legate a gravidanza, parto e puerperio), contro $\chi^2_{(16, 0,0005)} = 41,3$.

40 Si veda anche Ministero della Salute (2017).

41 Fonte: <https://www.istat.it/it/files//2022/12/CENSIMENTO-E-DINAMICA-DEMOGRAFICA-2021.pdf>.

42 In controtendenza, l'ambulatorio Emergency di Marghera segnala un forte incremento di pazienti stranieri cronici, in particolare affetti da diabete e/o ipertensione.

43 Si tenga anche presente che, mentre i dati relativi ai dimessi dagli ospedali fanno riferimento alla patologia principale, quelli relativi agli utenti degli ambulatori ETS comprendono anche le patologie secondarie eventualmente riscontrate.

44 In proposito, si veda Fondazione ISMU ETS (2023), capitolo 7.

Tabella 7. Composizione percentuale delle dimissioni per acuti (diagnosi principale) di italiani e stranieri – Italia, 2021

Patologie	Italiani	Stranieri	Differenza stranieri-italiani
Malattie infettive e parassitarie	1,86	2,70	0,84
Tumori	12,24	7,36	-4,87
Malattie endocrine metaboliche e immunitarie	2,41	2,17	-0,24
Malattie sangue e organi ematopoietici	1,05	1,01	-0,04
Disturbi psichici	2,16	2,96	0,80
Malattie sistema nervoso e organi di senso	4,46	3,57	-0,89
Malattie sistema circolatorio	14,42	6,96	-7,46
Malattie dell'apparato respiratorio	9,57	8,67	-0,90
Malattie apparato digerente	9,02	8,18	-0,84
Malattie apparato genito-urinario	8,20	7,07	-1,13
Complicazioni della gravidanza parto e puerperio	7,02	25,29	18,27
Malattie cute e tessuto sottocutaneo	0,87	0,72	-0,15
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	7,62	4,39	-3,23
Malformazioni congenite	1,27	1,62	0,35
Condizioni generate in epoca perinatale	0,77	1,77	1,00
Sintomi segni e stati morbosi mal definiti	2,49	2,15	-0,34
Traumatismi ed avvelenamenti	7,90	6,75	-1,14
Fattori che influenzano lo stato di salute	6,67	6,66	-0,02
Non indicato	0,00	0,00	0,00
Totale	100,00	100,00	

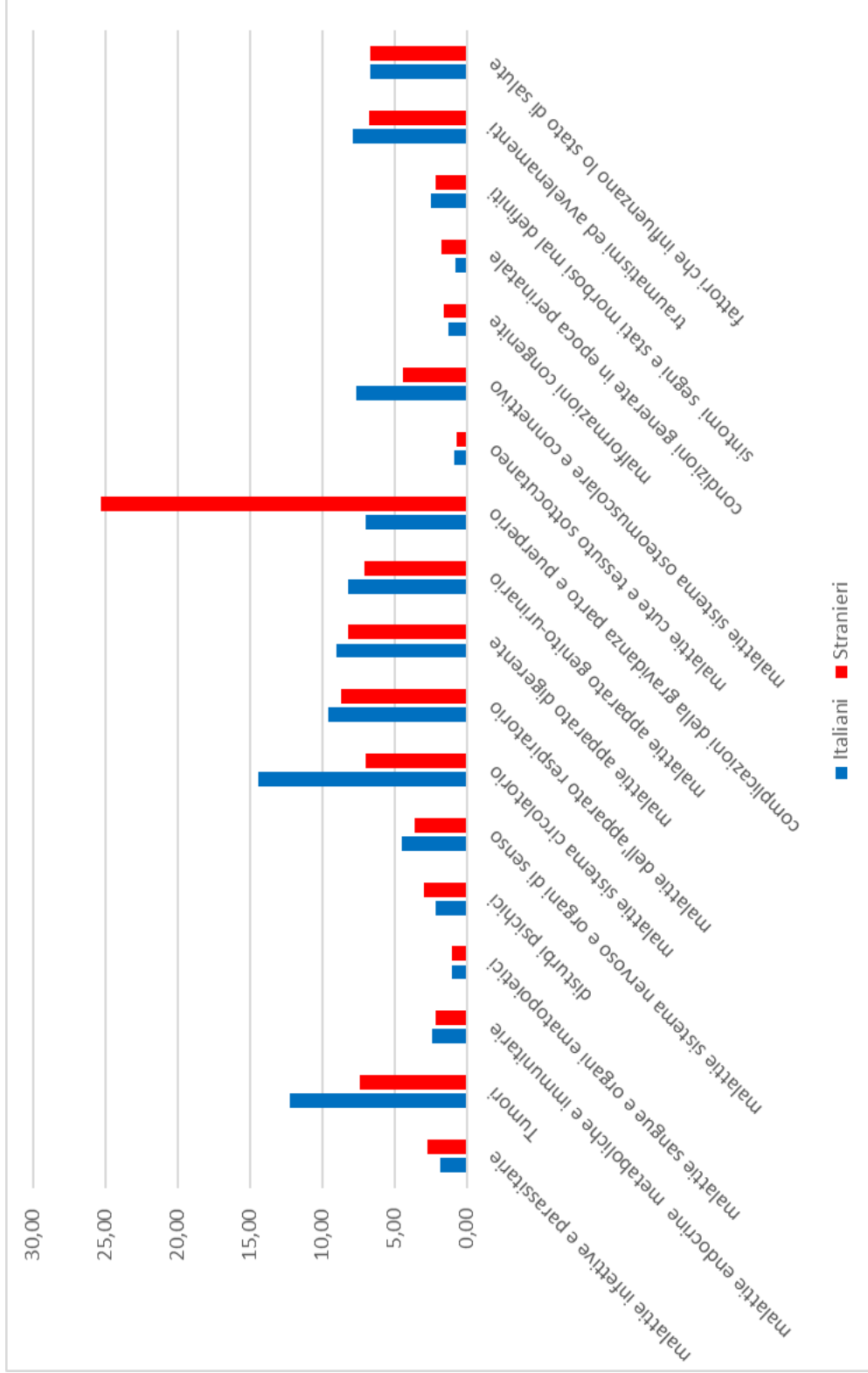


Figura 6. Composizione percentuale delle dimissioni per acuti (diagnosi principale) di italiani e stranieri – Italia, 2021

Tabella 8. Composizione percentuale delle patologie rilevate negli utenti degli ambulatori ETS e nei pazienti stranieri dimessi dagli ospedali

Patologie	Ambulatori ETS (Veneto 2022)	Dimissioni stranieri (Italia 2021)	Differenza
Malattie infettive e parassitarie	2,95	2,70	+0,25
Neoplasie	1,13	7,36	-6,23
Malattie del sangue e del sistema immunitario	0,67	1,01	-0,34
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	6,76	2,17	+4,59
Patologie mentali e del comportamento	4,00	2,96	+1,04
Neuropatie	2,35	3,57	-1,22
Oftalmopatie	2,45
Patologie dell'orecchio	3,20
Disturbi del sistema circolatorio	9,71	6,96	+2,75
Disturbi del sistema respiratorio	7,87	8,67	-0,80
Malattie gastroenterologiche	11,10	8,18	+2,92
Dermatopatie	7,06	0,72	+6,34
Patologie muscoloscheletriche e connettivali	12,04	4,39	+7,65
Disturbi genitourinari	3,57	7,07	-3,50
Gravidanza, parto e puerperio	3,58	25,29	-21,71
Disturbi congeniti	0,01	1,62	-1,61
Malformazioni e anomalie cromosomiche	0,10	1,77	-1,67
Segni, sintomi e dati di laboratorio patologici non altrimenti classificati	3,95	2,15	+1,80
Traumatologia, tossicologia e altre cause esterne di malattia	2,13	6,75	-4,62
Altre cause esterne di morbilità e mortalità	6,44	..	+6,44
Fattori che possono influenzare lo stato di benessere	8,90	6,66	+2,24
Codici speciali	0	0	0,00
TOTALE	100,00	100,00	

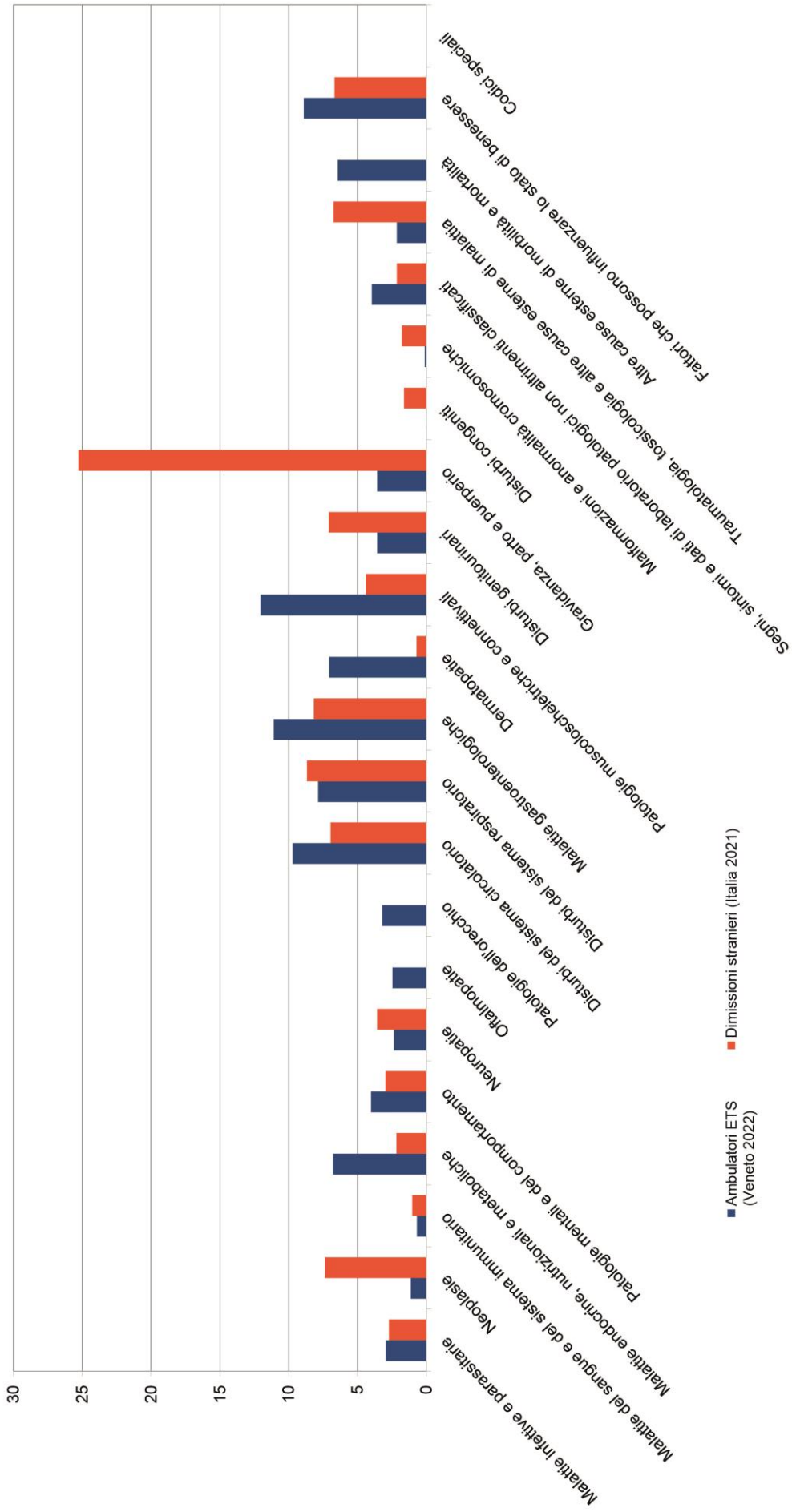


Figura 7. Composizione percentuale delle patologie rilevate nei pazienti degli ambulatori ETS e nei pazienti stranieri dimessi dagli ospedali

3.6. Fonti di finanziamento

Nella maggior parte dei casi, le spese per la gestione degli ambulatori ETS risultano a carico dell'ente titolare che, in genere, ne è anche il gestore (Tabella 9). Le ULSS di riferimento contribuiscono in misura significativa, specialmente quando ne siano titolari e ne abbiano affidato la gestione a OdV, come nei casi di Castelfranco Veneto e Montebelluna, oppure abbiano affidato il servizio in convenzione a una OdV, come nel caso del CESAIM di Verona.

Per contro, la raccolta fondi e il ricorso a donazioni risultano pratiche scarsamente diffuse (se non per la raccolta farmaci, spesso effettuata in collaborazione con il Banco Farmaceutico), interessando, rispettivamente, 1 - 2 ambulatori per le varie voci di spesa. Non sono stati, infine, dichiarati contributi regionali, benché fossero stati previsti, almeno per il 2022, dalla d.g.r. 1030/2021.

Tre ambulatori fissi hanno anche fornito il costo complessivo di gestione per il 2022, il quale varia dai 30.000 € dell'ambulatorio in sede di proprietà, con 27 ore di apertura settimanale e 10 servizi specialistici, ai 13.300 € dell'ambulatorio ospitato in locali ULSS, con 10 ore di apertura settimanali e 17 servizi specialistici, ai 10.000 € dell'ambulatorio in sede propria, aperto 3 ore alla settimana e dotato del solo servizio di MG e, infine, ai 2-3.000 € degli ambulatori ospitati in sede ULSS, aperti 4 ore alla settimana e dotati del solo servizio di MG.

Tabella 9. Numero ambulatori ETS in sede fissa per voci di spesa e relative fonti di finanziamento

Tipologia di spesa	Fonte di finanziamento				
	Ente titolare	Ente gestore	ULSS o altro ente	Donazioni	Raccolta fondi
Affitto (anche virtuale) locali	7		3		1
Manutenzione straordinaria	7		3		1
Manutenzione ordinaria	6	2	2	1	1
Utenze	6	1	3		1
Mobili e attrezzature	5	3	2	2	1
Farmaci	4	1	2	6	1
Altri materiali di consumo sanitari	6	2		3	2
Materiali di consumo non sanitari	6	3	1	1	2
Personale dipendente	3	1		1	1
Assicurazione sanitaria a carico del committente	6	3			1
Assicurazione sanitaria per colpa grave	4	3	1		1
Altre assicurazioni del personale	7	2	1		1
Comunicazione	5	2	1		2
Altro	2		1		1

3.7. Criticità

All'esame delle criticità risultanti dai questionari redatti dai singoli ambulatori ETS, si premette la constatazione che, dopo l'apertura di alcuni ambulatori di prossimità avvenuta nel 2022 in attuazione della d.g.r. 1030/2021, la Regione ha di fatto sospeso l'iter di apertura di nuovi ambulatori a livello distrettuale, nonostante la dichiarata (e reiterata) disponibilità manifestata alle ULSS di competenza alla Regione da parte di alcune OdV venete.

Quanto alle criticità risultanti dall'indagine condotta presso gli ambulatori ETS in attività, emerge il seguente quadro:

A) Carenze legislative, anche regionali, per la tutela sanitaria delle fasce di popolazione in condizione di povertà sanitaria

Si è riferito più sopra della situazione per cui cittadini italiani e stranieri, pur regolarmente soggiornanti in Italia, ma privi di domicilio, rimangono esclusi dal SSN, fatte salve le prestazioni

urgenti e i ricoveri (che sono tenuti comunque a pagare). La lacuna, senz'altro confliggente col dettato costituzionale, deriva dalla riluttanza delle amministrazioni comunali ad attribuire la residenza fittizia⁴⁵, benché prevista dal quadro normativo vigente, alle persone che si trovano in tali condizioni, alimentando così il fenomeno della pauperizzazione (più che della specifica povertà sanitaria) e, in definitiva, dell'esclusione sociale. Anche la più semplice "dichiarazione di ospitalità", che sarebbe sufficiente ai fini dell'iscrizione al SSN per gli stranieri titolari di alcuni tipi di permesso di soggiorno, è di fatto difficile da ottenere e, stando alle dichiarazioni degli interessati, non di rado è rilasciata dai titolari del contratto di locazione a titolo oneroso.

Relativamente ai minori stranieri, nonostante la d.g.r. 30/12/2022, n. 1712 ne preveda, anche in Veneto, l'iscrizione obbligatoria al SSN a prescindere dalla regolarità del soggiorno, in ottemperanza a quanto stabilito dal d.p.c.m. 12/01/2017⁴⁶, i minori comunitari privi dei requisiti normalmente previsti per l'iscrizione non riescono a ottenere la TS e la conseguente assegnazione del pediatra o del MMG di libera scelta.

Rimane anche da rilevare la condizione di persone che, pur iscritte al SSN, non hanno accesso alle cure odontoiatriche perché non residenti, oppure dei residenti che non hanno risorse sufficienti per accedere alle cure e alle protesi odontoiatriche e alle protesi oculari⁴⁷.

B) Difficoltà di natura burocratico-amministrativa

In generale, si segnalano prassi amministrative disomogenee, talora pregiudizialmente restrittive nei confronti dei cittadini stranieri. Si rilevano comportamenti difformi da parte delle varie ULSS e anche fra distretto e distretto nell'ambito della medesima ULSS. Tale fenomeno è ascrivibile, il più delle volte, a interpretazioni differenti e talora idiosincratice delle norme regionali e statali nonché, in alcuni casi, alla insufficiente conoscenza delle medesime da parte del personale addetto. Ciò si traduce nella difficoltà, da parte degli utenti (ma anche di chi li assiste), a ottenere il rilascio della tessera STP/ENI, difficoltà che sembra essersi accresciuta dopo la recente pandemia. Si rileva che dovrebbe essere la struttura sanitaria di primo accesso a chiederne il rilascio, ma la prassi è, invece, che né il Pronto Soccorso né i reparti, in caso di ricovero, procedono generalmente in tal senso, con il risultato che, da un lato, le persone si vedono recapitare fatture, talora esorbitanti, a conclusione dei trattamenti e, dall'altro, risulta difficile proseguire l'iter diagnostico e terapeutico in mancanza di un codice necessario per le prescrizioni.

Le prassi disomogenee riguardano anche il diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN. A titolo esemplificativo, si riporta la pratica frequentemente riscontrata presso alcune anagrafi sanitarie di richiedere impropriamente il contratto di lavoro per l'iscrizione al SSN a titolari di permesso di soggiorno per lavoro.

D'altro canto, le stesse norme si prestano a interpretazioni non univoche. A titolo di esempio, si è rilevato che alcune ULSS venete rilasciano la tessera STP soltanto *dopo* un'approfondita istruttoria volta a comprovare lo stato di irregolarità e di indigenza del richiedente, evidentemente non reputando né valida né attendibile l'autodichiarazione prevista dalla normativa statale. Tale prassi è in palese contrasto con i principi dell'istituto dell'autocertificazione introdotto dall'art. 46 del d.p.r. 28/12/2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", il quale, secondo la dottrina, oltre a spostare l'onere della prova circa la veridicità delle informazioni rilasciate dal dichiarante all'amministrazione (la quale deve provarne l'eventuale falsità), "impone alle amministrazioni pubbliche di fidarsi delle dichiarazioni dei cittadini, che agiscono su un piano paritetico, [per cui] il provvedimento finale non può essere subordinato [...] all'acquisizione dei documenti. L'autodichiarazione costituisce valido elemento e

45 Si veda la nota 12.

46 Si vedano anche l'ordinanza n. 5191 del 19 ottobre 2020 del Tribunale di Venezia, la quale ha accolto il ricorso promosso da ASGI in collaborazione con Emergency, condannando la Regione Veneto e l'ULSS 3 per discriminazione, nonché l'ordinanza del 22 luglio 2021 del Tribunale di Rovigo, pure promossa da ASGI, concernente due minori comunitari.

47 Per quanto riguarda, invece, le terapie psicologiche, l'articolo 1-quater, comma 3, del d.l. n. 228/2021, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 15/2022, prevede l'erogazione di un contributo, da parte dell'INPS, per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia, con limitazioni riferite al reddito del beneficiario e di massimale erogabile *una tantum*.

presupposto, condizione necessaria e sufficiente per l’emanazione del provvedimento” e i “controlli previsti dall’art. 71 del testo unico [benché obbligatori] sono sempre successivi” all’emanazione del provvedimento richiesto (Olivieri, s.d.).

Altri esempi di difficoltà burocratiche sono costituiti dal mancato riconoscimento dell’assistenza in deroga a pazienti residenti in altre regioni, la cui regolare iscrizione al SSN preclude il rilascio della tessera STP/ENI, o le difficoltà di rilascio della medesima tessera a pazienti con patologie croniche severe che non sono più in possesso della TS a causa della perdita del lavoro e/o della residenza (pur essendo in possesso di valido titolo di soggiorno e, talvolta, di iscrizione all’anagrafe comunale). Ne conseguono il ritardo, se non l’impossibilità, di erogare prestazioni essenziali in fasce fragili, come le donne in gravidanza o pazienti con patologie importanti e a possibile impatto sulla popolazione o, ancora, a soggetti con dipendenza da droghe e farmaci, nonché l’esclusione dalle campagne di prevenzione oncologica.

Un’ulteriore criticità amministrativa riguarda le modalità di utilizzo del codice di esenzione X01 – “Prestazioni ambulatoriali urgenti o comunque essenziali ai cittadini extracomunitari non in regola con le norme relative all’ingresso e al soggiorno, prive di risorse economiche sufficienti” (Regione del Veneto, Allegato A al Decreto n. 16 del 23/03/2018). In proposito, non esiste una prassi amministrativa consolidata e uniforme tra le ULSS regionali. In talune ULSS, si ritiene che non si tratti di un codice di esenzione utilizzabile dal medico prescrittore, bensì di un codice di rendicontazione amministrativa, utilizzabile a posteriori, quando sia stata accertata l’insolvenza dell’utente, mentre in altre ULSS si è adottata la prassi di apporre il codice dopo aver verificato di volta in volta l’indigenza nel momento della prescrizione. Rimangono in ogni caso difformità territoriali relativamente a: (a) l’ammissione dell’utente alle prestazioni in assenza di pagamento anticipato, (b) l’ufficio competente ad accertare l’impossibilità di pagare da parte dell’utente e (c) le modalità di successiva ammissione alle prestazioni.

Infine, per restare alle criticità di maggiore rilevanza e/o frequenza, si rammenta la già più volte citata situazione di ‘limbo amministrativo’ dei cittadini stranieri regolarmente soggiornanti, ma impossibilitati a ottenere la TS, per svariate ragioni: mancanza di residenza o domicilio; cancellazione di residenza; richiedenti asilo in attesa di formalizzare la domanda di asilo; ospiti nei centri di accoglienza o persone senza dimora in attesa che venga loro comunicato un appuntamento per presentare la domanda (attese, si nota, che durano settimane, se non mesi); cittadini comunitari senza contratto di lavoro, ma residenti e, viceversa, con contratto di lavoro ma senza residenza; cittadini in attesa di esito di ricorso per definire il loro status amministrativo; cittadini in attesa di appuntamento in Questura per il rinnovo del titolo di soggiorno o per richiesta di asilo, in caso di mancato rilascio della ricevuta oppure, ancora, cittadini stranieri che hanno fatto ingresso con visto per lavoro o ricongiungimento familiare in attesa di appuntamento in Prefettura. La mancanza della TS alla quale avrebbero diritto comporta che queste persone, pur potendosi servire del MMG degli ambulatori ETS, non possono accedere a indagini e cure a parità di condizioni dei cittadini italiani.

Con un focus più specifico sui rapporti tra ULSS e ambulatori ETS, si segnala la mancata assegnazione del ricettario regionale a taluni ambulatori e, in un caso, la sua mancata consegna, benché prevista dalla convenzione in essere tra l’OdV gestrice e l’ULSS di riferimento.

C) Insufficiente o mancata informazione circa la presenza sul territorio di ambulatori dedicati all’assistenza sanitaria di stranieri privi di iscrizione sul SSN

Si vedano, in proposito, le annotazioni effettuate nel paragrafo 2 circa la scarsa e, in taluni casi, nulla conoscenza da parte degli stessi URP circa l’esistenza di poliambulatori ex TU/1998 all’interno delle rispettive ULSS. Anche l’informazione presso i Servizi Sociali dei Comuni appare carente, a differenza di quanto avviene invece, ad esempio, presso le principali sedi della Caritas.

Anche relativamente alla recente prassi amministrativa⁴⁸ riguardante l’assistenza sanitaria ai minori, la maggior parte delle realtà dedite all’assistenza degli stranieri irregolarmente soggiornanti ne è venuta a conoscenza per vie indirette, senza alcuna comunicazione ufficiale.

D) Difficoltà di rapporto con i servizi sanitari ULSS

48 Risoluzione dell’Agenzia delle Entrate 7/6/2022, n. 25/E.

Viene lamentato, in particolare, il frequente, benché non generalizzato, diniego all'accesso a prestazioni essenziali (ad esempio, interventi chirurgici programmati) a titolari di tessera STP/ENI e la difficoltà al rilascio di protesi/ausili per condizioni invalidanti o malattie croniche. Le amministrazioni ospedaliere sostengono in diversi casi che le cure essenziali cui si riferisce la normativa non includono gli interventi programmabili, ma soltanto quelli erogati in regime di urgenza. Si è arrivati al paradosso di negare un cesareo programmato per problemi genetici della madre che avevano determinato anche un aborto in precedente gravidanza.

E) Assenza di un canale di comunicazione tra gli ambulatori ETS e la rete informatica del Servizio Sanitario regionale

La circostanza che gli ambulatori ETS non siano in rete con il Sistema Sanitario Regionale comporta più di una conseguenza negativa. Primo, le autorità sanitarie – ULSS, in primo luogo – non hanno contezza, in tempo reale, della situazione sanitaria delle fasce più emarginate della popolazione presente in regione: fasce che sono maggiormente esposte a specifiche patologie, anche di natura contagiosa, che trovano maggiore difficoltà ad accedere ai servizi specialistici di diagnosi e cura⁴⁹. Secondo, il proliferare di prassi amministrative diverse tra ULSS e distretti, con la conseguente compressione dei diritti degli utenti più deboli. Terzo, prassi diverse che possono generarsi anche tra i volontari addetti agli ambulatori ETS, con conseguenze parimenti deleterie. L'eventuale ricerca di una soluzione dovrà contemperare, da un lato, l'interesse pubblico, relativamente alla conoscenza, in tempo reale, della situazione epidemiologica regionale e all'uniformità e conformità delle procedure aventi rilievo amministrativo, con l'esigenza, dall'altro lato, di tutelare la privacy degli utenti e l'autonomia organizzativa e gestionale degli ambulatori ETS.

F) Difficoltà di rapporto con le istituzioni locali

Molti ambulatori della rete fungono anche da sportello informativo e talora, di accompagnamento, cui i migranti si rivolgono per quesiti riguardanti il disbrigo di pratiche inerenti il rilascio e il rinnovo del permesso di soggiorno, il riconoscimento della residenza o del domicilio, e altro ancora. I tempi lunghi di Comuni, Questure e Prefetture rappresentano spesso un ostacolo insormontabile e ciò è causa frequente di ritardo nell'accesso alle cure essenziali.

Altra criticità, già segnalata più sopra, riguarda la mancata assegnazione della residenza fittizia a cittadini italiani oppure stranieri regolarmente presenti, cui consegue l'impossibilità di iscrizione obbligatoria, a chi ne avesse diritto, al SSN.

G) Copertura parziale della popolazione target da parte del sistema ambulatori ETS

La dgr 1030/2021 individua l'ambito distrettuale (che, nel Veneto, è anche Ambito Territoriale Sociale-ATS) quale riferimento territoriale ottimale per gli ambulatori di prossimità. Gli ambulatori ETS coprono circa un quarto dei distretti sociosanitari del Veneto. Per altro verso, al paragrafo 3.4 si è stimato che gli ambulatori ETS coprono tra l'11,3% e il 19,1% della popolazione target, per cui si pone il problema di estendere la copertura alla restante popolazione interessata. La soluzione è di duplice natura: una maggiore diffusione degli ambulatori ETS, da un lato, e una maggiore penetrazione del servizio tra la popolazione target nei distretti ove sia già presente.

A questo proposito, merita rilevare che gli ambulatori ETS contribuiscono, non soltanto a ridurre il ricorso improprio al Pronto Soccorso e il conseguente intasamento del servizio (con le note difficoltà per il personale di gestire tutte le richieste e le lunghe attese per gli utenti che ne hanno effettivamente bisogno), ma offrono un servizio assai meno dispendioso per la sanità pubblica rispetto ai servizi di Pronto Soccorso. A questo proposito, uno studio del Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2007) ha rilevato che, nel triennio 2000-2003, il costo medio di una

⁴⁹ Si segnala, in proposito, la difficoltà di accedere al trattamento di una delle patologie più strettamente connesse con la povertà (la scabbia), in quanto la permetrina è un farmaco di fascia C e, quindi, non è prescrivibile con il ricettario regionale. Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica non la fornisce, nonostante si tratti di una malattia diffusiva, oltretutto soggetta all'obbligo di notifica. Per altro verso, il costo del trattamento è elevato, decisamente fuori della portata delle persone in condizioni di povertà. Sarebbe pertanto opportuna una valutazione per l'inserimento del farmaco in fascia A.

prestazione di pronto soccorso con codice bianco è stato di € 226 (€ 242 per la generalità dei codici), mentre, secondo un'inchiesta de *La Repubblica*⁵⁰, il costo di un paziente presso un ambulatorio di MG è di € 44 all'anno, costo che si riduce ulteriormente nel caso degli ambulatori ETS a motivo della gratuità del lavoro dei volontari addetti, relativamente ai quali l'unico onere è costituito dall'assicurazione RC (anche sanitaria), infortuni e malattie.

4. Suggerimenti e proposte

Il riconoscimento dell'universalità del diritto alla salute, come fondamentale diritto dell'umanità, nonché il valore irrinunciabile della tutela della salute pubblica, costituiscono il criterio di elezione per l'individuazione di possibili e auspicabili linee di azione. I suggerimenti che si possono trarre da quanto riportato nel presente Rapporto scaturiscono principalmente, anche se non esclusivamente, dalle criticità appena esposte e si possono riassumere come segue:

- a) procedere a una valutazione costi-benefici del sistema degli ambulatori ETS, con riferimento alle finalità del SSR, quale presupposto per ogni razionale (e ragionevole) scelta sull'articolazione del servizio reso dagli stessi ambulatori. Tra i benefici, si menzionano, a titolo di esempio, la funzione di monitoraggio e contenimento della morbilità nelle fasce sociali in condizioni di maggiore povertà sanitaria e, pertanto, particolarmente esposte al rischio sanitario individuale e collettivo; l'alleggerimento della pressione sulle strutture di Pronto Soccorso, cui queste fasce generalmente si rivolgono in assenza di servizi sanitari di base dedicati; il minor costo delle prestazioni offerte dagli ambulatori ETS rispetto a quelle del Pronto Soccorso e dei MMG del SSN. Tra i costi, quelli connessi alle prestazioni e alle prescrizioni di farmaci mediante il ricettario regionale; gli eventuali contributi a carico delle ULSS derivanti da convenzioni stipulate con gli ETS affidatari della gestione degli ambulatori; i costi vivi e fittizi connessi all'utilizzo di strutture ULSS nel caso di ambulatori localizzati in tali strutture; gli eventuali costi di assicurazione del personale sanitario e non sanitario⁵¹;
- b) una concomitante valutazione sullo stato di attuazione e della l.r. 30/01/1990, n. 9 "Interventi nel settore dell'immigrazione", la quale, per come è stata concepita, era tra le più avanzate a livello nazionale;
- c) una conseguente decisione regionale sull'attuazione della d.g.r. 1030/2021 a livello distrettuale sull'intero territorio regionale, anche in relazione alle istituende Case della Comunità, previste dal PNRR del 2021 e meglio definite dal d.m. 23 maggio 2022, n. 77;
- d) nel frattempo, una risposta da parte della Regione alle disponibilità dichiarate da alcune OdV venete circa l'apertura di nuovi ambulatori di prossimità, anche considerato il contenuto onere finanziario generato da tali strutture, in special modo se ospitate all'interno di presidi sanitari esistenti.

Con riferimento alle criticità manifestate dagli ambulatori ETS in attività, si formulano i seguenti suggerimenti:

- e) approvazione di una norma regionale, eventualmente supportata da idonee misure finanziarie, che renda effettivo l'obbligo di attribuzione della residenza fittizia alle persone regolarmente presenti nel territorio regionale, ma prive di residenza legale;
- f) uniformazione delle prassi amministrative tra le ULSS e tra i distretti di una medesima ULSS, in particolare, in tema di rilascio delle tessere sanitarie a cittadini stranieri (anche minori), di accesso alle prestazioni, di esenzione per indigenza, anche mediante l'espletamento di corsi di formazione rivolti al personale di front-office dei distretti sanitari, del CUP, delle segreterie ambulatoriali, nonché ai volontari operanti negli ambulatori ETS e alla popolazione. Contestuale

50 https://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/2016/10/31/news/1_esercito_dei_senza_medico-150189515/.

51 Non pare inutile osservare quanto i dati contenuti nel presente Rapporto possano contribuire a tale processo di valutazione e quanto vi contribuirebbe ancora maggiormente un monitoraggio continuo sulle prestazioni rese dagli ambulatori ETS.

predisposizione di procedure di monitoraggio delle prassi amministrative da parte della direzione regionale alla sanità e delle direzioni ULSS;

- g) più estesa e più capillare diffusione dell'informazione sulla rete dei servizi, pubblici e del Terzo Settore, che si fanno carico dell'assistenza, non soltanto sanitaria, ai migranti e alle altre persone, anche italiane, in condizione di povertà sanitaria, anche per valorizzare il ruolo di tale rete nel monitoraggio e nella gestione di problematiche sociali;
- h) definizione di prassi standard di *screening* sanitario per gli utenti degli ambulatori ETS;
- i) coordinamento tra gli ambulatori ETS e i Servizi Sociali dei Comuni, sia per migliorare l'informazione a favore delle persone in condizione di povertà sanitaria, sia per la presa in carico di utenti degli ambulatori che riferiscono situazioni di disagio o vulnerabilità materiale e sociale, nell'ottica dell'integrazione tra prestazioni sanitarie e prestazioni sociali che sta alla base del sistema socio-sanitario del Veneto⁵²;
- l) istituzione di un canale informatico tra gli ambulatori ETS e il sistema sanitario regionale, nel contemperamento, come si è più sopra indicato, degli interessi pubblici, del diritto alla privacy degli utenti e dell'autonomia organizzativa e gestionale degli ambulatori;

L'organizzazione di un incontro pubblico, a livello regionale, sui temi trattati in questo Rapporto, può infine costituire l'occasione, non soltanto per un utile confronto tra primo e terzo settore, ma per la condivisione di linee di azione comuni e l'assunzione di impegni condivisi tra le parti coinvolte, in primo luogo, Regione, ETS, ULSS ed enti locali, nell'ottica della co-programmazione a livello di ATS.

5. Conclusioni

L'assistenza sanitaria in Italia è garantita a norma di legge a tutti i cittadini presenti sul territorio, anche se privi di regolare titolo di soggiorno, e il sistema-Veneto è stato fra i primi ad anticipare e quindi a recepire la normativa nazionale. La concreta realizzazione di strutture dedicate è stata tuttavia per molti anni demandata a iniziative spesso spontanee e, comunque, non inserite a sistema tra loro, né sul piano programmatico, né su quello funzionale. Anche per questi motivi, l'indagine qui presentata sulle caratteristiche e le attività dei servizi ambulatoriali ETS operanti nel territorio regionale, restituisce un quadro variegato, per alcuni aspetti disomogeneo, il quale presenta numerosi punti di criticità rispetto alle finalità del SSN e, più generalmente, alla piena attuazione del dettato costituzionale in materia tutela della salute individuale e collettiva.

Da un lato, si è evidenziata la consistenza della popolazione coperta dai servizi sanitari offerti dal Terzo Settore, spesso poco conosciuta dalle stesse ULSS, nonché l'importanza che tali servizi rivestono in termini di tutela della salute pubblica. Dall'altro lato, si sono evidenziate carenze di copertura, di carattere normativo, amministrativo, funzionale e territoriale.

Si ritiene che in tale ambito sia auspicabile una politica regionale che sollevi l'intervento in questo settore dalla condizione di residualità e, talora, occasionalità nel quale è di fatto confinato e sia anche volta a rafforzare la cooperazione tra istituzioni e Terzo Settore per il contrasto alla povertà sanitaria, particolarmente in un periodo storico di crisi crescente della medicina territoriale, di carenza di MMG e, anche, ospedalieri e di limitazione di risorse finanziarie assegnate al SSN. A tal fine appare opportuna un'iniziativa regionale volta, da un lato, a disegnare una chiara prospettiva di indirizzo in materia, di cui la d.g.r. 1030/2021 ha costituito un primo, parziale e dichiaratamente sperimentale intervento e, dall'altro, a mettere a sistema la rete degli ambulatori ETS, garantendo loro il margine di autonomia, quanto a finalità e modalità organizzative, riconosciuto in generale agli ETS, quale presupposto per valorizzarne le capacità di innovazione sociale.

52 E che rischia di essere messa in discussione dall'istituzione degli Ambiti Territoriali Sociali.

Riferimenti bibliografici

- Albani M., Pittau F. (2017), L'emigrazione degli italiani: dai picchi del dopoguerra ai nuovi flussi, *Dialoghi Mediterranei*, <http://www.istitutoeuroarabo.it/DM/lemigrazione-degli-italiani-dai-picchi-del-dopoguerra-ai-nuovi-flussi>.
- Baruchello M., Girolametto G. (2023), Migranti: l'esperienza veneta di 12 medici di medicina generale e 1 pediatra in un ambulatorio per stranieri temporaneamente presenti (STP), *Rivista QQ, La qualità e le qualità in Medicina Generale*, 1: 5-10.
- Bettin G., Sacchi A. (2019), Health Spending in Italy: The Impact of Immigrants. *Quaderni di Ricerca*, 433. Ancona: Università Politecnica delle Marche, Dipartimento di Scienze economiche e sociali.
- Beveridge W. (1942), *Social Insurance and Allied Services*. London: His Majesty's Stationery Office.
- Carta di Roma (2008). *Sintesi Linee guida ITA*, a cura di Associazione Carta di Roma. <https://www.unhcr.org/it/risorse/carta-di-roma>.
- Coppola C., Giraudo G. (2022), Novità legislative in materia di assistenza sanitaria alle persone senza dimora. *Jus in itinere*, <https://www.iusinitinere.it/>.
- Croce Rossa Italiana, Comitato Nazionale – Emergenza Ucraina (2022), *Informazioni utili per le attività di assistenza e accoglienza della popolazione migrante*. Aggiornamento n. 3, 25 Marzo.
- Fondazione ISMU ETS (2023), *Ventottesimo rapporto sulle migrazioni 2022*. Milano: Franco Angeli.
- Fondazione Leone Moressa (2022), *XII Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione. "L'Italia della resilienza e i nuovi italiani"*. Venezia: FLM.
- INMP - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (2021), *Quaderni di epidemiologia. 3. Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata. Risultati anno 2017*. Roma. https://www.inmp.it/quaderni/Numero3_Indicatori.pdf.
- Ministero dell'Interno (2017), *Le iniziative di buona accoglienza e integrazione dei migranti in Italia – Modelli, strumenti e azioni*, 31 Maggio. https://www.interno.gov.it/sites/default/files/rapporto_annuale_buone_pratiche_di_accoglienza_2017_ita_web_rev1.pdf.
- Ministero della Salute (2007), *Pronto Soccorso e sistema 118. Proposta metodologica per la valutazione dei costi dell'emergenza*. Roma.
- Ministero della Salute (2017), *L'Italia per l'equità nella salute*. Roma. <https://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>.
- Olivieri L. (s.d.), I controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del Testo unico sulla documentazione amministrativa, *LexItalia.it*. https://www.lexitalia.it/articoli/oliveri_tudocumentazione.htm.
- Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige (2018), *Guida all'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri ed ai cittadini degli Stati membri dell'Unione europea*. Bolzano.
- Regione del Veneto (2021), *Immigrazione straniera in Veneto ... alla prova del Covid. Rapporto 2020*. Venezia: Osservatorio Regionale Immigrazione. https://www.cestim.it/sezioni/dati_statistici/italia/veneto/2021-06-Rapporto%20immigrazione_2020.pdf.
- Timmins N. (1995), *The Five Giants: A Biography of the Welfare State*. London: HarperCollins.

Allegato 1
Schede individuali degli ambulatori ETS del Veneto⁵³

⁵³ Le schede sono state redatte dai referenti dei singoli ambulatori. Le informazioni si riferiscono al 31.12.2022.

Ambulatorio di prossimità Caritas “Salute Senza Confini”

L'ambulatorio di prossimità “Salute Senza Confini” è un progetto di Caritas Veneziana, nato nell'ottobre 2021 e gestito da gennaio 2023 dalla Fondazione Caritas Venezia con sede legale a San Marco 320/a, 30124 Venezia, C.F. 94098150272, iscritta al RUNTS con decreto n. 508/2023 alla sezione “Altri Enti del Terzo Settore”.

L'ambulatorio si trova in via Querini 19/a, al centro di Mestre, facilmente accessibile con mezzi pubblici e privati, all'interno del Centro “Papa Luciani”, di proprietà Diocesana, dove vengono svolte numerose attività assistenziali, socio-educative e di sostegno e cura in favore di soggetti fragili (Centro di Ascolto Diocesano, scuola di lingua e cultura italiana per stranieri, mensa, sportello lavoro, Consultorio diocesano, ecc.).

Si inserisce nell'ambito degli interventi che Caritas Veneziana pone in essere a contrasto delle situazioni di bisogno nel territorio, con l'intento di coadiuvare i servizi offerti dall'Azienda Sanitaria Pubblica nell'assistenza alle persone vulnerabili, non regolari o prive di fissa dimora, presenti nell'area compresa fra Marghera, Mestre e Venezia.

L'attività ambulatoriale, in convenzione con ULSS 3 Serenissima, si svolge il lunedì e il venerdì dalle ore 9.00 alle 12.00 e il mercoledì dalle 15.00 alle 17.00 ed è diretta a garantire il diritto alla salute e la promozione della dignità delle fasce più deboli, mettendo a disposizione di tutte le persone e delle famiglie in difficoltà e senza reddito un importante servizio gratuito di assistenza medico-specialistica, con una precisa volontà di presa in carico integrata e continuativa.

Particolare impegno è stato profuso da parte di tutti i volontari coinvolti durante l'emergenza Ucraina e nei confronti degli immigrati stranieri, accolti presso il Centro di Accoglienza Straordinaria sito a Castello, in convenzione con la Prefettura di Venezia.

Gli elementi cardine del progetto sono:

1. la presa in carico integrata dell'utenza, in stretta sinergia tra medici volontari e Centro di Ascolto Caritas, con un'attenta costruzione di una rete di supporto e collaborazione con gli altri enti del terzo settore e delle istituzioni pubbliche competenti;
2. le prestazioni mediche specialistiche
3. l'accompagnamento ai servizi amministrativi e socio-sanitari
4. il lavoro di sensibilizzazione alla prevenzione vaccinale
5. la maggior attenzione alle problematiche sanitarie legate alla terza età
6. la mediazione linguistica.

Volontari coinvolti

Il personale volontario impiegato nell'ambulatorio polispecialistico, al 2023, è così strutturato:

Personale sanitario

3 infermieri
1 farmacista
8 medici di medicina generale, 10 medici specialisti
3 operatori volontari

Personale amministrativo

3 segretari
3 mediatori culturali

Contatti

Tel. 3341032714 - 3898469418



Cittadini Ovunque OdV

Cittadini Ovunque OdV si è costituita nel 2017, su iniziativa di un gruppo di persone di varia provenienza culturale, per realizzare attività di inclusione sociale e di sensibilizzazione sui temi della marginalità sociale e delle migrazioni. Attualmente, conta una quarantina di soci.

Ambulatorio di prossimità di Castelfranco Veneto

Forma giuridica

Cittadini Ovunque è un'Organizzazione di Volontariato iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, con sede legale in Via San Pio X, 78, 31033 Castelfranco Veneto.

Principali attività svolte

- 2017: apertura, a Resana, di un Centro di Accoglienza Straordinario, in collaborazione con la cooperativa sociale “Lunazzurra” di Saonara, chiuso nel 2019 a seguito dei decreti “sicurezza”;
- 2019-20: progetto “Note a margine” di formazione e inclusione lavorativa di giovani disoccupati/e;
- 2022: gestione di un ambulatorio di prossimità in convenzione con l'ULSS 2 Marca Trevigiana;
- 2022: avvio di corsi di lingua italiana per donne straniere;
- formazione nelle scuole superiori e iniziative culturali pubbliche in tema di multiculturalità e accoglienza.

L'ambulatorio di prossimità

L'ambulatorio di prossimità è situato all'interno del presidio ospedaliero di Castelfranco Veneto. È stato istituito su progetto dell'ULLS. 2 ed è affidato in gestione, su convenzione, a “Cittadini Ovunque – OdV”⁵⁴. L'ambulatorio è aperto il martedì e il venerdì, h. 17-19, su prenotazione. Offre servizi di medicina generale e piccole prestazioni infermieristiche alle persone, italiane e straniere, prive del medico di base. Fornisce farmaci essenziali.

I medici sono dotati di ricettario regionale e possono prescrivere farmaci, visite specialistiche, accertamenti diagnostici per cure essenziali o continuative.

I volontari di segreteria curano l'accoglienza e la registrazione degli utenti, istruiscono le pratiche per l'ottenimento della tessera STP/ENI e forniscono prestazioni di orientamento e accompagnamento sanitario.

Con fondi propri, l'associazione partecipa alla spesa sanitaria degli utenti indigenti.

Volontari dell'ambulatorio

5 medici di MG, 8 infermieri, 8 addetti di segreteria.

Destinatari

Persone prive di iscrizione al SSN, in possesso o meno di tessera STP/ENI, di nazionalità straniera o italiana. Persone iscritte al SSN, temporaneamente senza assegnazione del MMG/PLS.

Contatti

Dove siamo: Ospedale, Via dei Carpani 16/z, Padiglione K, 31033 Castelfranco Veneto

tel. 3715937319

e-mail: cittadiniovunque.cfv@gmail.com

PEC: cittadiniovunque.cfv@pec.it

⁵⁴ Sono parti della convenzione anche il CSV di Belluno e Treviso, il Coordinamento del Volontariato della Castellana e l'OdV Cittadini Volontari di Montebelluna (relativamente a quest'ultima, si veda la scheda apposita).



Cittadini Volontari – Coordinamento del Volontariato di Montebelluna

Cittadini Volontari OdV coordina un gruppo di associazioni le cui attività riguardano gli ambiti più svariati: dalla salute alla cultura, la famiglia, la disabilità, la situazione degli stranieri, la povertà, i diritti umani.

Ambulatorio di prossimità di Montebelluna

Forma giuridica

Cittadini Volontari è una Organizzazione di Volontariato iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, con sede legale in Via Mattiello 4, 31044 Montebelluna.

Principali attività svolte

- 2008: attivazione di un ambulatorio infermieristico, su convenzione con l'(allora) ULSS 8, gestito da infermieri volontari. Nei locali del presidio ospedaliero di Montebelluna, gli infermieri volontari mettono a disposizione le proprie competenze per piccole medicazioni, iniezioni, misurazioni di glucosio e pressione arteriosa a tutta la cittadinanza;
- 2010: avvio del progetto “Nessuno escluso”. Vengono recuperati alimenti a scadenza ravvicinata, dai supermercati, da aziende alimentari, da altri produttori per distribuirli alle famiglie del territorio che vivono in situazione di difficoltà;
- dal 2010: organizzazione della “Giornata del volontariato”. Nel primo sabato di ottobre si celebra, organizzata da Cittadini Volontari, la Giornata del Volontariato. Migliaia di persone nel Montebellunese hanno deciso volontariamente di riparare in qualche modo alle falle della vita sociale di oggi, spendendo una parte – spesso consistente – del loro tempo per gli altri, in silenzio, senza pubblicità e senza nulla pretendere. La Giornata è occasione per mostrare cosa fanno queste organizzazioni e queste persone, e come sono utili alla comunità;
- 2019: apertura di uno “Sportello di orientamento sanitario”, rivolto ai cittadini privi di assistenza sanitaria;
- 2022: gestione di un ambulatorio di prossimità in convenzione con l'ULSS 2 Marca Trevigiana.

L'ambulatorio di prossimità

L'ambulatorio di prossimità è situato all'interno della sede “Ex-INAM”, in centro a Montebelluna, facente parte del locale presidio ospedaliero. È stato istituito su progetto dell'ULSS 2 e affidato in gestione, su convenzione, a “Cittadini Volontari – OdV”. L'ambulatorio è aperto il lunedì e mercoledì dalle ore 17 alle ore 19, su prenotazione. Offre servizi di medicina generale e piccole prestazioni infermieristiche alle persone, italiane e straniere, prive del MMG. Fornisce farmaci essenziali.

I medici sono dotati di ricettario regionale e possono prescrivere farmaci, visite specialistiche, accertamenti diagnostici per cure essenziali o continuative.

I volontari di segreteria curano l'accoglienza e la registrazione degli utenti, istruiscono le pratiche per l'ottenimento della tessera STP e forniscono prestazioni di orientamento e accompagnamento sanitario.

Con fondi propri, l'associazione partecipa alla spesa sanitaria degli utenti indigenti.

Volontari dell'ambulatorio

7 medici, prevalentemente di MG, 8 infermieri, 10 addetti di segreteria.

Utenti

Personae prive di iscrizione al SSN, in possesso o meno di tessera STP / ENI, di nazionalità straniera o italiana.

Personae iscritte al SSN, temporaneamente senza assegnazione del MMG/PLS.

Contatti

Dove siamo: c/o EX-INAM, Via Dante Alighieri 12, 31044 Montebelluna
tel. 3270706283

Ambulatorio di Medicina di Base “Sant’Andrea” Rovigo

La mission e la vision

Il Centro di Ascolto della Caritas Diocesana di Adria-Rovigo opera in sinergia con le istituzioni e con le realtà del volontariato presenti sul territorio, al fine di trovare risposte e facilitare percorsi ai complessi bisogni che emergono in un contesto in continua evoluzione, come quello della migrazione. L’immigrazione è, ed è sempre stata, un bagaglio di opportunità sia per i migranti che per i popoli che li hanno accolti. È pertanto manifestazione di responsabilità decidere di trasformare queste opportunità in problemi o in occasioni di crescita o, ancora, decidere se creare pericolosi contesti di emarginazione o piuttosto lavorare per costruire ambienti inclusivi.

Circa dieci anni fa Caritas diocesana di Adria-Rovigo ha avviato un servizio volontario di medicina generale, dedicato a persone straniere e italiane presenti sul territorio ma prive, per motivi diversi, di assistenza medica.

La condizione di irregolarità sanitaria può avere diverse conseguenze, tra le quali la più pericolosa è quella di creare dei circuiti di assistenza medica clandestina, con gravi conseguenze sia per il singolo che per la collettività.

La sede dell’ambulatorio è Casa Sant’Andrea, in via Sichirollo n. 60, a Rovigo, ed è una struttura polivalente all’interno della quale sono state allestite tre stanze destinate al funzionamento dell’ambulatorio. Lo stabile è in una zona centrale e di facile raggiungimento sia a piedi che con i mezzi pubblici.

L’organizzazione e il Target

Il Centro di Ascolto della Caritas Diocesana organizza il servizio attraverso la gestione dell’accesso all’ambulatorio da parte degli utenti (attività di segreteria e organizzazione appuntamenti), l’accoglienza, la pianificazione dell’equipe dei medici volontari per le prestazioni e la promozione nell’opinione pubblica di attenzione e sostegno al servizio stesso.

Il servizio si svolge il martedì mattina, in concomitanza con il servizio docce, dalle h 9 alle h 13.

Vi prestano servizio 4 medici volontari.

Le persone che accedono al servizio sono: cittadini stranieri privi di permesso di soggiorno, persone in possesso di codice STP o ENI, cittadini neo-comunitari sprovvisti di tessera Team e cittadini senza fissa dimora.

Le attività

L’ambulatorio di medicina di base è una delle attività svolte da “IL MANTO DI MARTINO ETS”

Codice fiscale 93037090292 (braccio operativo della Caritas Diocesana di Adria-Rovigo).

L’ambulatorio di medicina di base Sant’Andrea offre:

- un punto di riferimento per persone che non hanno la possibilità di accedere alla figura del medico di base;
- un punto di orientamento sanitario per persone che, pur possedendo la documentazione necessaria, non sono in grado di procedere con l’iscrizione sanitaria al servizio SSN;
- un punto di coordinamento per l’attività svolta in collaborazione con la cooperativa sociale che sul territorio segue i servizi a bassa soglia per il monitoraggio della salute delle persone che vivono in condizioni di marginalità estrema;
- un punto di riferimento per persone che hanno necessità di accedere ai servizi del consultorio familiare ULSS 5 (per esempio, per prescrizione di esami BHCG per accertare lo stato di gravidanza, per accedere alla prima visita presso ambulatorio ginecologico);
- la distribuzione farmaci (l’ambulatorio ha una dispensa interna alla quale accedono i medici).

La convenzione stipulata con l’ULSS 5, ai sensi della dgr 1030 del 28/07/2021, permette ai medici di utilizzare il ricettario nominale.

Contatti

Ambulatorio Sant’Andrea

Via Sichirollo, 60 - 45100 Rovigo

tel. 0425 23450

E-mail: info@caritasrovigo.org

PEC: ilmantodimartino@pcert.postecert.it

Sito web: www.caritasrovigo.org



Ambulatorio Popolare Caracol Olol Jackson

L'Associazione "Caracol Olol Jackson Onlus" nasce a gennaio 2018 e inizia le attività, anche se priva di una sede, in memoria e per continuare l'azione di Olol Jackson, attivista del movimento "No Dal Molin", Sindacalista Adl, Consigliere dei Verdi e attivista dei Centri Sociali del Nord-Est.

Nel 2019, si acquista una sede e partono i primi progetti (gruppi di lavoro, conferenze, presentazioni di libri). Nella primavera del 2020 prende vita il Banco di Aiuti Alimentari e, a novembre dello stesso anno, inizia l'attività di una parte dell'ambulatorio popolare, mentre a marzo 2021 si attiva l'ambulatorio odontoiatrico.

Nel corso dei mesi successivi, sono stati messi in atto vari progetti in ambito socio-culturale e sanitario, rivolti alle persone in condizione di disagio socio-economico e prive di assistenza sanitaria istituzionale, quali, ad esempio, gli screening per diabete mellito, HBV, HCV e HIV.

Tra questi progetti, è operativo, dall'aprile 2021, l'"Ambulatorio Popolare Caracol Olol Jackson", autorizzato all'esercizio delle attività sanitarie dall'ULSS 8 Berica nel marzo 2021.

Orario di apertura e funzioni

L'ambulatorio è aperto da martedì a venerdì, con accesso preferibilmente su prenotazione, e offre gratuitamente prestazioni di MG, odontoiatria, pediatria, otorinolaringoiatria, ginecologia, oculistica, terapia del dolore, psicoterapia, diabetologia e infettivologia. È prossima l'apertura di un dispensario farmaceutico.

Sportello di accoglienza

L'attività di filtro, ascolto e coordinamento è svolta da dodici persone dello Sportello informativo psico/sociosanitario di accoglienza, le quali forniscono informazioni sui servizi del territorio e assistenza amministrativa e burocratica (per esempio, per l'ottenimento della tessera STP/ENI e l'esenzione ticket, per il rilascio e il rinnovo del Permesso di Soggiorno), con il supporto legale dell'Associazione Avvocato di Strada.

Altra importante funzione dello Sportello è il coordinamento informativo-funzionale con i Servizi Sociali del Comune di Vicenza, Area Grave Marginalità.

Ambulatorio di Medicina generale

I sei MMG sono titolari di ricettario regionale e, da giugno 2022, assistono le persone con tessera STP/ENI. Tra gli altri compiti, hanno quello di certificare l'esistenza di patologie che danno diritto all'ottenimento delle tessere suddette.

Si coordinano con sei infermiere professionali nella presa in carico e gestione dei pazienti.

Unità di Strada

Molte persone senza dimora non accedono né alle Strutture di accoglienza, né all'Ambulatorio Popolare. Per offrire loro un'opportunità di ascolto e cura, un MMG dell'Ambulatorio affianca l'UdS, che il mercoledì sera esce per portare indumenti, coperte e altri generi di conforto.

Utenti

Persone prive di iscrizione obbligatoria al SSN, in possesso o meno di tessera STP/ENI, oppure regolarmente iscritte al SSN, ma in condizioni di indigenza.

Contatti

L'ambulatorio si trova in Viale Francesco Crispi, 46, 36100 Vicenza

Tel. 0444902081

email: ambulatoriopopolare@caracolol.it

PEC: pec@pec.caracolol.it

Sito web: www.caracolol.it



CESAİM OdV - Centro Salute Immigrati di Verona

Breve cronologia

Il CESAİM OdV è un'associazione di volontariato nata nel settembre 1993 per iniziativa della Consulta Comunale delle Associazioni Femminili di Verona e di un gruppo di medici e infermieri volontari.

Dal 2001, il CESAİM OdV ha in essere un rapporto convenzionale con l'ULSS 20 di Verona, ora AULSS 9 Scaligera. La convenzione prevede la messa a disposizione da parte dell'AULSS degli spazi necessari allo svolgimento dell'attività ambulatoriale nonché la fornitura dei presidi medici e dei farmaci essenziali. Prevede altresì, da parte del CESAİM OdV, la collaborazione alla realizzazione di programmi di screening e di prevenzione, l'erogazione di prestazioni di diagnosi cliniche di primo livello e prescrizioni farmaceutiche. A tal fine, ai medici del CESAİM OdV è consentito l'utilizzo del ricettario regionale.

Forma giuridica

Il CESAİM è una Organizzazione di Volontariato, iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore, con sede legale in Via Salvo D'Acquisto, 5, 37122 Verona.

Attività

- visite di MG ad accesso diretto: l'ambulatorio è aperto tutti i giorni feriali, escluso il sabato
- visite specialistiche, su appuntamento: pediatria, cardiologia+ecocardiografia, ematologia, endocrinologia, epatologia, ginecologia, infettivologia, nefrologia, neurologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, psichiatria + dipendenze, psicologia, urologia
- prestazioni infermieristiche
- ecografia
- distribuzione di farmaci (l'ambulatorio è dotato di una farmacia interna).

Volontari

52 medici, di cui 36 specialisti, 14 infermieri, 10 volontari di segreteria

Utenti

Persone prive di regolare iscrizione al SSN, in possesso o meno di tessera STP / ENI, di nazionalità straniera o italiana.

Persone iscritte al SSN ma temporaneamente senza assegnazione del MMG/PLS.

Contatti

Dove siamo: Via Salvo d'Acquisto, 5, 37122 Verona

tel. 045520044

e-mail: cesaim2017@gmail.com

PEC: cesaimodv@pec.it

Sito web: cesaim.wixsite.com



Croce Rossa Italiana
Comitato di Bassano del Grappa

Croce Rossa Italiana – Comitato di Bassano del Grappa

La Croce Rossa Italiana fa parte del Movimento Internazionale della Croce Rossa.

Esistono documenti che attestano la presenza a Bassano del Grappa di un ambulatorio di Croce Rossa Italiana già fra le due guerre. Dal 1984, esiste un'attività medico-infermieristica continuativa, dal lunedì al venerdì. Dal 2007, è attivo l'ambulatorio STP (Baruchello, Girolametto, 2023).

Dopo l'emergenza sanitaria Covid-19, l'ambulatorio è stato riorganizzato in "ambulatorio di prossimità", un servizio medico-infermieristico gratuito e libero, che il Comitato mette a disposizione del territorio con l'obiettivo di rispondere alle esigenze di primo livello e di base, dal punto di vista socio-sanitario, rivolto principalmente alla popolazione vulnerabile.

Principali attività svolte: Servizi alla Persona

- Attività medico-infermieristiche di base, come misurazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca e saturazione dell'ossigeno), rilevazione della glicemia capillare, medicazioni semplici e avanzate, rimozione punti di sutura, attività di consulenza medico-specialistica di igiene e medicina preventiva, chirurgia generale, cardiologia (con esecuzione di elettrocardiogramma), ortopedia, ematologia, medicina interna e generale, dermatologia e pediatria (v. Carta dei Servizi e della Attività della Croce Rossa Italiana, Versione 1.2 Maggio 2021, <https://cri.it/wp-content/uploads/2021/06/Carta-dei-Servizi-e-delle-Attivit%C3%A0-CRI.pdf>).
- Assistenza socio-sanitaria alle persone con tessera STP, in convenzione con l'Azienda ULSS 7 Pedemontana, con consulenza di *medical-advocacy*, assistenza amministrativo-burocratica agli indigenti e mediazione culturale (Croce Rossa Italiana, 2022; Ministero dell'Interno, 2017; Carta di Roma, 2008).
- Servizio di sportello sociale: punto di contatto informativo e di orientamento ai servizi territoriali alla persona e sociali, in genere. Opera in collaborazione con i servizi sociali dei Comuni. È rivolto ai singoli e ai nuclei familiari in condizione di difficoltà o di emarginazione, per ragioni di tipo relazionale, economico, sociale, oppure dovute a malattie o infortuni, a mancanza di una rete familiare di aiuto, a situazioni di impoverimento economico e relazionale. Facilita un percorso di auto-aiuto e di potenziamento delle risorse e capacità, con cui si persegue la promozione e la tutela della dignità della persona in situazioni di disagio ,tramite la costruzione di progetti sociali condivisi.

Volontari

I volontari coinvolti nell'attività dell'ambulatorio sono circa 30, dei quali 8 infermieri e 11 medici, tra cui una pediatra. I medici specialisti sono 6 (un cardiologo, un chirurgo, un ortopedico, un internista, un ematologo, un dermatologo).

Visite eseguite, comprese STP: circa 450 all'anno.

Contatti:

L'ambulatorio si trova in Piazza Terraglio, 17, 36061 Bassano del Grappa (VI).

È possibile contattare l'ambulatorio in orario di apertura al numero 0424529302 (tasto 2) o via mail all'indirizzo bassanodelgrappa@cri.it.



Associazione umanitaria italiana per la cura e la riabilitazione delle vittime della guerra, delle mine antiuomo e della povertà / Organizzazione non governativa - Ong / Organizzazione non lucrativa di utilità sociale - Onlus

Ambulatorio socio-sanitario e supporto psicosociale di EMERGENCY a Marghera

EMERGENCY ONG Onlus

EMERGENCY ONG Onlus è un'organizzazione umanitaria che, dal 1994, offre cure medico-chirurgiche alle vittime della guerra, delle mine antiuomo e della povertà e, allo stesso tempo, promuove una cultura di pace, solidarietà e rispetto dei diritti umani. Oggi EMERGENCY è presente in Afghanistan, Iraq, Sierra Leone, Uganda, Sudan, Eritrea, Mar Mediterraneo Centrale e Italia. Dal 1994, nel complesso delle strutture sanitarie di EMERGENCY, sono state curate gratuitamente più di 12,5 milioni di persone.

Forma giuridica

EMERGENCY è un'Organizzazione Non Governativa ("ex idonea", ai sensi della abrogata Legge 49/1987) e, come tale, ONLUS di diritto, iscritta nel registro delle ONLUS tenuto dalla Direzione Regionale della Lombardia dell'Agenzia delle Entrate. È inoltre iscritta come soggetto della cooperazione internazionale all'Elenco delle Organizzazioni della Società Civile ed altri soggetti senza finalità di lucro tenuto dall'Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo (AICS) ed è iscritta nel Registro delle Persone Giuridiche della Prefettura di Milano al n. 594. La sede legale è in via Santa Croce 19, Milano.

Attività

L'articolo 32 della Costituzione Italiana sancisce che *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"*, eppure, negli ultimi anni, EMERGENCY ha riscontrato crescenti difficoltà nell'accesso ai servizi socio-sanitari in Italia per svariate fasce di popolazione, dai migranti senza permesso di soggiorno, agli stranieri con permesso di soggiorno, ai cittadini comunitari, fino ai cittadini italiani.

Il Programma Italia di EMERGENCY è stato avviato nel 2006, a Palermo, e oggi conta diversi Ambulatori fissi e mobili in sei regioni italiane.

L'Ambulatorio di EMERGENCY a Marghera, Venezia, è stato aperto a dicembre 2010, in virtù di un Protocollo di Intesa con la Regione Veneto. A partire dal 2022, la Convenzione è annuale con l'ULSS 3 Serenissima, ai sensi della d.g.r. 1030 del 2021.

All'interno dell'Ambulatorio di EMERGENCY sono offerti i seguenti servizi:

- **AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE:** fruibile dal lunedì al venerdì, dalle 09.00 alle 18.00, ad accesso libero;
- **AMBULATORIO DI PEDIATRIA,** con accompagnamento per l'intero percorso socio-sanitario del bambino (vaccinazioni, bilanci di salute, educazione alimentare, educazione all'igiene orale): aperto il mercoledì pomeriggio;
- **AMBULATORIO INFERMIERISTICO:** eroga prestazioni strettamente infermieristiche e organizza momenti educativi e di prevenzione su malattie sessualmente trasmissibili, alimentazione, igiene, gestione patologie croniche, per singoli pazienti o gruppi;
- **AMBULATORIO ODONTOIATRICO:** offre cure conservative-endodontiche, chirurgiche, estrattive, ablazione tartaro e momenti educativi sull'igiene orale, per singoli e gruppi;
- **FORNITURA LENTI OFTALMICHE;**
- **ORIENTAMENTO SOCIO-SANITARIO:** mediazione linguistica, supporto e accompagnamento dei pazienti nell'espletamento delle pratiche amministrative e nell'accesso ai servizi;
- **PUNTO DI ASCOLTO PSICOLOGICO:** un team di psicoterapeuti offre una prima risposta al disagio psichico; i colloqui sono su appuntamento;
- **EDUCAZIONE SANITARIA E FORMAZIONE** nei luoghi di aggregazione, in collaborazione con altri enti operanti nel territorio, ma rivolti anche a singoli pazienti, in particolare ai portatori di patologia cronica; interventi formativi, anche per il personale operante nella sanità.

Da dicembre 2010 (anno di apertura) a maggio 2023 (dato al 18/05/2023) sono stati seguiti 12.750 pazienti, per un totale di 101.187 prestazioni offerte. Nel solo 2022, sono stati seguiti 1.783 pazienti, per un totale di 10.508 prestazioni, tra mediche, odontoiatriche, psicologiche, infermieristiche, di fornitura occhiali, e di supporto e

orientamento socio-sanitario. Nello stesso anno, i nuovi pazienti sono stati 1.109 (62,2% del totale), dato indicativo delle necessità esistenti sul territorio e, quindi, della centralità della risposta fornita da EMERGENCY.

Utenza

Il servizio di orientamento, l'Ambulatorio infermieristico e il punto di ascolto sono fruibili da tutti, a prescindere dallo status amministrativo e dalla cittadinanza.

I servizi sanitari (MG, pediatria, cure odontoiatriche) sono garantiti a:

- Stranieri extra-UE senza documento di soggiorno e quindi non iscrivibili al Servizio Sanitario Regionale (SSR);
- Stranieri UE senza requisiti per l'iscrizione al SSR;
- Senza dimora, anche italiani, che, essendo senza residenza, non si possono iscrivere al SSR;
- Minori UE e extra UE non iscrivibili al SSR.

La fornitura di occhiali è garantita anche a chi è iscritto al SSR, ma è in condizione di vulnerabilità economica (ISEE < € 8.500).

Staff e volontari

Il personale dipendente comprende 2 medici, 1 infermiere, 4 mediatori culturali, 1 assistente alla poltrona odontoiatrica, 1 addetto alle pulizie:

Il personale volontario è costituito da 22 medici (internisti, pediatri, odontoiatri), 2 psicologi, 7 infermieri e 13 volontari non sanitari

Contatti

L'Ambulatorio si trova in via Giovanni Battista Varè 6, 30175 Marghera-Venezia

Tel. 041 0994114

e-mail: ambulatorio.marghera@emergency.it

Pec: emergencyitalia@legalmail.it

Sito: <https://www.emergency.it/progetti/italia-marghera-poliambulatorio/>



Medici in Strada città di Padova - OdV

Presentazione

L'associazione Medici in Strada nasce nel 2017 con l'obiettivo di fornire informazioni mediche alle persone in difficoltà che trascurano la salute.

Per raggiungere le persone, i medici si spostano a bordo di un camper e stazionano in luoghi frequentati nei diversi quartieri della città.

I medici prestano i primi controlli per avvicinare le persone che altrimenti non si rivolgerebbero ai sanitari e, se è il caso, provvedono a far sì che la persona riceva, gratuitamente, le cure di cui necessita.

Forma giuridica

Medici in Strada è un'organizzazione di volontariato, iscritta al RUNTS, con sede a Padova, via Castelmorrone 62.

Attività

Divulgazione sanitaria; controlli specialistici in alcune giornate dell'anno; affiancamento ai senza dimora con abbigliamento, pasti caldi e possibilità di pernottamento presso strutture terze; collaborazioni in rete con le altre realtà del territorio per i senza dimora e per le persone fragili. Presenti sul territorio con il camper in diversi quartieri della città di giorno e, alla sera, nei pressi della stazione ferroviaria di Padova. Si offre un servizio gratuito di Elettrocardiogramma alle persone in difficoltà.

Volontari

Medici in pensione e medici in attività, odontoiatri, psicologi, infermieri e persone non sanitarie: 40 medici con diverse specializzazioni; 13 odontoiatri; 3 infermieri; 3 psicologi; 16 amministrativi.

Utenti

Persone sulla soglia della povertà, ma non così fragili da essere già seguite dai servizi; persone senza dimora; persone accolte nelle Comunità di accoglienza; cittadini che hanno bisogno di aiuto.

Contatti

cell. 349 3645652

e-mail: mediciinstrapadova@gmail.com

www.medicinistrada.it



dai diritti alla salute

Medici per la Pace OdV - Verona

Breve cronologia

Medici per la Pace è un'organizzazione nata nel 2002, con lo scopo di tutelare il diritto alla salute in Italia e nel mondo. L'associazione nasce su iniziativa di un gruppo di medici e infermieri al quale si aggiungono, negli anni, volontari con diverse professionalità, giovani e studenti.

Dal 2002, l'associazione realizza progetti di cooperazione allo sviluppo in Asia, America Latina, Africa ed Europa dell'Est, in sinergia con le istituzioni locali e in partenariato con diverse realtà della società civile.

In Italia, nel 2006, l'associazione viene scelta dal Comune di Verona per occuparsi delle gravi condizioni igienico sanitarie della comunità Rom locale. Da allora, Medici per la Pace offre sul territorio del Comune di Verona servizi di assistenza ed educazione sanitaria a persone in condizione di disagio economico ed emarginazione sociale. All'intervento sanitario, si aggiungono attività di sensibilizzazione ed educazione alla solidarietà e al rifiuto della discriminazione con varie iniziative in scuole, università e carceri.

A partire dal 2021, sono state attivate in via sperimentale delle attività ambulatoriali di primo livello rivolte alle persone senza dimora e in condizioni di disagio socio-economico presso la mensa per i poveri del Convento dei frati minori di San Bernardino a Verona e presso il Convento del Barana, sempre a Verona.

Forma giuridica

Medici per la Pace è una Organizzazione di Volontariato, iscritta nel Registro Unico Nazionale del Terzo Settore al n. 92528, con sede legale in Via Giovanni Cotta 4, 37131 Verona.

Attività

- *Visita medica di base* con raccolta anamnestica e della documentazione sanitaria in una cartella informatizzata, in modo da garantire una corretta gestione delle informazioni di salute e una continuità della presa in carico;
- *Triage*, consistente nella valutazione di anamnesi, segni e sintomi, al fine di identificare situazioni potenzialmente pericolose e/o che richiedono l'invio al SSN, talora con carattere di urgenza;
- *Prestazioni terapeutiche di base* (a titolo di esempio, medicazioni di ferite, rimozione di punti di sutura, fornitura di farmaci come antibiotici, antidolorifici, antipiretici per un ciclo di cura, ecc.);
- *Counseling socio-sanitario*: avvicinamento e orientamento degli utenti, laddove necessario, a servizi specializzati per la presa in carico multiprofessionale (es. Unità di alcologia, Servizio Dipendenze, Centro di Salute Mentale, Centro antidiabetico, ecc.);
- *Realizzazione di programmi di screening* per il contrasto alla tubercolosi (radiografia al torace) e di campagne vaccinali (Covid-19, antinfluenzale, antipneumococco);
- *Counseling amministrativo* finalizzato a ottenere i documenti necessari per l'accesso al SSN.

Volontari

22 medici, di cui 12 specialisti, 4 infermieri.

Utenti

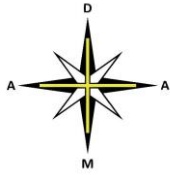
Persone prive di TS, in possesso o meno di tessera STP/ENI, di nazionalità straniera o italiana. Persone in possesso di TS, ma temporaneamente senza assegnazione del MMG/PLS.

Contatti.

tel. 0458401310 / 3911399522, e-mail: info@mediciperlapace.org, PEC: mediciperlapace@pec.csv.verona.it

Sito web www.mediciperlapace.org

FB: <https://www.facebook.com/mediciperlapace>



Associazione
ADAM
onlus

Partner di Caritas Diocesana di Padova

Poliambulatorio Caritas di Padova

Breve cronologia

Il poliambulatorio Caritas di Padova (allora chiamato Ambulatorio Caritas CUAMM) nasce nel 1998 grazie a una collaborazione tra Caritas Diocesana di Padova, CUAMM e Comune di Padova. Negli anni, l'ambulatorio passa all'associazione Adam Onlus, partner di Caritas, la quale gestisce il personale dipendente, i volontari e i rapporti con le istituzioni e finanzia, altresì, insieme alla Caritas Diocesana, il progetto. Attualmente, è attiva una convenzione tra la Caritas Diocesana, l'associazione Adam Onlus, il Comune di Padova, l'associazione Mimosa e la Cooperativa Sociale Equality. Il Comune mette a disposizione, in comodato gratuito, i locali adibiti ad ambulatorio e si fa carico delle spese per le utenze; l'associazione Adam gestisce e coordina il servizio; la Caritas Diocesana, insieme all'associazione Adam, finanzia il progetto e sensibilizza la comunità a una maggiore disponibilità e solidarietà nei confronti delle persone in situazione di grave marginalità; la cooperativa Sociale Equality e l'associazione Mimosa si impegnano a far conoscere e promuovere iniziative in favore dell'ambulatorio. Nel mese di dicembre 2022, l'associazione Adam ha firmato una convenzione con l'ULSS 6 Euganea, al fine di migliorare il servizio offerto e collaborare con le istituzioni pubbliche in una prospettiva di reale e sistemica cooperazione.

Forma giuridica

L'associazione Adam Onlus, C.F. 92200730288, ha sede legale in Via Vescovado 29, a Padova; è iscritta dal 12 febbraio 2014 nel Registro delle persone giuridiche aventi sede nella provincia di Padova al numero 76P. È iscritta all'anagrafe unica delle Onlus, con effetti a decorrere dal 30/12/2008.

Attività dell'ambulatorio

Prestazioni di:

- Odontoiatria
- Oculistica

Volontari

I volontari coinvolti sono 8 medici odontoiatri, 1 oculista, 2 assistenti alla poltrona, 1 tecnico radiografico, 1 tecnico riparatore. Due laboratori odontotecnici forniscono, inoltre, protesi mobili gratuite e vari studi ottici forniscono montature per occhiali e lenti gratuite

Utenti

I destinatari del servizio sono cittadini stranieri irregolarmente soggiornanti, muniti di tessera STP/ENI; persone senza dimora italiane o straniere; persone dimoranti a Padova, ma residenti in altra regione; cittadini europei sprovvisti di TS; persone e minori in condizione di povertà segnalate dai servizi sociali del comune di Padova.

Le persone italiane e straniere provviste di TS per poter accedere devono inoltre dimostrare:

- Isee inferiore agli 8.000€;

e almeno una delle seguenti esenzioni:

- per disoccupazione (7R3)

- per persone di età superiore a 65 anni beneficiarie di assegno sociale (7R4);

- per titolari di pensione minima (7R5);

- per reddito (6R0).

Contatti

Poliambulatorio Caritas, Via Duprè 26, 35134 Padova

tel. 3938929410

e-mail: ambulatorio@caritaspadova.it

Associazione Adam Onlus, Via Vescovado 29, 35141 Padova, tel. 049/8771722,

e-mail: adamonlus@caritaspadova.it, PEC adamonlus@pec.caritaspadova.it



Servizio Sanitario delle Cucine Economiche Popolari

La Fondazione Nervo Pasini – Cucine Economiche Popolari (CEP) -

Le Cucine Popolari sono un'opera della Chiesa di Padova che svolge attività socio-sanitaria a favore di persone che vivono una situazione di disagio sociale, economico e sanitario. Tutte le attività sono finalizzate alla promozione della dignità umana. I servizi (mensa, servizio sanitario, servizio docce, lavaggio vestiti, guardaroba, distribuzione coperte, fermoposta, ricarica del cellulare, segretariato sociale) costituiscono anche dei mezzi per entrare in relazione con le persone.

Il Servizio Sanitario delle Cucine Economiche Popolari

Il Servizio Sanitario delle Cucine Economiche Popolari nasce negli anni '80 a seguito della "legge Basaglia", prefiggendosi di costituire un punto di riferimento per tutte quelle persone che, per vari motivi, non si rivolgevano alle strutture preposte. Inizialmente, il servizio si rivolgeva soprattutto a italiani che vivevano in strada, spesso tossicodipendenti. Successivamente, con le grandi migrazioni degli anni '90, sono aumentati gli stranieri, prima dai Paesi dell'Est (inizialmente dall'Albania), poi dal Nord Africa, quindi dall'Africa sub-sahariana.

Nell'ottobre 2019, è stato firmato un protocollo con l'ULSS 6 Euganea per l'assistenza sanitaria a indigenti italiani e stranieri, con l'obiettivo di promuovere la salute pubblica. Tale accordo, oltre a riconoscere e regolarizzare il servizio, prevede la fornitura di alcuni farmaci di fascia A (altri vengono donati grazie alla collaborazione con Fondazione Banco Farmaceutico Onlus) e la possibilità di inviare le persone all'Ufficio Spazio Ascolto per Stranieri di via Scrovegni per impegnative e ricette, e la presa in carico delle medesime.

Forma Giuridica

Dal 1° gennaio 2019, le CEP sono gestite dalla Fondazione Nervo Pasini. Da settembre 2022, la Fondazione è iscritta al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS).

Attività

Il Servizio Sanitario delle CEP offre assistenza sanitaria a coloro che hanno difficoltà di accesso al SSN, sia da un punto di vista amministrativo, sia da un punto di vista di disagio sociale. È attivo tutte le mattine, dal lunedì al sabato, dalle 9:00 alle 11:00. Il servizio è gratuito.

Vi si accede previa prenotazione, da effettuare dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 10:30.

Il Servizio Sanitario è così strutturato:

- SERVIZIO MEDICO: visite MG e specialistiche; vi è la possibilità di fare ecografie ed elettrocardiogrammi;
- SERVIZIO INFERMIERISTICO: gestione dei pazienti e attività infermieristiche, come medicazioni, controlli della pressione, misurazioni della glicemia;
- DISTRIBUZIONE FARMACI: consegna farmaci e vaccini (antitetanici, epatite B, antinfluenzali), al bisogno;
- TIROCINI UNIVERSITARI: possibilità di svolgere una parte del tirocinio curriculare agli studenti del 3° e 4° anno di "Medicine and Surgery" dell'Università di Padova.

Volontari

16 medici, di cui 5 specialisti (ginecologo, ortopedico, ORL, dermatologo, ecografista), 7 infermieri, 2 farmacisti.

Utenti

Persone prive di regolare iscrizione al SSN, in possesso o meno di tessera STP/ENI, di nazionalità straniera o italiana.

Contatti

Dove siamo: Via Nicolò Tommaseo, 12, 35131 Padova
Tel. 3755088476 - e-mail: infocep@fondazionenervopasini.it
Sito web: fondazionenervopasini.it

Allegato 2
Scheda di rilevazione degli ambulatori ETS

RETE VENETA DEGLI AMBULATORI MEDICI ETS DEL VENETO

SCHEDA DI RILEVAZIONE

1. Identificativo dell'ambulatorio

Denominazione _____
Via/piazza _____ n. _____ CAP _____ Città _____
tel. _____ E-mail _____ PEC _____
Sito web _____

2. Ente titolare dell'ambulatorio

Denominazione _____
Codice fiscale/Partita IVA _____
Natura dell'ente:
ULSS Altro ente pubblico OdV Ente caritativo Altro (_____)
Se OdV: indicare il n. iscrizione al RUNTS _____
Sede legale Via/piazza _____ n. _____ CAP _____ Città _____
tel. _____ E-mail _____ PEC _____
Sito web _____
L'ente titolare fa parte di una rete per l'istituzione dell'ambulatorio? Sì NO
Se sì, specificare quale _____

3. Ente gestore dell'ambulatorio (non compilare se l'ente titolare è anche gestore)

Denominazione _____
Codice fiscale/Partita IVA _____
Natura dell'ente:
ULSS Altro ente pubblico OdV Ente caritativo Altro (_____)
Se OdV: n. iscrizione al RUNTS _____
Sede legale Via/piazza _____ n. _____ CAP _____ Città _____
tel. _____ E-mail _____ PEC _____
Sito web _____
L'ente gestore fa parte di una rete per la gestione dell'ambulatorio? Sì NO
Se sì, specificare quale _____

4. Titoli di gestione

- Estremi dell'atto istitutivo dell'ambulatorio _____
- Riferimenti legislativi per l'istituzione dell'ambulatorio: _____

A. Nel caso in cui l'ente titolare e l'ente gestore coincidano:

- Esiste convenzione con la locale ULSS? Sì No
Se sì:
Estremi della convenzione _____
Scadenza _____

B. Nel caso in cui l'ente titolare e l'ente gestore non coincidano:

- Estremi della convenzione tra ente titolare ed ente gestore _____
Scadenza _____

5. Attività dell'ambulatorio

Data di inizio dell'attività ____/____/_____
L'attività è svolta in sede fissa in unità mobile/i (indicare quante unità ____)
Giorni e ore di apertura nella settimana _____
Prestazioni fornite: _____

- A. Sanitarie
- A1. medicina generale
 - A2. specialistiche (specificare _____)
 - A3. Infermieristiche
 - A4. distribuzione farmaci
- B. l'ambulatorio è dotato di un servizio di farmacia interno?
 - come avviene l'approvvigionamento dei farmaci? _____
- C. Amministrative
- C1. in ambito sanitario (specificare _____)
 - C2. in ambito sociale (specificare _____)
- D. Accompagnamento ai servizi
- D1. medici
 - D2. amministrativi
 - D3. sociali
 - D4. altro (specificare _____)
- E. Sostegno alla spesa sanitaria degli utenti

I medici dell'ambulatorio dispongono di ricettario SSN? Sì No

L'ambulatorio dispone di attrezzature informatiche? Sì No

Se sì:

- dispone di un programma gestionale? Sì No

- è in rete con il sistema informatico dell'ULSS? Sì No

N° addetti al 31.12.2022

	Medici MG	Medici specialisti	Infermieri	Altri addetti		
				segreteria	accompagnamento	Mediazione ling.-cult.
Totale, di cui:						
<i>Dipendenti</i>						
<i>Volontari in servizio</i>						
<i>Volontari in pensione</i>						

6. Utenza

N° totale di utenti presi in carico dall'apertura dell'ambulatorio _____

N° accessi nel 2022

Tipo prestazione	M	F
MG		
Specialistica (specificare sotto)		
Infermieristica		
Assistenza amministrativa		
Accompagnamento		
Altro (specificare _____)		

N° utenti nel 2022, per cittadinanza

Cittadinanza	M	F
Italiana		

Patologie rilevate nel 2022 (n° casi)

Capitoli⁵⁵	Titolo	M	F
I	Malattie infettive e parassitarie		
II	Neoplasie		
III	Malattie del sangue e del sistema immunitario		
IV	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche		
V	Patologie mentali e del comportamento		
VI	Neuropatie		
VII	Oftalmopatie		
VIII	Patologie dell'orecchio		
IX	Disturbi del sistema circolatorio		
X	Disturbi del sistema respiratorio		
XI	Malattie gastroenterologiche		
XII	Dermatopatie		
XIII	Patologie muscoloscheletriche e connettivali		
XIV	Disturbi genitourinari		
XV	Gravidanza, parto e puerperio		
XVI	Disturbi congeniti		
XVII	Malformazioni e anomalie cromosomiche		
XVIII	Segni, sintomi e dati di laboratorio patologici non altrimenti classificati		
XIX	Traumatologi, tossicologia e altre cause esterne di malattia		
XX	Altre cause esterne di morbilità e mortalità		
XXI	Fattori che possono influenzare lo stato di benessere		
XXII	Codici speciali		

55 Classificazione ICD-10 (OMS).

7. Finanziamento (indicare con una x le caselle scelte)

Tipologia di spesa	Fonte di finanziamento				
	Ente titolare	Ente gestore	Altro ente (specificare _____)	Donazioni	Raccolta fondi
Affitto locali					
Manutenzione straordinaria					
Manutenzione ordinaria					
Utenze					
Mobili e attrezzature					
Farmaci					
Altri materiali di consumo sanitari					
Materiali di consumo non sanitari					
Personale dipendente					
Assicurazione sanitaria a carico del committente					
Assicurazione sanitaria per colpa grave					
Altre assicurazioni del personale					
Comunicazione					
Altro (specificare _____)					

Onere finanziario complessivo a carico dell'ente gestore nel 2022: € _____, __

8. Criticità

Descrivere, in ordine decrescente di importanza, le criticità rilevate nel funzionamento dell'ambulatorio

Rapporti con servizi amministrativi ULSS	Rapporti con servizi sanitari ULSS	Rapporti con i comuni	Rapporti con la questura	Rapporti con l'utenza

9. Osservazioni e proposte

Cognome e nome del legale rappresentante dell'ente gestore _____
Data _____ Firma _____