



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

PERSONE CON UN ACCESSO PROBLEMatico ALLE CURE.
INDAGINE SULLO STATO DI SALUTE PERCEPITO.

Relatore: Prof. Ditadi Alessandro

Correlatrice: Inf. Pettenello Francesca

Laureanda: Salerni Sara

(matricola n°: 2014118)

Anno Accademico 2022-2023

ART. 3 - RISPETTO E NON DISCRIMINAZIONE

L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche

ABSTRACT

Il problema: In Italia sono presenti 5,2 milioni di stranieri residenti. La fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità (ISMU) stima in 520mila persone la presenza in Italia di stranieri irregolari. Sono persone senza dimora o che vivono in case occupate, lavoratori provenienti dall'Unione Europea ma con permesso di soggiorno scaduto, bambini figli di immigrati irregolari. Molte di queste persone hanno diritto ad accedere solo a cure ritenute urgenti ed essenziali, a meno che non riescano ad iscriversi al SSN o paghino un'assicurazione sanitaria. Tante terapie, tanti esami che noi diamo per scontati per queste persone non sono accessibili.

Scopi: Misurare lo stato di salute percepito dalle persone partecipanti allo studio. Valutare l'accesso ai servizi sanitari: viene condotta un'analisi dettagliata per comprendere le principali barriere che le persone con un accesso problematico alle cure devono affrontare quando si manifesta un problema di salute. Analizzare le disparità nella salute: si valuta se vi sono differenze significative nello stato di salute percepito tra le persone con accesso problematico alle cure e quelle che hanno un accesso più agevole. Raccogliere dati qualitativi: vengono raccolti dati attraverso le interviste per ottenere una comprensione più approfondita delle esperienze e delle percezioni delle persone coinvolte.

Materiali e metodi:

Disegno dello studio: Studio osservazionale/descrittivo

Campione: Il campione è composto da 36 persone.

Metodi e strumenti: Per raccogliere i dati riferiti dagli intervistati sono stati usati due strumenti. Questionario Short Form Health Survey (SF-36) e una serie di domande somministrate insieme al questionario che indagavano la situazione sociale dei pazienti, la presenza di documenti, la conoscenza delle strutture d'aiuto del territorio etc. Per rendere più fluida e comprensibile l'interpretazione dei dati la scala di valutazione di ogni item viene suddivisa in base al punteggio ottenuto: da 0 a 25 stato di salute percepita molto scarsa, da 26 a 50 stato di

salute percepita scarsa, da 51 a 75 stato di salute percepita sufficiente, da 76 a 100 stato di salute percepita buona.

Risultati: Analizzando i questionari si nota come la media di ogni item dei questionari SF-36 dei pazienti sia bassa, inferiore al 60. Escludendo uno degli item, tutte le medie si assestano sotto i 50 punti, definendo la loro percezione della salute come “Scarsa” e “Molto scarsa”. Le medie dei questionari per il gruppo di controllo invece sono considerevolmente più alte. Inoltre, le risposte alla seconda parte delle domande hanno evidenziato come il numero di accessi al Pronto Soccorso dei pazienti intervistati sia molto alto, come molti di loro non siano sempre in grado di accedere alle cure che vengono loro prescritte, come molte di queste persone vivano in condizioni che aumentano il rischio di contrarre o cronicizzare alcune malattie.

Conclusioni: In conclusione, la ricerca ha affrontato un tema di grande rilevanza nell'ambito della sanità pubblica: l'accesso problematico alle cure e il suo impatto sullo stato di salute percepito dalle persone. I risultati di questa indagine hanno confermato l'esistenza di una significativa correlazione tra un accesso problematico alle cure e uno stato di salute percepito negativamente. Le persone che hanno sperimentato difficoltà nell'ottenere l'assistenza medica necessaria hanno manifestato una maggiore insoddisfazione riguardo al proprio stato di salute. Questo legame tra accesso alle cure e percezione dello stato di salute suggerisce che le barriere all'accesso ai servizi sanitari hanno un impatto diretto sulla qualità della vita delle persone. La consapevolezza di queste problematiche è fondamentale per gli operatori sanitari, i responsabili politici e tutti gli attori coinvolti nel settore sanitario al fine di sviluppare strategie efficaci per migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure. Rimangono comunque molte sfide aperte e opportunità di ulteriori studi in questo campo. La salute è un bene inestimabile e l'obiettivo di garantire un accesso equo e universale alle cure dovrebbe rimanere al centro delle politiche sanitarie in futuro.

Key-words: diritto, cure, SSN, STP, ENI, senza dimora, straniero.

Keywords: rights, care, homeless, foreign

INDICE	pag. 1
INTRODUZIONE	pag. 3
1. IL PROBLEMA	pag. 5
1.1. Accesso limitato alle cure e legislazione in merito	pag. 5
1.2. Le persone con un accesso limitato alle cure, problematiche sociali	pag. 7
1.3. Le persone che hanno un accesso limitato alle cure e l'accessibilità al SSN	pag. 8
1.4. Le associazioni che si occupano della loro salute	pag. 10
2. GLI OBIETTIVI	pag. 12
3. MATERIALI E METODI	pag. 13
3.1. Disegno di ricerca	pag. 13
3.2. Campione e criteri di inclusione ed esclusione	pag. 13
3.3. Limiti dello studio	pag. 14
3.4. Metodo e strumento di indagine	pag. 15
4. RISULTATI E DISCUSSIONE DEI DATI EMERSI	pag. 17
4.1. Dati anagrafici	pag. 17
4.2. Risultati generali del questionario	pag. 18
4.2.1. Stato di salute fisica percepita	pag. 20
4.2.2. Stato di salute mentale percepita	pag. 23
4.3. Informazioni sanitarie	pag. 26
4.4. Casi particolari	pag. 28
4.5. Discussione dei dati emersi	pag. 29
4.6. Il ruolo dell'infermiere	pag. 31
CONCLUSIONI	pag. 33

Bibliografia

Allegati

INTRODUZIONE

Il tema della disuguaglianza sociale mi è sempre stato molto a cuore e ho scoperto solo da poco che molte persone non hanno diritto ad avere quella che noi consideriamo assistenza “di base” (che si traduce con la possibilità di accedere anche a cure non urgenti ed essenziali), e mentre inizialmente credevo che questa circostanza particolare si applicasse solo alle persone senza fissa dimora (per avere accesso al Medico di Medicina Generale è necessario presentare un certificato di residenza), frequentando gli ambulatori di Emergency Marghera e CARITAS ho appreso che il problema è molto più diffuso e complicato di quanto non appaia a un primo sguardo.

È quindi un obiettivo di questa tesi quello di esplorare la complessa interconnessione tra il diritto alla salute e la mancanza di accesso alle cure di base, analizzando le cause sottostanti e le conseguenze che questo ha sulla salute dell'individuo e sulle spese della collettività.

Citando la Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".¹

I principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione, sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità.²

“Universalità” implica che le prestazioni sanitarie sono estese a tutta la popolazione, dato che la salute viene intesa non solo come bene individuale ma soprattutto risorsa della comunità.

La parola “uguaglianza” indica che i cittadini hanno il diritto di accedere alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche.

Il principio di “equità” comporta che a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute. Così ci si pone l'obiettivo di

¹ Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana, Costituzione della Repubblica Italiana, Titolo II: rapporti etico-sociali, 27 dicembre 1947, pag. 5

² Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Legge 23 dicembre 1978, pag. 3

cercare di superare le diseguaglianze di accesso di ogni cittadino alle prestazioni sanitarie.

Nella società contemporanea, il diritto alla salute dovrebbe rappresentare uno dei principi inalienabili e fondamentali, che contribuiscono a definire uno stato come democratico e civile. Si tratta di un pilastro fondamentale che si riflette sul benessere individuale e collettivo.

Tuttavia, per molte persone che si trovano in Italia, questo diritto non sempre viene rispettato. Il godimento di questo diritto è spesso messo in discussione da barriere che limitano l'accesso ai servizi sanitari di base, con particolare riferimento a coloro che hanno accesso solo a certi tipi di prestazioni.

Il rapporto con il Medico di Medicina Generale (MMG) gioca un ruolo essenziale nella prevenzione e nella cura delle patologie, senza dimenticare l'importanza della continuità assistenziale che ne deriva.

È inoltre opportuno specificare che l'ambulatorio del MMG rappresenta l'unico servizio gratuito, che non presenta l'obbligo di pagare il consueto ticket necessario per le altre prestazioni del SSN e che permette in teoria a tutti di vedere soddisfatti in maniera pronta e senza spese eccessive i propri bisogni di salute.

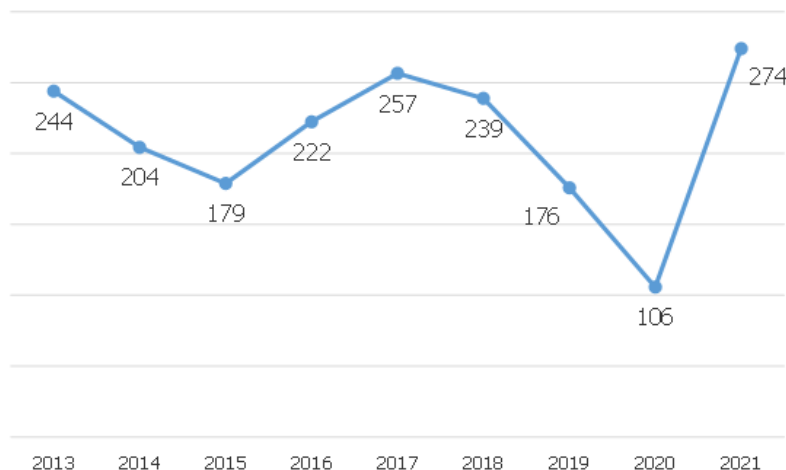
In sintesi, avere accesso alla continuità assistenziale che deriva dall'accesso alle cure di base è fondamentale per garantire una gestione completa, continua e personalizzata della propria salute, contribuendo alla prevenzione, diagnosi e cura delle condizioni mediche.

1. IL PROBLEMA

1.1. Accesso limitato alle cure e legislazione in merito.

Secondo il rapporto³ del 2022 sull'economia dell'immigrazione, in Italia sono presenti 5,2 milioni di stranieri residenti; tuttavia, se includessimo anche gli "italiani di origine straniera" e gli immigrati irregolari, si stima che supereremmo i 6 milioni. L'età media è di circa 10 anni inferiore a quella degli italiani: 35,1 anni. Inoltre, nel 2021 sono stati rilasciati 274 mila Permessi di Soggiorno. Gli occupati stranieri sono pari a 2,26 milioni, con un tasso di occupazione pari a 57,8%, pressappoco sovrapponibile a quello italiano. Essi contribuiscono a circa il 9,0% del PIL.

Grafico 1: serie storica Permessi di Soggiorno rilasciati in Italia (primo rilascio, tutti i motivi). Dati in migliaia ⁴



La Fondazione ISMU⁵ stima che in Italia circa 520mila persone si trovano in Italia in maniera irregolare. Sono persone senza dimora o che vivono in case occupate, lavoratori provenienti dall'Unione Europea, ma con permesso di soggiorno scaduto, bambini figli di immigrati irregolari. Una situazione già

³ Fondazione Leone Moressa. *Rapporto annuale 2022 sull'economia dell'Immigrazione*.

⁴ Dati Eurostat 2023:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/migr_resfirst/default/table?lang=en ultima consultazione 25/09/2023

⁵ Fondazione ISMU, *Stime stranieri irregolari ISMU 1991-2021*.

critica, aggravata da procedure burocratiche che mettono al centro la residenza.

Tra le persone che in Italia non hanno diritto ad essere iscritte al Sistema Sanitario Nazionale figurano gli stranieri non appartenenti all'Unione Europea senza permesso di soggiorno.

Gli "Stranieri Temporaneamente Presenti" (STP) sono quelle persone che, non essendo in regola con il permesso di soggiorno, non sono di norma iscrivibili. Per loro la legge prevede:

"Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva e salvaguardia della salute individuale e collettiva."⁶

In particolare quindi sono garantiti: la tutela sociale della gravidanza e della maternità, la tutela della salute del minore, le vaccinazioni secondo normativa, gli interventi di profilassi internazionale, la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive e la cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza.

Il rilascio del tesserino con codice regionale individuale STP può essere rilasciato dalle ASL, dalle Aziende Ospedaliere, dai Policlinici Universitari e dagli IRCCS. Questo viene rilasciato a seguito di una dichiarazione dei propri dati anagrafici e di una dichiarazione di indigenza.

I cittadini dell'Unione Europea (UE) non residenti sul territorio nazionale che non hanno i requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSN e non sono assistiti dagli Stati di provenienza, sono tenuti a pagare la prestazione che viene loro erogata. Se questo non è possibile si dovrà certificare l'assenza dei requisiti assistenziali e autodichiarare la propria condizione di indigenza. In tal caso viene rilasciato un tesserino per Europeo Non Iscritto (ENI) attraverso il quale saranno garantite le stesse prestazioni sopraelencate nel caso della tessera STP.

⁶ Testo Unico sull'Immigrazione, Titolo V – Disposizioni in materia sanitaria, nonché di istruzione, alloggio, partecipazione alla vita pubblica e integrazione sociale. Capo I – Disposizioni in materia sanitaria, art. 35, comma 3, pag. 1. Aggiornamento al 17/08/2023.

Per ottenere il tesserino ENI sono necessari una serie di requisiti, tra cui l'esibizione di documento d'identità e dichiarazione di domicilio nel territorio regionale da più di tre mesi.

I cittadini Extra-UE in possesso di regolare permesso di soggiorno di durata superiore a tre mesi e che non rientrano tra coloro che sono di diritto iscritti al SSN, sono tenuti ad assicurarsi mediante stipula di una polizza assicurativa o devono chiedere l'iscrizione volontaria. I motivi di soggiorno che consentono l'iscrizione volontaria sono: soggiornanti per motivi di studio, collocati alla pari, residenza elettiva⁷, personale religioso, stranieri che partecipano a programmi di volontariato, familiari ultrasessantacinquenni con ingresso in Italia per ricongiungimento familiare.

1.2. Le persone con un accesso limitato alle cure: problematiche sociali.

In seguito ai colloqui avuti con i pazienti dei due ambulatori di Caritas ed Emergency emergono varie problematiche sociali, raggruppabili in diverse categorie: attività lavorativa, documenti d'identità/Permesso di Soggiorno, alloggio. Queste problematiche sociali possono diventare causa di grandi differenze nel diritto alla salute.

Per quanto riguarda l'attività lavorativa, la maggior parte delle persone intervistate si trovano in una condizione di disoccupazione (spesso dovuta a inabilità a lavorare a causa di problemi di salute) o di occupazione irregolare. I problemi legati ai documenti d'identità/permesso di soggiorno risultano molto evidenti dai colloqui. Molti degli intervistati non sono in possesso di un qualsiasi tipo di documento, né di un permesso di soggiorno; questi diventano stranieri irregolari. Il problema dell'assenza di documenti è determinante, perché per ottenere il codice fiscale e quindi la tessera sanitaria, è necessario esibire il passaporto valido o un altro documento riconosciuto dalle autorità

⁷ Si parla di Residenza Elettiva quella che viene concessa allo straniero che intende stabilirsi nel nostro Paese e che dimostra di possedere sufficienti risorse per mantenersi autonomamente

italiane, l'attestazione di identità rilasciata dalla rappresentanza diplomatica o consolare in Italia del Paese di appartenenza, il permesso di soggiorno valido oppure la carta d'identità.

Infine, più della metà dei pazienti riferisce di vivere in strada o in condizioni abitative inadeguate. Con condizioni abitative inadeguate intendiamo per esempio ospitalità presso terzi/coabitazione temporanea con famiglia o amici, assenza di servizi igienici/riscaldamento o sovraffollamento. Tralasciando i seri problemi di salute che possono derivare dall'abitare in case senza servizi e riscaldamento o dal dormire per strada, questo comporta grandi criticità nell'accedere a tutte le cure offerte dal SSN, dato che è necessario esibire certificato di residenza per avere diritto al Medico di Medicina Generale.

1.3. Le persone che hanno un accesso limitato alle cure e l'accessibilità al SSN.

Già analizzando i casi citati nei capitoli precedenti si notano delle criticità.

Per quanto riguarda la tessera STP, inizialmente può sembrare uno strumento valido, ma appare subito incompleto: le cure che non rientrano nei casi citati non sono accessibili a chi ottiene questo strumento. Ad esempio, se un detentore di tessera STP dovesse sottoporsi ad esami di imaging o screening non urgenti, questi possono essere rimandati nel caso non presenti sintomi gravi o rischi immediati al momento della visita.

Le terapie fisiche non urgenti possono essere posticipate a meno che il paziente non presenti una condizione acuta che richieda trattamento immediato. Se chi ha la tessera STP dovesse avere bisogno di riabilitazione dopo un incidente, generalmente non potrà accedervi.

Anche i controlli dentali di routine sono rimandabili; in questo caso l'unico momento in cui chi ha la tessera STP può avere cure dentali è nell'urgenza, quindi in caso di dolori acuti, denti rotti e altri casi simili. Nel momento in cui si decide che il paziente può accedervi, viene inserito nelle liste del SSN e deve attendere.

Un altro esempio: non sempre è semplice per un medico volontario che visita una paziente non iscritta al SSN poter programmare un parto cesareo, perché tutto ciò che è programmabile in linea teorica non è urgente.

Le cure non essenziali e non urgenti possono variare a seconda della situazione, ma generalmente si riferiscono a trattamenti medici o interventi chirurgici che possono essere rimandati senza causare danni significativi alla salute del paziente. È molto importante specificare che le definizioni di essenziale e urgente possono variare a seconda delle circostanze individuali e delle raccomandazioni dei professionisti sanitari.

Per quanto riguarda il rilascio del tesserino ENI, le criticità sono evidenti: il cittadino europeo deve esibire un documento d'identità e la dichiarazione di domicilio. Non è raro che alcuni cittadini immigrati in Italia da altri stati UE arrivino senza documenti, ed è ancora più comune che questi cittadini non siano in grado di esibire una dichiarazione di domicilio, in quanto alcuni vivono per strada o da amici/conoscenti che non sono disposti a confermare legalmente la presenza di queste persone nella loro abitazione.

Ancora più evidenti sono le difficoltà di chi rientra nella terza casistica: i cittadini Extra-UE in possesso di regolare permesso di soggiorno di durata superiore a tre mesi e che non rientrano tra coloro che sono di diritto iscritti al SSN. In questo caso sono obbligati a stipulare un'assicurazione privata per accedere alle cure, a meno che non rientrino nelle categorie previste dal decreto per l'iscrizione volontaria.

1.4. Le associazioni che si occupano di chi ha un accesso problematico alle cure

Caritas

“La Caritas Italiana è l’organismo pastorale costituito dalla Conferenza Episcopale Italiana al fine di promuovere, anche in collaborazione con altri organismi, la testimonianza della carità della comunità ecclesiale italiana, in forme consone ai tempi e ai bisogni, in vista dello sviluppo integrale dell’uomo, della giustizia sociale e della pace, con particolare attenzione agli ultimi e con prevalente funzione pedagogica.”⁸

Ha quindi il compito di promuovere l’amore concreto per il prossimo. Nasce nel 1971 e collega tra loro 220 Caritas diocesane.

L’associazione ha un ambulatorio di prossimità a Mestre (“Salute senza confini”), nato per garantire il diritto alla salute delle fasce più deboli della società. Offre un servizio gratuito di assistenza medica specialistica e, nei casi che lo richiedono, la presa in carico del paziente comporta anche l’accompagnamento e la presentazione del paziente allo specialista ospedaliero.

L’ambulatorio offre molte prestazioni di tipo diverso: cardiologiche, ecografie, nefrologiche, psichiatriche, pediatriche...

Emergency

Emergency è un’organizzazione non governativa senza scopo di lucro di utilità sociale che dal 1994 si occupa di garantire il diritto alla salute alla popolazione in Italia e negli altri 7 Paesi in cui opera in questo momento. Dalla sua nascita ha curato oltre 12 milioni di persone vittime della guerra, delle mine antiuomo e della povertà in 20 Paesi.

L’associazione offre un’assistenza totalmente gratuita, garantita a chiunque e senza discriminazioni. Inoltre, si occupa anche di formare il personale locale fino al raggiungimento della completa autonomia operativa.

⁸ Caritas Italiana, Statuto, art. 1, pag. 1

Gli obiettivi di Emergency sono: offrire cure gratuite e di qualità, offrire una medicina basata sui diritti, diffondere una cultura di pace e abolire la guerra.⁹ Negli ultimi anni Emergency ha riscontrato dei problemi nell'accedere ai servizi sanitari in Italia, sia per le persone senza permesso di soggiorno, sia per i cittadini italiani e stranieri con permesso di soggiorno.

La struttura di Marghera fornisce assistenza sanitaria di base e specialistica in maniera totalmente gratuita, con l'obiettivo di informare il paziente in modo chiaro grazie ai mediatori culturali.

“Gli obiettivi specifici del progetto sono:

- garantire continuità assistenziale di base a tutti coloro che hanno difficoltà di accesso al SSN per ragioni legislative, amministrative, linguistico – culturali;
- favorire l'accesso al SSN agli stranieri non regolarmente soggiornanti;
- educazione alla salute, prevenzione e promozione sanitaria;
- favorire l'integrazione dei pazienti nel sistema sanitario attraverso il servizio di orientamento ed il lavoro di rete con le istituzioni e le altre associazioni presenti sul territorio.”¹⁰

⁹ Sito di Emergency, sezione “Chi siamo” <https://www.emergency.it/chi-siamo/> ultima consultazione: 11/09/2023

¹⁰ Carta dei Servizi Poliambulatorio di Marghera, Programma Italia, gennaio 2022, pag. 2.

2. GLI OBIETTIVI

Gli scopi di questo studio sono:

- Misurare lo stato di salute percepito dai soggetti partecipanti allo studio.
- Valutare l'accesso ai servizi sanitari: viene condotta un'analisi dettagliata per comprendere le principali barriere che le persone con un accesso problematico alle cure devono affrontare quando si manifesta un problema di salute.
- Analizzare le disparità nella salute: si valuta se vi siano differenze significative nello stato di salute percepito tra le persone con accesso problematico alle cure e quelle che hanno un accesso più agevole.
- Raccogliere dati qualitativi: vengono raccolti dati attraverso le interviste per ottenere una comprensione più approfondita delle esperienze e delle percezioni delle persone coinvolte.
- Analizzare i costi: valutare l'impatto economico che l'accesso problematico alle cure ha sulle spese sanitarie.

3. MATERIALI E METODI

3.1. Disegno di ricerca

È stato effettuato uno Studio Osservazionale/Descrittivo per un periodo cumulativo di tre settimane, comprese tra il 31/07/2023 e il 03/09/2023 che ha coinvolto gli utenti afferenti a due diversi ambulatori:

- Ambulatorio di prossimità Caritas Veneziana
- Poliambulatorio di Emergency a Marghera

3.2. Campione e criteri di inclusione ed esclusione

Il campione è composto da 36 persone.

Criteri di inclusione del gruppo caso:

- Pazienti afferenti agli ambulatori di Caritas ed Emergency che non potevano ottenere, al momento dello studio, l'accesso alle cure non essenziali e non urgenti

Il gruppo di controllo è composto da 18 persone con accesso a tutte le cure con le stesse caratteristiche anagrafiche (sesso ed età) del campione principale.

3.3. Limiti dello studio

I limiti dello studio sono apparsi subito evidenti e riguardano le diverse nazionalità del campione analizzato.

Infatti, la barriera linguistica è stata quasi sempre presente durante le interviste condotte negli ambulatori. Non è stato intervistato nessun cittadino italiano negli ambulatori e molti dei partecipanti vivevano in Italia da poco tempo.

Un'altra difficoltà dovuta alla diversa nazionalità dei partecipanti che è importante sottolineare dato l'argomento della tesi, è la diversa percezione del concetto di "salute".

Un altro limite dello studio riguarda il gruppo di controllo: per essere ancora più rilevante nei confronti con il gruppo dei pazienti, anche i partecipanti allo studio che compongono il gruppo di controllo vanno intervistati nel momento in cui si rivolgono a un medico. Infatti, ipoteticamente, si sarebbe potuto creare un gruppo di controllo di persone completamente sane e questo avrebbe reso i confronti inutili. Non è stato possibile intervistare delle persone nel momento in cui si rivolgevano al medico ma nonostante la presenza di questo limite, dall'analisi dei questionari dei partecipanti al gruppo di controllo emerge come anche loro presentino uno o più problemi di salute.

Inoltre a volte è stato complicato riuscire a parlare con dei potenziali partecipanti allo studio, soprattutto con chi non aveva un regolare permesso di soggiorno, in quanto temevano che i dati raccolti avrebbero poi portato alla loro espulsione. È stato grazie all'aiuto dei volontari e delle mediatrici culturali che questo limite è stato superato.

3.4. Metodo e strumento di indagine

Per raccogliere i dati riferiti dagli intervistati sono stati usati due strumenti, spiegati di seguito.

Questionario Short Form Health Survey (SF-36), sviluppato negli anni '80 da ricercatori della RAND Corporation (Research AND Development, istituto statunitense) e successivamente tradotto in varie lingue, tra cui l'italiano. Si tratta di un questionario breve sullo stato di salute del paziente, validato e riproducibile. È composto da 36 domande a risposta multipla che permettono poi di convertire i risultati in otto scale. In Italia il questionario è stato tradotto, validato e adattato¹¹. Gli item sono: attività fisica, limitazioni nel ruolo fisico, dolore fisico, salute generale, vitalità, attività sociali, limitazioni nel ruolo emotivo e salute mentale. Ogni questionario è stato analizzato utilizzando la pagina internet¹² fornita dall'Istituto Mario Negri che fornisce già il calcolo finale dei punteggi. Più alto è il punteggio, più alto è lo stato di salute percepito. (Allegato 2)

Le scale di Salute Generale, Vitalità e Salute Mentale non misurano la salute come assenza di limitazioni o problemi ma presentano una gamma più vasta di definizioni di salute; un punteggio di 50 in queste tre scale rappresenta un'assenza di limitazioni e problemi. Se viene raggiunto un punteggio pari a 100 significa non solo che il paziente riferisce di non avere problemi di salute, ma anche che si sente bene e valuta la salute in maniera favorevole. Le altre scale hanno anch'esse come punteggio massimo 100, ma in questo caso implicano totale assenza di problemi di salute e disabilità.

¹¹ Apolone, G., & Mosconi, P. (1998). The Italian SF36 Health Survey: translation, validation and norming. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1025–1036

¹² <http://lsi.marionegri.it/qdv/questionari/sf36/sf36v1ita.htm>, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, ultima consultazione 10/09/2023

Si riassumono nella Tabella I il significato dei punteggi delle otto scale che si otterranno dalla somministrazione del questionario.

Per rendere più fluida e comprensibile l'interpretazione dei dati si è scelto di suddividere la scala di valutazione di ogni item in base al punteggio ottenuto: da 0 a 25 stato di salute percepita molto scarsa, da 26 a 50 stato di salute percepita scarsa, da 51 a 75 stato di salute percepita sufficiente, da 76 a 100 stato di salute percepita buona.

Una serie di domande somministrate insieme al questionario indagavano la situazione sociale dei pazienti, la presenza di documenti, la conoscenza delle strutture d'aiuto del territorio, il numero di accessi al Pronto Soccorso, l'eventuale necessità di rivolgersi al medico e se hanno potuto acquistare/svolgere quanto è stato prescritto.

Prima di sottoporre i questionari ai pazienti sono state raccolte alcune informazioni sociodemografiche quali: genere, età, stato civile, livello di istruzione.

4. RISULTATI E DISCUSSIONE DEI DATI EMERSI

4.1. Dati Anagrafici

In totale i questionari compilati sono stati trentasei.

Dall'analisi dei dati anagrafici del gruppo caso emerge quanto riportato nella Tabella II.

Dall'analisi dei dati anagrafici del gruppo controllo emergente quanto riportato nella Tabella III.

I pazienti intervistati provenivano da diversi stati con le seguenti percentuali: Bangladesh 22%, Marocco 22%, Nigeria 11%, Egitto 11%, Bosnia-Erzegovina 6%, Moldavia 6%, Albania 6%, Cina 6%, Perù 6% e Tunisia 6%.

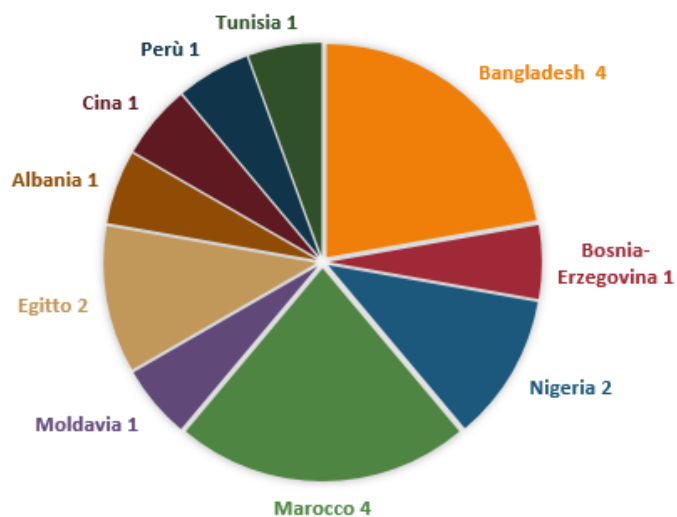


Grafico 2: nazionalità delle persone del gruppo caso

4.2. Risultati generali del questionario

Analizzando i questionari si nota come la media di ogni item dei questionari SF-36 dei pazienti sia bassa, inferiore al 60. Le medie dei questionari per il gruppo di controllo invece è considerevolmente più alta.

Ad esempio, calcolando la media generale che ottiene ogni persona del gruppo caso sul totale degli item, vediamo come il punteggio più alto sia 50,5, mentre quello più basso 14,5. Come si evince da questo grafico, il 95% dei partecipanti del gruppo caso ottiene un punteggio generale inferiore al 50, definendo quindi la percezione della sua salute come scarsa o molto scarsa.

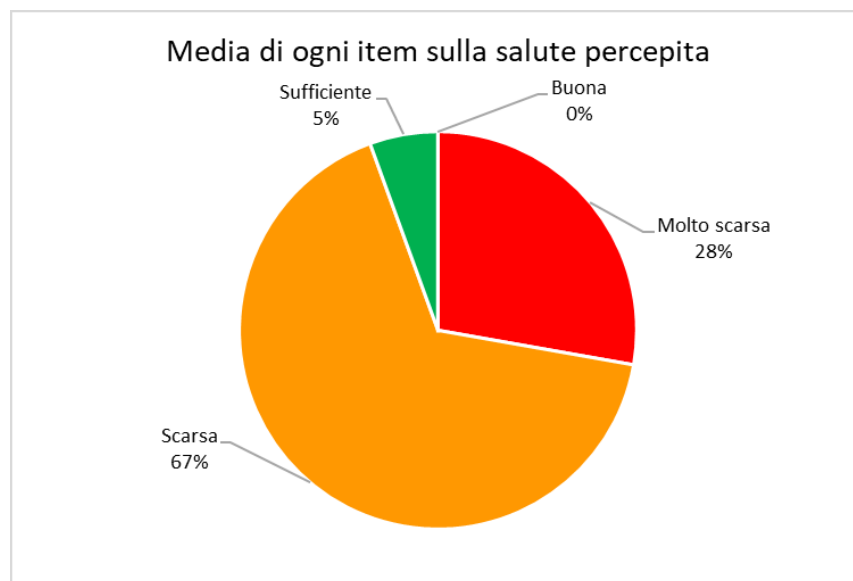


Grafico 3: percezione della salute della totalità dei pazienti del gruppo caso ottenuta analizzando la media finale di ogni questionario.

Gli item che costituiscono il questionario SF-36 possono facilmente essere suddivisi in due macro argomenti (salute fisica e salute mentale), tranne due che analizzeremo in questo sotto capitolo.

Le scale Vitalità e Salute generale hanno importanti correlazioni con entrambe le aree. Come già detto, gli autori del questionario affermano che un punteggio di 50 in queste due scale rappresenta un'assenza di limitazioni e problemi.

Per quanto riguarda la scala della Vitalità, il punteggio medio dei pazienti intervistati si assesta su 32,7 su 100, mentre quello del gruppo di controllo su 65,5. Questa scala raccoglie i punteggi di domande che si riferiscono allo stato d'animo del paziente nelle ultime quattro settimane, senza fare riferimento alla salute fisica o mentale.

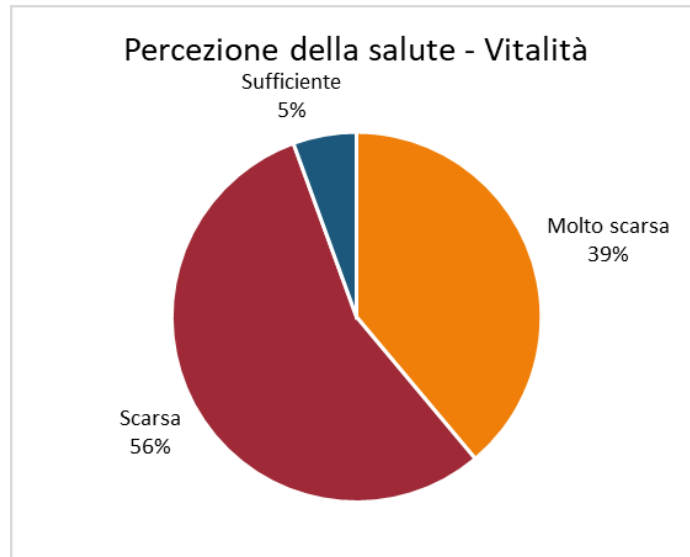


Grafico 4: analisi della scala Vitalità

Analizzando i punteggi della scala della Salute generale dei pazienti del gruppo caso si nota subito come non solo nessuno raggiunga il punteggio di 100, ma come il numero più alto ottenuto sia 70, con una media di 25,6. Il gruppo di controllo ottiene punteggi nettamente più alti, con una media di 67,7. Questa scala racchiude domande sulla percezione della salute in generale dei pazienti, sulla percezione che si ha della propria salute in confronto a quella degli altri e le proprie prospettive future sulla propria salute. In questo caso il 95% dei pazienti risulta avere una percezione della salute generale scarsa o molto scarsa e, secondo gli autori del questionario, predisposta al peggioramento.

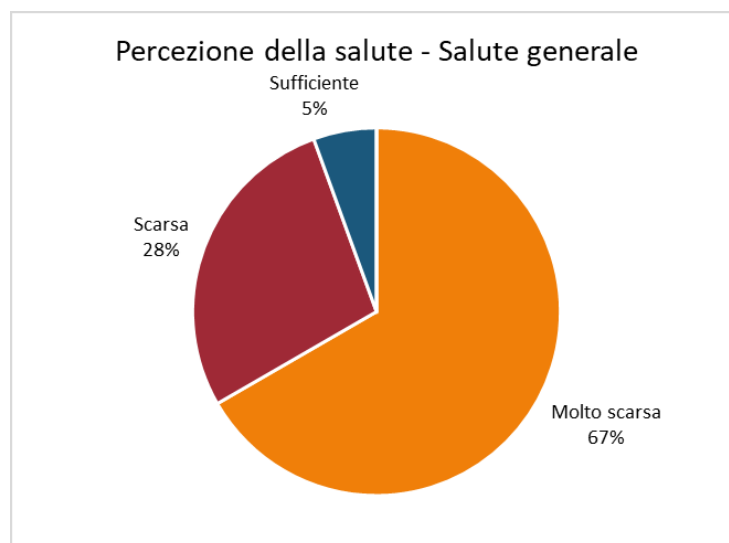


Grafico 5: analisi della scala Salute Generale

4.2.1. Stato di salute fisica percepita

In particolare, per quanto riguarda la percezione della salute fisica abbiamo a disposizione tre delle otto scale: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica e dolore fisico.

La scala di Attività fisica ci permette di capire se il paziente è in grado di svolgere qualsiasi tipo di attività fisica senza alcuna limitazione dovuta alla salute. I pazienti intervistati hanno ottenuto in media un punteggio di 56,9 su 100. Da questi dati si realizza come per il 39% dei pazienti intervistati la propria salute sia un ostacolo nell'esercizio di normali attività fisiche, come praticare sport ma anche portare borse della spesa, salire un piano di scale o camminare per qualche centinaia di metri.

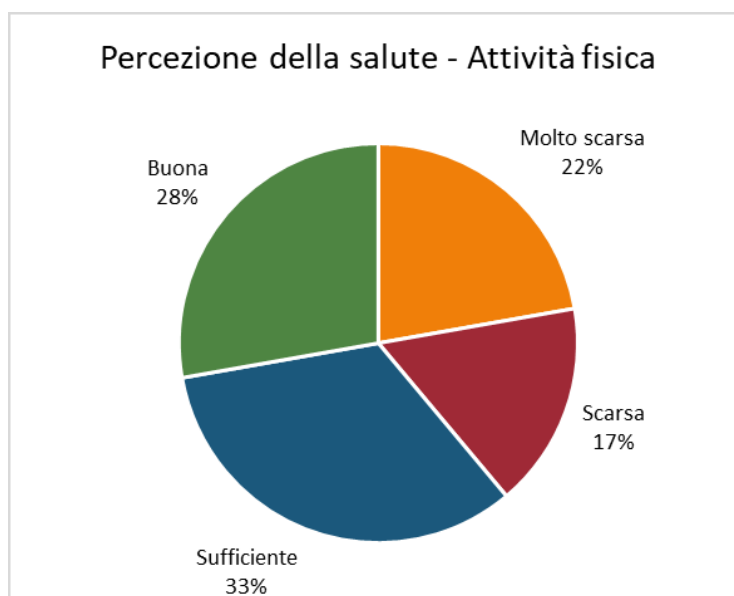


Grafico 6: analisi della scala Attività Fisica

Ottenendo il massimo di punti nella scala Limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica il paziente riferisce di non aver alcun problema dovuto alla salute fisica nel svolgere il suo lavoro o i suoi doveri. In questo caso la media delle risposte dei pazienti si assesta su 20,8, mentre quella del gruppo di controllo su 84,7. Vuol dire che l'89% dei pazienti riferisce che a causa della sua salute fisica ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o il tempo che gli dedicava, ha reso meno di quanto avrebbero voluto o ha avuto difficoltà nel lavorare.

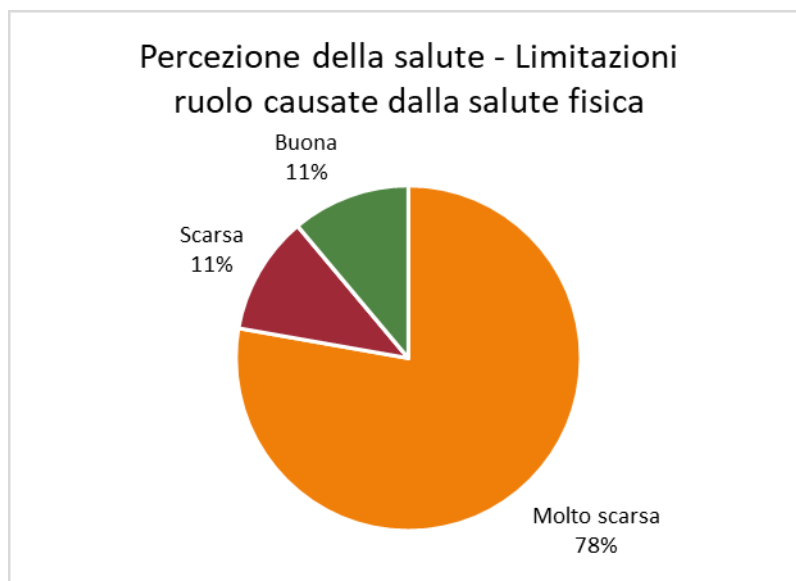


Grafico 7: analisi della scala Limitazioni di Ruolo causate dalla salute fisica

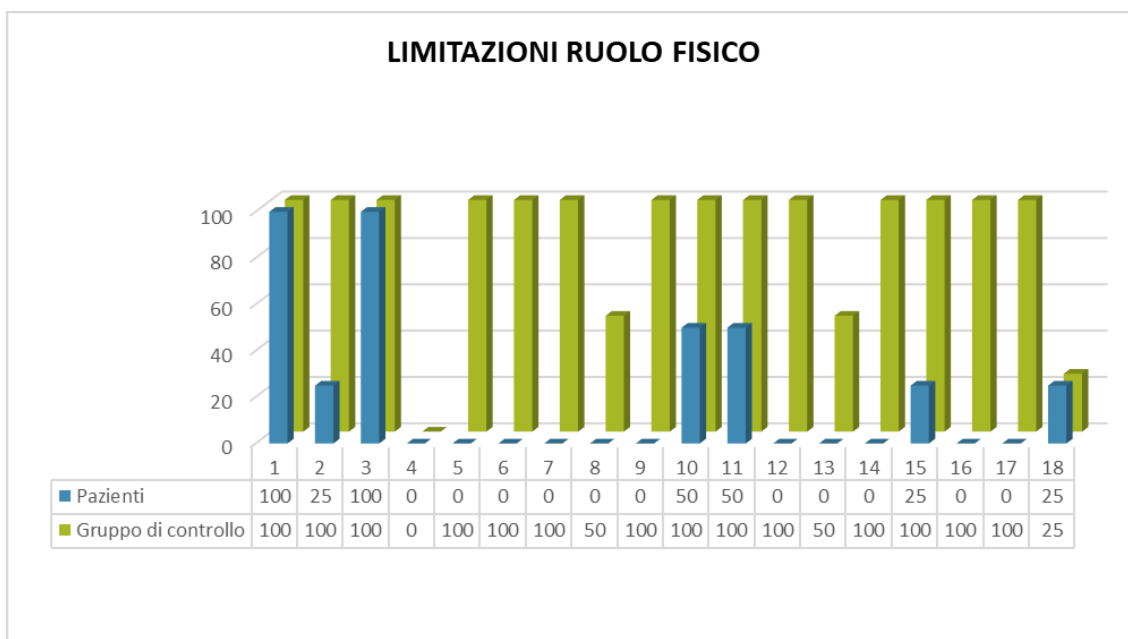


Grafico 8: punteggi ottenuti da ciascuna persona nella scala Limitazioni Ruolo Fisico. In blu le colonne del gruppo caso, in verde quelle del gruppo controllo.

Infine analizziamo la scala del Dolore fisico: un punteggio alto indicherebbe che il paziente non prova alcun tipo di dolore e quindi non sperimenta limitazioni dovute ad esso. La media delle risposte date dai pazienti è di 37,3, mentre quella del gruppo di controllo è di 82,4.

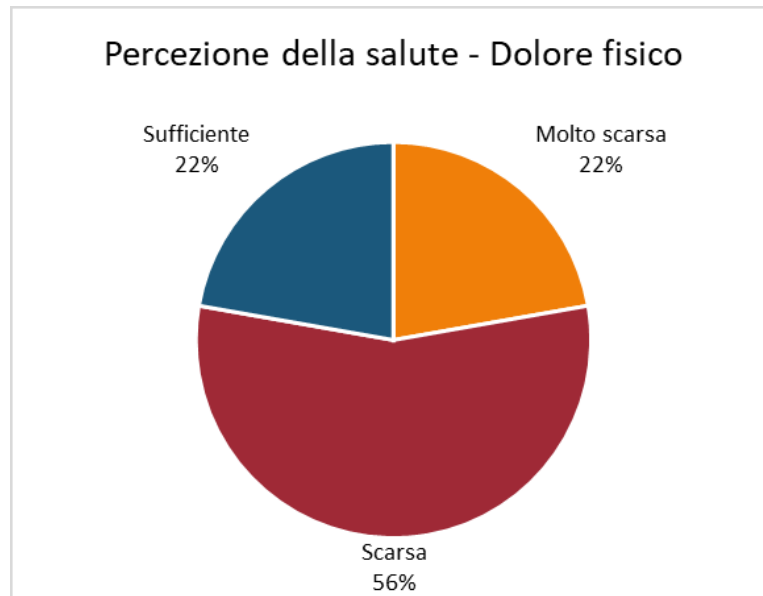


Grafico 9: analisi della scala Dolore Fisico

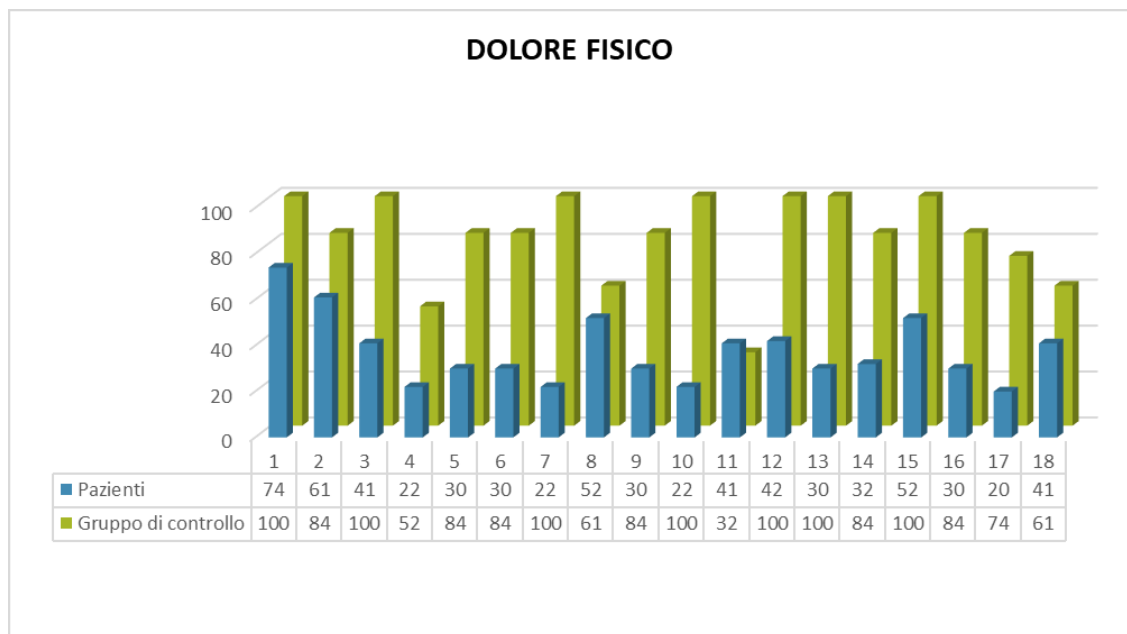


Grafico 10: punteggi ottenuti da ciascuna persona nella scala Dolore Fisico. In blu le colonne del gruppo caso, in verde quelle del gruppo controllo.

4.2.2. Stato di salute mentale percepita

Per valutare lo stato di salute rimangono le altre scale del questionario: Salute mentale, Limitazioni di ruolo dovute a problemi emotivi e Attività sociali.

Per quanto riguarda la Salute mentale, la media del punteggio ottenuto dai pazienti è di 34,2, quella del gruppo di controllo di 76,6. Il punteggio minimo implica il provare sentimenti di nervosismo e depressione per tutto il tempo.



Grafico 11: analisi della scala Salute Mentale

La media del punteggio per la scala di Limitazioni di ruolo dovute a problemi emotivi è 9,2, quella del gruppo di controllo di 81,3. È importante notare che gli item che compongono questa scala sono tre e che cinque pazienti hanno risposto in maniera positiva a uno dei tre; tutti gli altri a nessuno ed è anche per questo che la media è molto più bassa rispetto agli altri indici. Infatti a una delle tre domande (*“Nelle ultime 4 settimane, ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività, a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?”*), il 94,4% dei pazienti ha risposto “Sì”. Alla domanda *“Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto, a causa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?”* il 100% dei pazienti ha risposto “Sì”. Possiamo vedere dal grafico come il 100% dei pazienti riferisca che la sua percezione della salute riguardo questo item è scarsa o molto scarsa.



Grafico 12: analisi della scala Limitazioni di Ruolo dovute alla Salute Mentale.

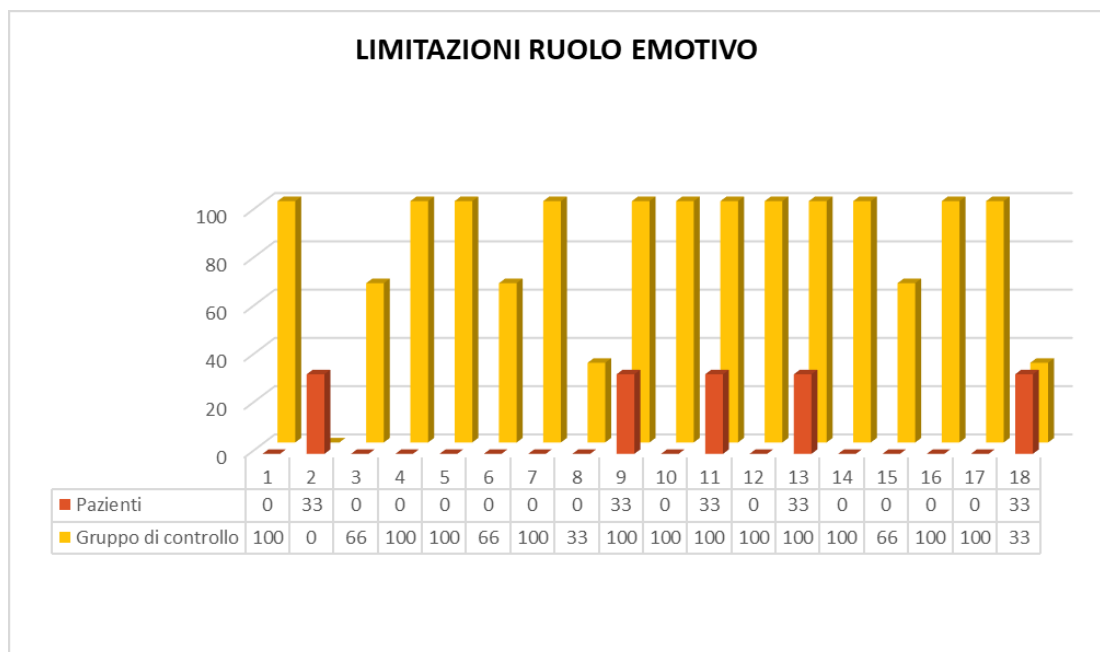


Grafico 13: punteggi ottenuti da ciascuna persona nella scala Limitazioni Ruolo Mentale. In rosso le colonne del gruppo caso, in giallo quelle del gruppo controllo.

La scala che riguarda le Attività sociali ci aiuta a capire se l'intervistato esercita le normali attività sociali senza interferenze dovute a problemi fisici o emotivi. La media dei punteggi ottenuti dai pazienti è di 36,7 (quindi il 100% dei pazienti si attestano su punteggi che definiscono la loro percezione della salute come scarsa o molto scarsa), mentre quello del gruppo di controllo è di 85,2.

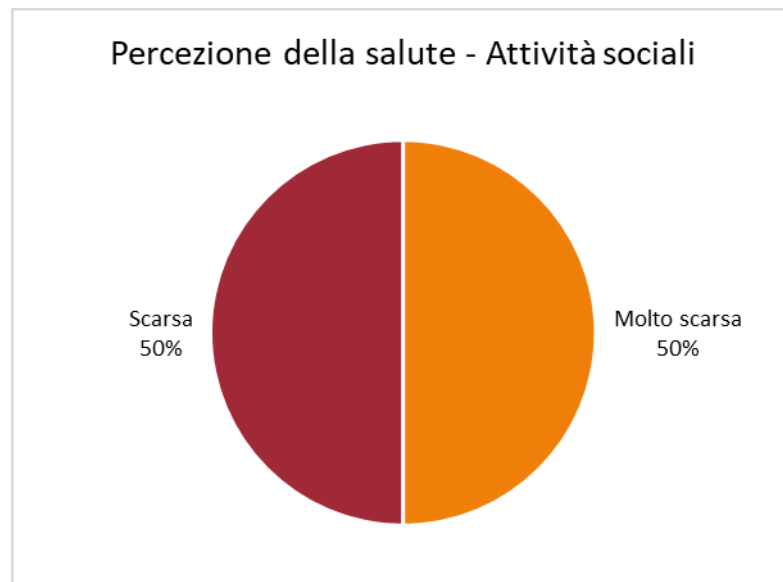


Grafico 14: analisi della scala Attività Sociali

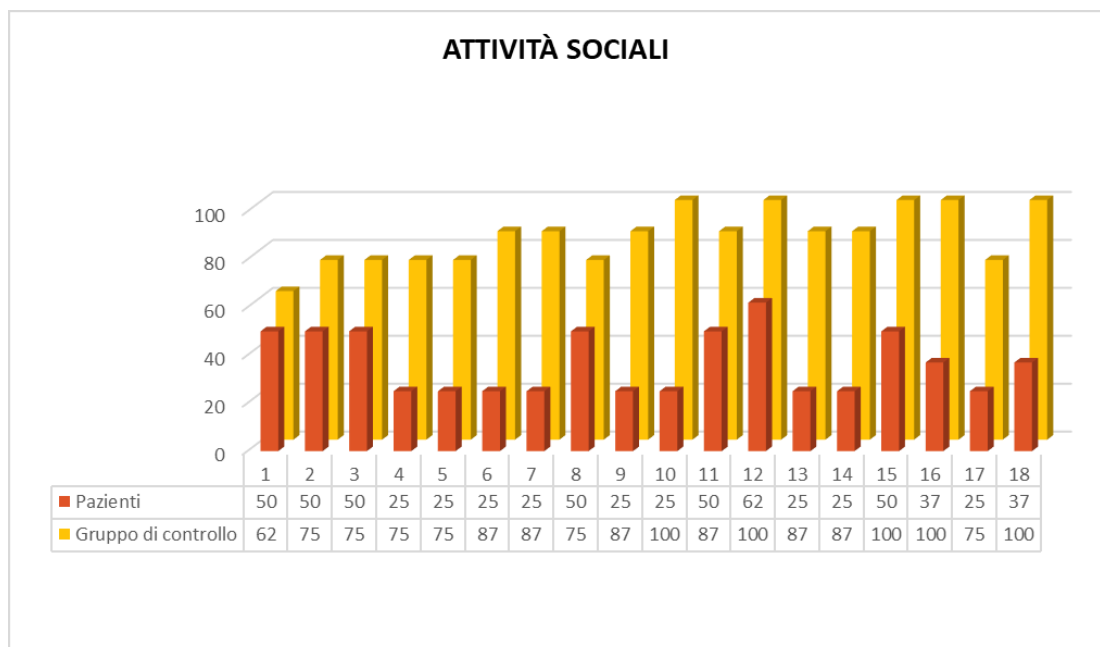


Grafico 15: punteggi ottenuti da ciascuna persona nella scala Attività Sociali. In rosso le colonne del gruppo caso, in giallo quelle del gruppo controllo.

4.3. Informazioni sanitarie

Con questo sotto capitolo si vogliono riassumere le risposte date dagli intervistati alle domande dell'Allegato 1.

Analizzando le risposte, emergono una serie di dati importanti.

Infatti, su 18 persone intervistate il 61% riferisce almeno un accesso al Pronto Soccorso. Due delle persone che si sono rivolte al Pronto Soccorso sono state ricoverate (due volte a testa), mentre a tutte le altre è stato assegnato un codice verde/bianco.

In totale, escludendo gli accessi che sono poi risultati in ricoveri, il numero totale di volte in cui queste 11 persone si sono recate in Pronto Soccorso sono state 32, ricevendo codici bianchi e verdi. Incrociando i dati con l'elaborazione dei questionari si nota che i pazienti che presentano i punteggi più bassi accedono più volte al Pronto Soccorso.

Alcuni esempi di motivi per cui queste persone vi si sono rivolte: raffreddore, macchie anormali sulla pelle, tagli superficiali sporchi, febbre durante un episodio di influenza stagionale, masse anormali, unghie incarnite, mal di gola. Esistono poi altri motivi per cui si sono rivolti al Pronto Soccorso: alcuni ad esempio avevano dolori dovuti cadute vecchie di mesi per cui non avevano inizialmente cercato aiuto e, una volta che l'avevano fatto, era stato consigliato loro di svolgere degli esami di imaging che non potevano permettersi. Si sono rivolti al Pronto Soccorso con la speranza che lì potessero svolgerli a titolo gratuito.

Una donna si è recata in Pronto Soccorso in seguito a un ricovero per pancreatite acuta perché non poteva pagare il costo della RM di controllo prescritta alla dimissione: non rientrava nelle cure previste dalla tessera STP perché effettivamente non è un esame urgente, per quanto un medico possa ritenerla essenziale.

Secondo uno studio¹³, circa il 20% dei pazienti intervistati si rivolge al Pronto Soccorso per ricevere cure non urgenti o essenziali: per la popolazione in

¹³ Bianco, A., Pileggi, C., & Angelillo, I. F. (2003). Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*, 117(4), 250–255. [https://doi.org/10.1016/S0033-3506\(03\)00069-6](https://doi.org/10.1016/S0033-3506(03)00069-6)

generale questo eccesso di ingressi in codici non urgenti può essere considerato un eccesso di prudenza, ansia, o può avere altri mille motivi. Per chi non ha diritto a essere registrato al SSN quasi sempre l'accesso a questo servizio rappresenta l'ultima spiaggia.

Un documento¹⁴ del Ministero della Salute stima il costo medio di un intervento in Pronto Soccorso in 241€, con una spesa di 353€ se valutiamo invece il costo massimo. Il costo minimo invece è stimato in 153€.

Tenendo conto quindi di quanto riferito dai pazienti intervistati, e cioè che undici persone si sono recate in Pronto Soccorso per un totale di 32 accessi (tutti valutati poi come codici verdi e bianchi), e considerando solo il costo minimo (e non medio) di un ingresso, il SSN ha speso almeno 4.800€.

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN)¹⁵ indica un compenso forfetario annuo per ciascun assistito in carico, e quindi il costo annuale di un medico di base per paziente, di 41€.

Prendiamo come esempio il paziente che ha riferito il maggior numero di accessi al Pronto Soccorso (15 da quando si trova in Italia) e supponiamo per assurdo che abbia fatto ricorso a questo servizio solo una volta all'anno per 15 anni: se si fosse rivolto al Medico di Medicina Generale una volta all'anno, la spesa sarebbe stata di circa 620€ su 15 anni, cifra considerevolmente minore rispetto a quella stimata (in difetto, visto che consideriamo il costo minimo) per ogni visita che avrebbe fatto al Pronto Soccorso, pari a circa 2.300€.

Passando a una delle domande successive, metà dei pazienti intervistati non ha potuto svolgere o comprare ciò che gli era stato prescritto in Pronto Soccorso o, a volte, dai medici di Emergency e CARITAS. Ad esempio, una delle persone citate sopra, dopo essere stata ricoverata una seconda volta con diagnosi di infarto miocardico acuto insorto a seguito di un'aritmia diagnosticata nel primo ricovero, al momento della dimissione non ha potuto prenotare le visite di controllo perché non ha i soldi per pagarle. Sicuramente

¹⁴ Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. *Pronto Soccorso e sistema 118. Proposta metodologica per la valutazione dei costi dell'emergenza*. Pag. 16.

¹⁵ Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati. *Accordo collettivo nazione per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni. Triennio 2016-2018*. Pag. 82.

un modo per svolgerle comunque e a titolo gratuito ci sarebbe, ma un'altra cosa che spesso manca a queste persone è una corretta informazione.

4.4. Casi particolari

I sotto capitoli precedenti ci danno un'idea generale della situazione, soprattutto grazie ai numeri. È importante tuttavia, tenere presente che queste individui non rappresentano semplicemente cifre, ma incarnano esperienze di vita.

La prima persona con cui ho parlato, il primo giorno a Emergency, è un uomo che ha ricevuto la diagnosi di Diabete di tipo II con uso di insulina dopo essere stato portato in ospedale in stato di chetoacidosi diabetica. Emergency gli fornisce l'insulina e le strisce per il glucometro, perché è disoccupato e non può pagare. Non ha documenti, dorme per strada e non riesce a mangiare più di una/due volte al giorno perché non sempre riesce ad arrivare a mense distanti tra loro. Prima di conoscere Emergency ha dovuto sospendere le somministrazioni di insulina per quattro giorni perché non aveva abbastanza soldi per comprarla. Certo, questa persona non presenta problemi di salute urgenti, ma quanto può influire sulla salute di un diabetico non poter mangiare con regolarità? Quanto influisce sulla salute di un diabetico vivere per strada, esposto a pericoli e ferite accidentali che, come sappiamo, guariscono in modo diverso in una persona affetta da Diabete?

Oppure, l'unica persona oltre i 60 anni con cui ho parlato: ha avuto un infarto miocardico acuto e da quel giorno ha problemi nella deambulazione e non può più lavorare. È senza alcun tipo di documenti, apolide e aspetta notizie dal suo avvocato da settimane. Dorme nella Casa di Accoglienza di Caritas a Marghera. Caritas gli fornisce a titolo gratuito i farmaci che gli sono stati prescritti alla dimissione, ma non gli antinfiammatori e antidolorifici che gli servirebbero per riuscire a camminare senza soffrire. Inoltre, non può permettersi di comprare la preparazione per la colonscopia, screening a cui dovrebbe partecipare da almeno dieci anni.

Un altro caso, a parte dato che non rientra tra le persone intervistate, è quello di F., paziente di Emergency da molto tempo; prima di cercare aiuto e cure nei loro ambulatori, è stato ricoverato per diverse settimane in Terapia Intensiva in un'altra città a causa di una sepsi. Uno degli esiti di quel ricovero è stata un'ulcera da pressione sul tallone al quarto stadio che Emergency cura ormai da molto tempo. F. infatti si reca in ambulatorio più volte a settimana per il trattamento della ferita, trattamento di tipo conservativo. Per questa particolare ulcera sia un medico di Emergency, sia l'infermiera che segue il paziente hanno valutato che fosse necessario un intervento chirurgico per la ricostruzione dei margini e una pulizia più approfondita. Purtroppo però, questo tipo di intervento non rientra tra quelli essenziali e urgenti e infatti F. non è ancora in lista. C'è anche un aspetto più "sociale" da valutare, per quanto questo influisca molto sulla salute del paziente: infatti non ha un contratto e, lavorando in nero, non ha diritto a dei giorni di ferie dopo ogni visita e quindi deve indossare di nuovo le scarpe antinfortunistiche che peggiorano lo stato della ferita.

I primi due casi sono solo degli esempi presi dalle 18 persone con cui ho parlato. Ciascuno di loro aveva una storia difficile, fatta di separazione dalla famiglia e dalla cultura d'origine, discriminazioni, difficoltà economiche, condizioni di vita precarie e stress psicologico.

4.5. Discussione dei dati emersi

Analizzando i risultati ottenuti dal gruppo caso, possiamo notare come su otto item, sette risultano avere punteggi medi che si assestano sotto al 50, classificando quindi la salute percepita dalle persone che li hanno compilati come scarsa o molto scarsa.

Gli item che hanno dato risultati più critici, quindi con punteggi più bassi, sono: limitazioni di ruolo dovute alla salute mentale, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica e salute generale. Vengono messi a confronto nella tabella i punteggi medi ottenuti dalle persone del gruppo caso e quelli del gruppo controllo per ogni item.

	Gruppo caso	Gruppo controllo
Attività fisica	56,9	93,8
Limitazioni ruolo fisico	20,8	84,7
Dolore fisico	37,3	82,4
Salute generale	25,6	67,7
Vitalità	32,7	65,5
Attività sociali	36,7	85,2
Limitazioni ruolo emotivo	9,1	81,3
Salute mentale	34,2	76,6

Tabella IV: confronto tra le medie di ogni item ottenute dal gruppo caso e dal gruppo controllo.

È facile, guardando la tabella, vedere che le differenze tra il gruppo caso e il gruppo controllo sono importanti. Lo scarto maggiore tra i due gruppi si ha negli item che analizzano le limitazioni di ruolo dovute alla salute mentale, le limitazioni di ruolo causate dalla salute fisica e le attività sociali. Questo significa che il gruppo caso, molto più del gruppo controllo, nelle quattro settimane antecedenti la somministrazione del questionario ha dovuto ridurre il tempo dedicato al lavoro o altre attività, ha reso meno di quanto avrebbe voluto e ha notato un calo di concentrazione sia a causa della salute fisica che a causa della salute mentale.

Inoltre, sempre nelle quattro settimane antecedenti la somministrazione del questionario, la salute fisica o lo stato emotivo del gruppo caso hanno interferito molto con le normali attività sociali con famiglia, amici e gruppi.

Risulta necessario ribadire un concetto espresso in precedenza: solo per quanto riguarda il primo item (attività fisica) il gruppo caso percepisce la propria salute come buona e quindi riferisce di svolgere attività di moderato impegno fisico e di non aver avuto particolari difficoltà nell'eseguire le solite mansioni.

Molti dei pazienti hanno provato dolore nelle 4 settimane precedenti l'intervista e questo dolore li ha ostacolati in maniera considerevole nel lavoro che svolgevano abitualmente. In particolare, il 50,0% dei pazienti intervistati alla domanda "Quanto dolore *fisico* ha provato *nelle ultime 4 settimane?*" riferisce

di aver provato un dolore “Moderato” e il 27,8% un dolore “Forte”. È importante notare comunque che nessuno dei pazienti intervistati ha riferito di aver provato “Nessun dolore” nelle precedenti quattro settimane. Alla domanda “*Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?*”, il 44,4% ha risposto “Molto” e nessuno ha risposto “Per nulla”.

Un altro dato che è importante riportare riguarda l'item della Salute mentale ed è il seguente: il 44,4% dei pazienti alla domanda “Per quanto tempo *nelle ultime 4 settimane* si è sentito felice?” ha risposto “Quasi mai” e il 22,2% “Mai”. I risultati di questa indagine hanno confermato l'esistenza di una significativa correlazione tra un accesso problematico alle cure e uno stato di salute percepito negativamente. Le persone che hanno sperimentato difficoltà nell'ottenere l'assistenza medica necessaria hanno manifestato una maggiore insoddisfazione riguardo al proprio stato di salute. Questo legame tra accesso alle cure e percezione dello stato di salute suggerisce che le barriere all'accesso ai servizi sanitari abbiano un impatto diretto sulla qualità della vita delle persone.

Inoltre, è emerso che le principali sfide nell'accesso alle cure includono problemi finanziari, geografici e di disponibilità di risorse sanitarie. Questi ostacoli sono spesso più pronunciati tra gruppi svantaggiati socialmente ed economicamente, evidenziando la necessità di politiche sanitarie mirate a ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari.

I risultati dello studio condotto, messi poi a confronto con quelli ottenuti dal gruppo di controllo, evidenziano un disagio importante, fatto sia di problematiche fisiche, che di problematiche di salute mentale.

4.6. Il ruolo dell'infermiere

Frequentando entrambi gli ambulatori ho potuto apprezzare il ruolo dell'infermiere e il lavoro che svolgono. Oltre a ciò che svolge normalmente l'infermiere in un ambulatorio medico, le persone che ho avuto la fortuna di conoscere dedicano la loro vita e i loro sforzi alla cura olistica dei pazienti che visitano. Infatti non si occupano solo del problema fisico ma della persona nella

sua completezza, impegnandosi perché possa avere tutte le risorse per vivere con dignità e al meglio delle sue possibilità.

Svolgono anche un grande lavoro di educazione alla salute, istruendo i pazienti sulle questioni legate alla salute, come l'igiene e la prevenzione delle malattie. Offrono inoltre un importante supporto emotivo a chi si rivolge agli ambulatori perché spesso sono persone con un passato difficile alle spalle, che hanno subito traumi o che spesso attraversano un momento difficile. Gli infermieri degli ambulatori che ho frequentato collaborano con medici, dentisti, assistenti sociali, mediatori, traduttori e altri professionisti sanitari e non per garantire una cura completa e integrata.

Un altro elemento importantissimo nella pratica di questi infermieri è la documentazione: tengono registri e cartelle accurate delle prestazioni sanitarie e dell'andamento della salute dei pazienti, garantendo la documentazione necessaria per la continuità delle cure.

In sintesi, il ruolo dell'infermiere in questi ambulatori è quello di fornire un'assistenza sanitaria competente e sensibile alle esigenze di una popolazione diversificata dal punto di vista culturale e migratorio. La loro attività contribuisce a garantire che i loro pazienti ricevano cure adeguate e a facilitare l'integrazione nei sistemi sanitari locali.

CONCLUSIONI

In conclusione, la ricerca ha affrontato un tema di grande rilevanza nell'ambito della sanità pubblica: l'accesso problematico alle cure e il suo impatto sullo stato di salute percepito dalle persone. Attraverso un'analisi approfondita dei dati raccolti e delle informazioni ottenute dalle interviste, è emerso un quadro complesso e articolato che merita ulteriori riflessioni.

Senza un'iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale, o senza un'adeguata copertura assicurativa si possono avere ritardi nella diagnosi e nel trattamento di malattie, con conseguenze negative per la salute. Si possono quindi dover affrontare costi elevati per le visite mediche, farmaci e trattamenti che comportano costi che possono essere o diventare insostenibili, portando chi inizialmente poteva permetterseli a gravi difficoltà finanziarie. Senza accesso a regolari visite mediche preventive e di screening è probabile che non vengano individuati tempestivamente problemi di salute anche potenzialmente gravi: può succedere quindi che questi problemi vengano diagnosticati quando ormai avanzati e difficili da trattare, gravando non solo sulla salute fisica e mentale del paziente, ma anche sui costi della sanità pubblica.

La salute mentale inoltre è spesso trascurata in assenza di accesso ai servizi psicologici e psichiatrici. Le persone potrebbero non ricevere il supporto di cui hanno bisogno per affrontare problemi di salute mentale.

La mancanza di accesso ai servizi sanitari può anche aumentare il rischio di malattie infettive dato che, come ho potuto appurare durante le interviste, non sempre queste persone sanno che il diritto ad accedere a diagnosi e cura delle malattie infettive è garantito per legge e quindi potrebbero evitare la ricerca autonoma di cure per paura dei costi o di essere denunciati alle autorità in quanto stranieri irregolari.

Infine, la mancanza di accesso ai servizi sanitari può avere un impatto negativo sulle prospettive economiche e sociali delle persone, poiché la salute è strettamente legata al benessere complessivo.

Una cosa che potrebbe offrire loro il nostro Paese è la certezza di potersi curare quando se ne abbia la necessità e non solo perché si presentino malattie gravi e debilitanti.

Non solo: certo, è importante potersi curare quando lo si vuole o se ne ha bisogno, ma è altrettanto importante poter mantenere buono il proprio stato di salute, continuando ad assumere i farmaci di cui si ha bisogno.

I risultati ottenuti in questa tesi, per quanto ridotti in termine di numeri, dimostrano come tutto ciò sarebbe possibile, conveniente, necessario.

La consapevolezza di queste problematiche è fondamentale per gli operatori sanitari, i responsabili politici e tutti gli attori coinvolti nel settore socio sanitario al fine di sviluppare strategie efficaci per migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure.

Inoltre, la promozione di programmi di prevenzione e di educazione alla salute potrebbe contribuire a una maggiore consapevolezza della popolazione riguardo ai fattori che influenzano il proprio stato di salute.

Infine, è importante sottolineare che questa ricerca fornisce un contributo significativo alla comprensione dei legami complessi tra accesso alle cure e percezione dello stato di salute. Tuttavia, rimangono molte sfide aperte e opportunità di ulteriori studi in questo campo.

La salute è un bene inestimabile e l'obiettivo di garantire un accesso equo e universale alle cure dovrebbe rimanere al centro delle politiche sanitarie in futuro.

Bibliografia e sitografia

1. Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana, Costituzione della Repubblica Italiana, Titolo II: rapporti etico-sociali, 27 dicembre 1947, pag. 5
2. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Legge 23 dicembre 1978, pag. 3
3. Fondazione Leone Moressa (2022). Rapporto sull'economia dell'immigrazione: l'Italia della resilienza e i nuovi italiani.
4. Fondazione ISMU, *Stime stranieri irregolari ISMU 1991-2021*.
5. Testo Unico sull'Immigrazione, Titolo V – Disposizioni in materia sanitaria, nonché di istruzione, alloggio, partecipazione alla vita pubblica e integrazione sociale. Capo I – Disposizioni in materia sanitaria, art. 35, comma 3, pag. 1. Aggiornamento al 17/08/2023.
6. Caritas Italiana, Statuto, art. 1, pag. 1
7. Carta dei Servizi Poliambulatorio di Marghera, Programma Italia, gennaio 2022, pag. 2.
8. Apolone, G., & Mosconi, P. (1998). The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming. *Journal of clinical epidemiology*, 51(11), 1025–1036.
9. Apolone G, Mosconi P, John E, Ware JE (1997). Questionario sullo stato di salute SF36. Manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati. Guerini e Associati, Milano.
10. Bianco, A., Pileggi, C., & Angelillo, I. F. (2003). Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. *Public Health*, 117(4), 250–255.
11. Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. *Pronto Soccorso e sistema 118. Proposta metodologica per la valutazione dei costi dell'emergenza*. Pag. 16.
12. Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati. *Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni. Triennio 2016-2018*. Pag. 82.

13. Hwang, S. W., & Burns, T. (2014). Health interventions for people who are homeless. *Lancet (London, England)*, 384(9953), 1541–1547.
14. Davies, A., & Wood, L. J. (2018). Homeless health care: Meeting the challenges of providing primary care. *Medical Journal of Australia*, 209(5), 230–234.
15. Bagaglia, C., & Polcri, C. (2017). Il problema degli accessi impropri in Pronto soccorso: un'indagine antropologica. *Scenario® - Il Nursing nella sopravvivenza*, 34(3), Articolo 3.
16. Gunner, E., Chandan, S. K., Marwick, S., Saunders, K., Burwood, S., Yahyouche, A., & Paudyal, V. (2019). Provision and accessibility of primary healthcare services for people who are homeless: A qualitative study of patient perspectives in the UK. *British Journal of General Practice*, 69(685), e526–e536.
17. Medico di base per i clochard. Dal Consiglio dell'Emilia Romagna ok all'unanimità alla legge—Quotidiano Sanità. (s.d.). http://www.quotidianosanita.it/emilia_romagna/articolo.php?articolo_id=97540 ultima consultazione 02/09/2023
18. Redazione. (2022, settembre 30). Novità legislative in materia di assistenza sanitaria alle persone senza dimora. Ius in itinere. <https://www.iusinitinere.it/novita-legislative-in-materia-di-assistenza-sanitaria-alle-persone-senza-dimora-43285> ultima consultazione 21/08/2023
19. Dati Eurostat 2023: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/migr_resfirst/default/table?lang=en ultima consultazione 25/09/2023
20. Sito di Emergency, sezione “Chi siamo” <https://www.emergency.it/chi-siamo/> ultima consultazione 11/09/2023
21. Sito fornito dall'Istituto Mario Negri utilizzato per l'elaborazione delle risposte ai questionari: <http://lsi.marionegri.it/qdv/questionari/sf36/sf36v1ita.htm> ultima consultazione 10/09/2023

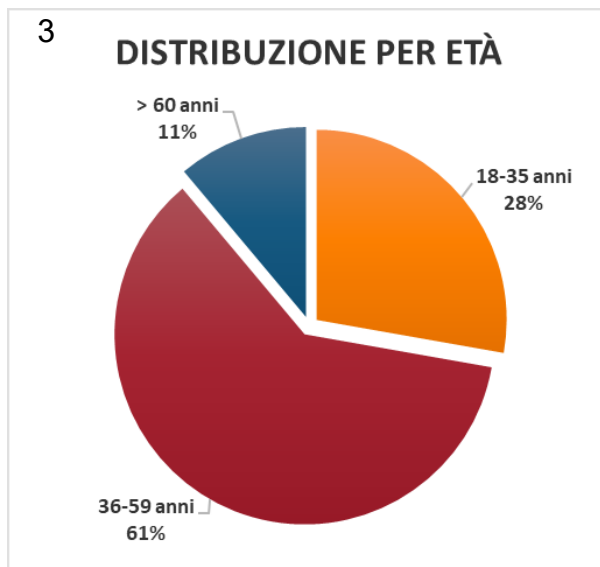
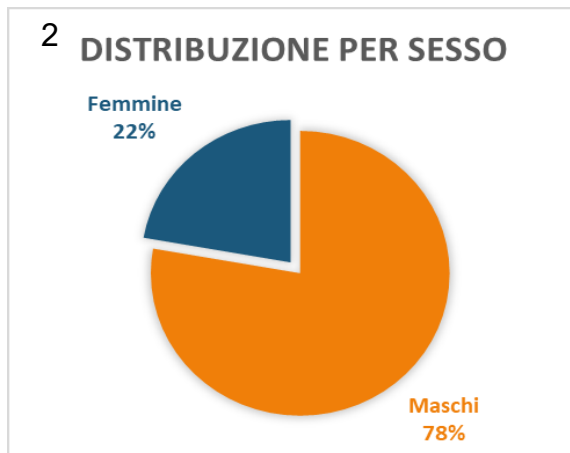
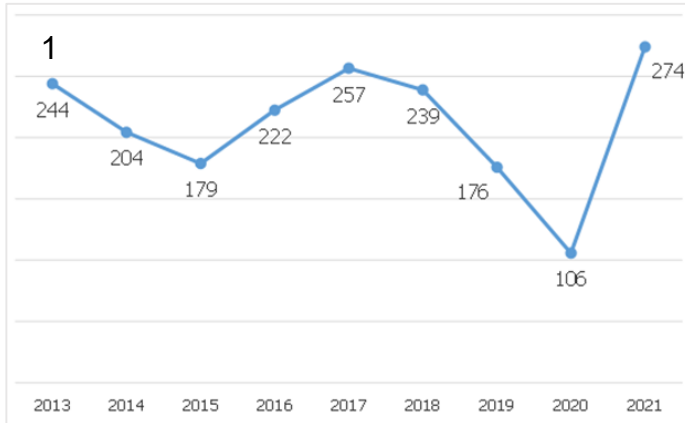
ALLEGATI

Grafici

1. Serie storica Permessi di Soggiorno rilasciati in Italia (primo rilascio, tutti i motivi). Dati in migliaia.
2. Composizione del campione per sesso
3. Composizione del campione per età
4. Stato civile dei partecipanti
5. Livello di studio dei partecipanti
6. Provenienza dei partecipanti
7. Analisi dei punteggi per Attività Fisica – istogramma
8. Analisi dei punteggi per Attività Fisica – grafico a torta
9. Analisi dei punteggi per Limitazioni di Ruolo causate dalla Salute Fisica – istogramma
10. Analisi dei punteggi per Limitazioni di Ruolo causate dalla Salute Fisica – grafico a torta
11. Analisi dei punteggi per Dolore Fisico – istogramma
12. Analisi dei punteggi per Dolore Fisico – grafico a torta
13. Analisi dei punteggi per Vitalità – istogramma
14. Analisi dei punteggi per Vitalità – grafico a torta
15. Analisi dei punteggi per Salute Generale – istogramma
16. Analisi dei punteggi per Salute Generale – grafico a torta
17. Analisi dei punteggi per Attività Sociali – istogramma
18. Analisi dei punteggi per Attività Sociali – grafico a torta
19. Analisi dei punteggi per Limitazioni di Ruolo causate dalla Salute Mentale – istogramma
20. Analisi dei punteggi per Limitazioni di Ruolo causate dalla Salute Mentale – grafico a torta
21. Analisi dei punteggi per Salute Mentale – istogramma
22. Analisi dei punteggi per Salute Mentale – grafico a torta

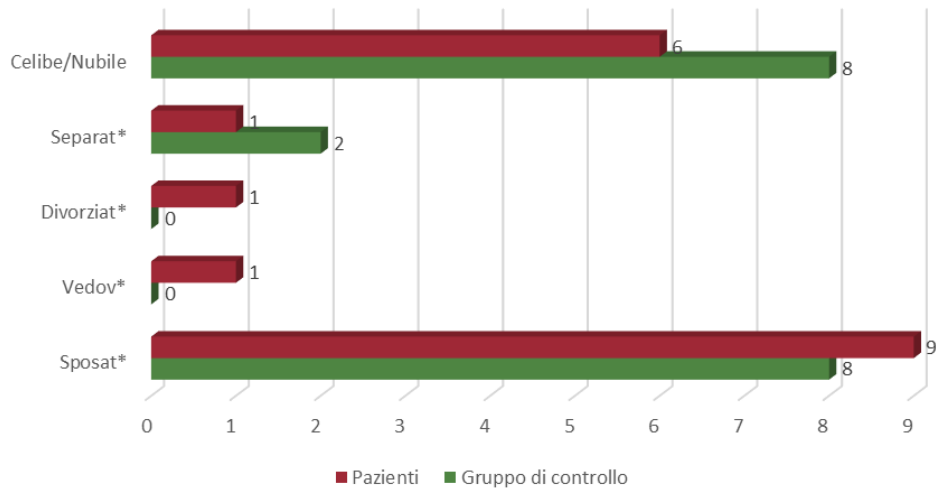
Tabelle

- I. Significato del punteggio massimo e punteggio minimo per ogni item del questionario.
- II. Dati socio-anagrafici delle persone del gruppo caso
- III. Dati socio-anagrafici delle persone del gruppo controllo
- IV. Confronto tra le medie di ogni item ottenute dal gruppo caso e dal gruppo controllo.



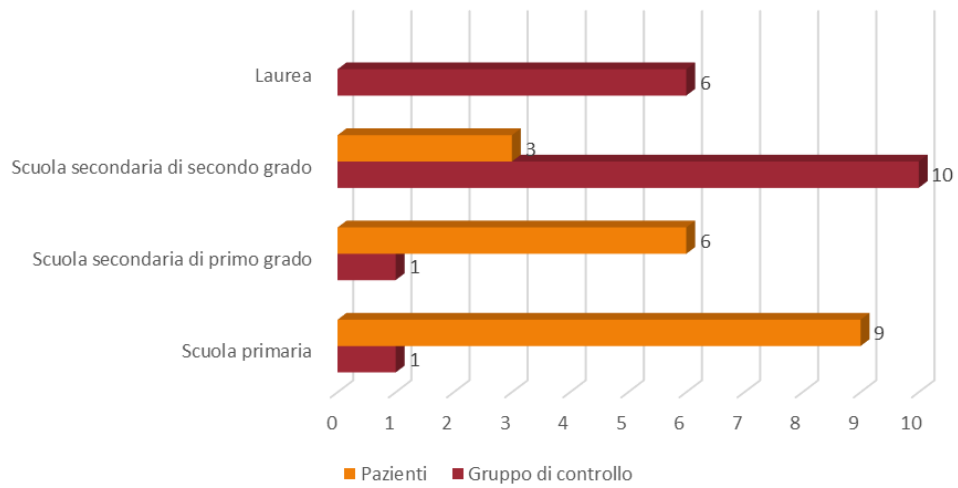
4

STATO CIVILE

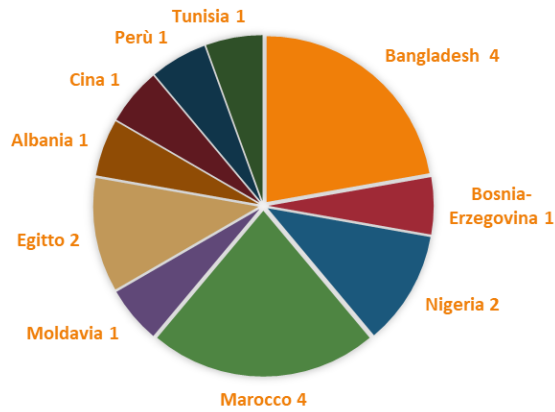


5

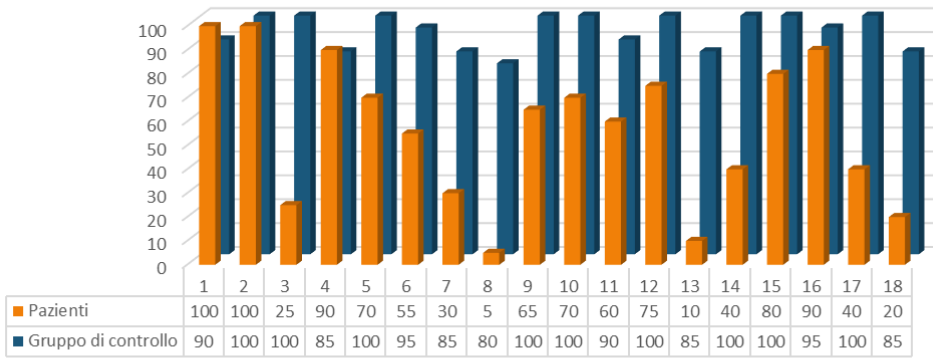
EDUCAZIONE



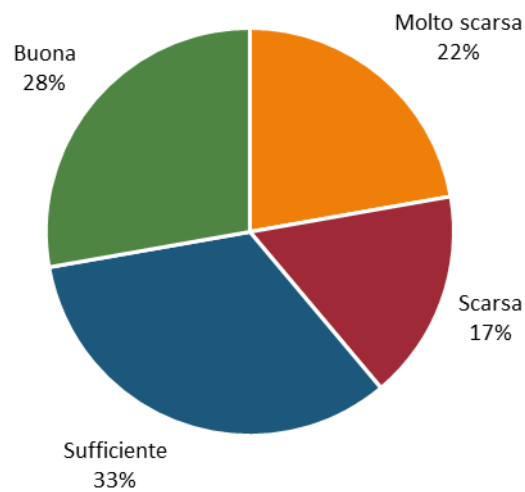
6 DISTRIBUZIONE PER PROVENIENZA



7 ATTIVITÀ FISICA

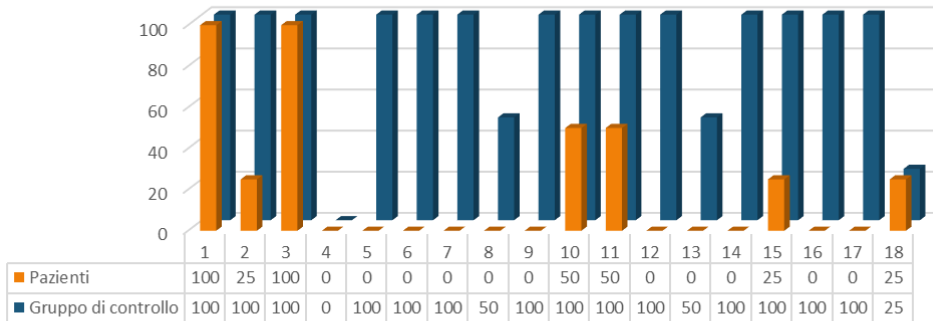


8 Percezione della salute - Attività fisica

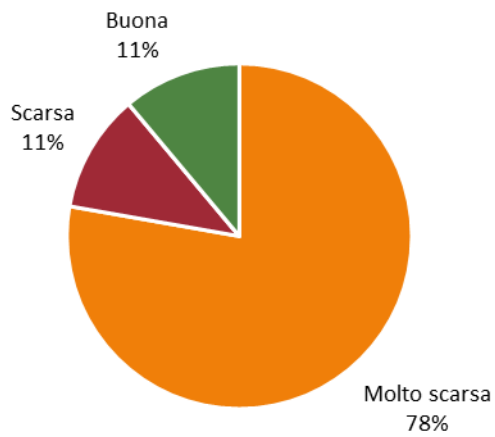


9

LIMITAZIONI RUOLO FISICO

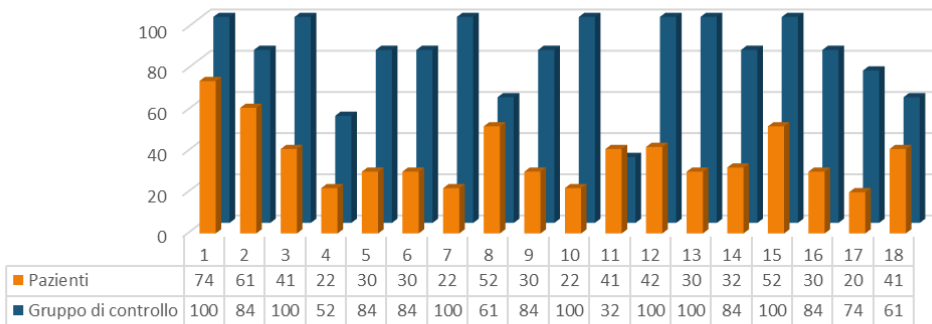


10 Percezione della salute - Limitazioni ruolo causate dalla salute fisica

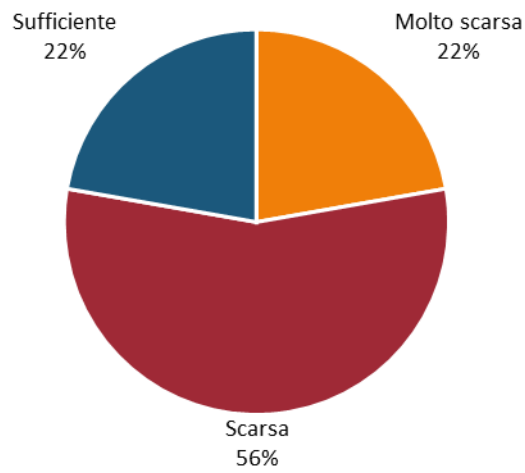


11

DOLORE FISICO

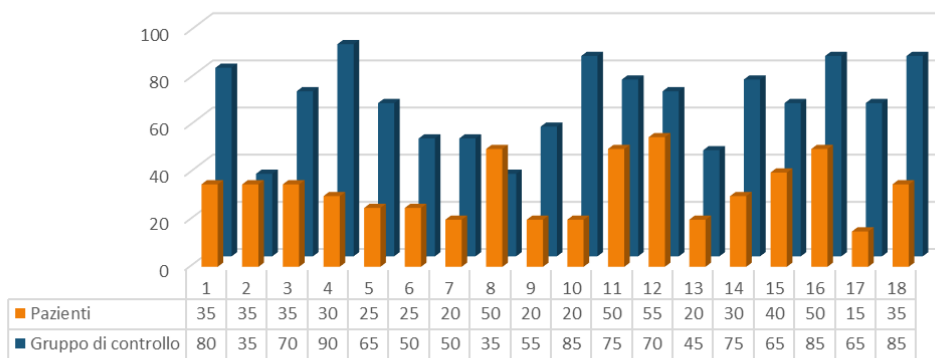


12 Percezione della salute - Dolore fisico

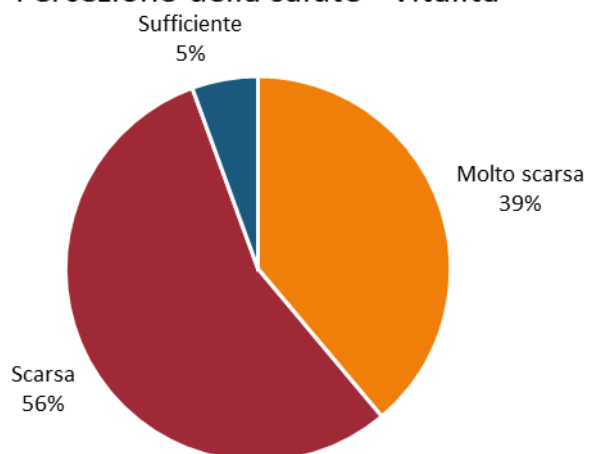


13

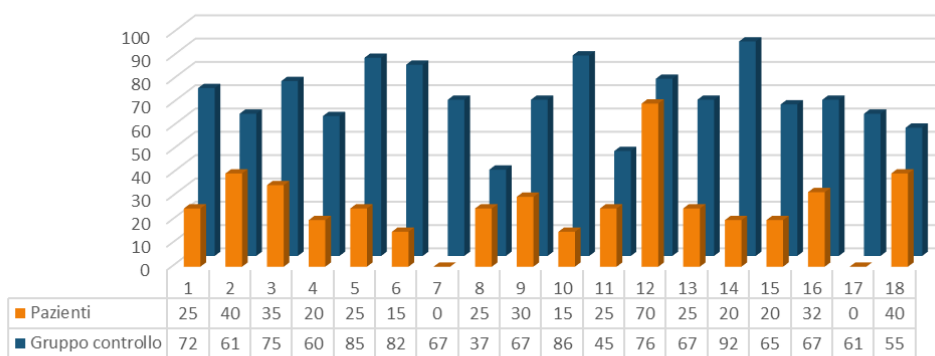
VITALITÀ



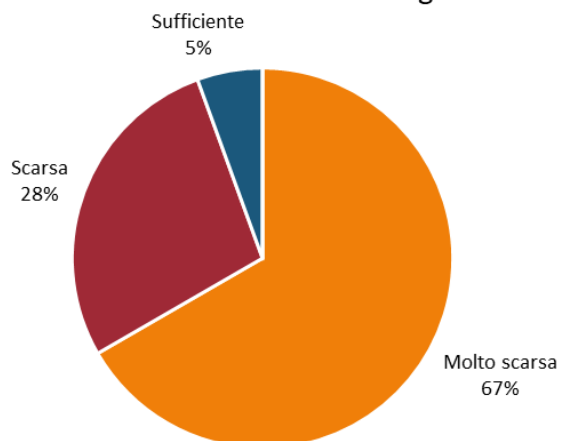
14 Percezione della salute - Vitalità



15 SALUTE GENERALE

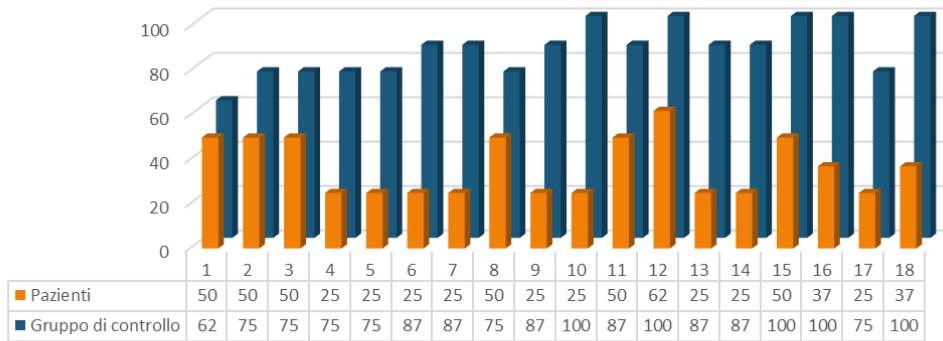


16 Percezione della salute - Salute generale



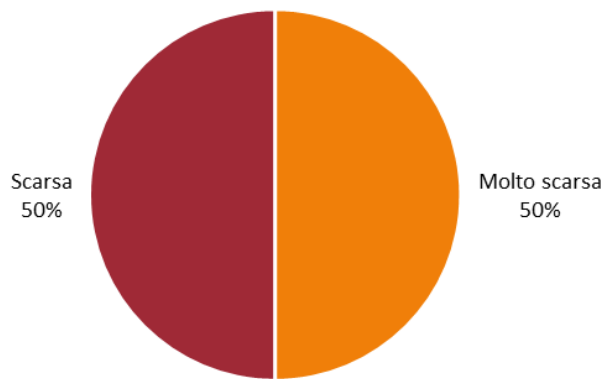
17

ATTIVITÀ SOCIALI



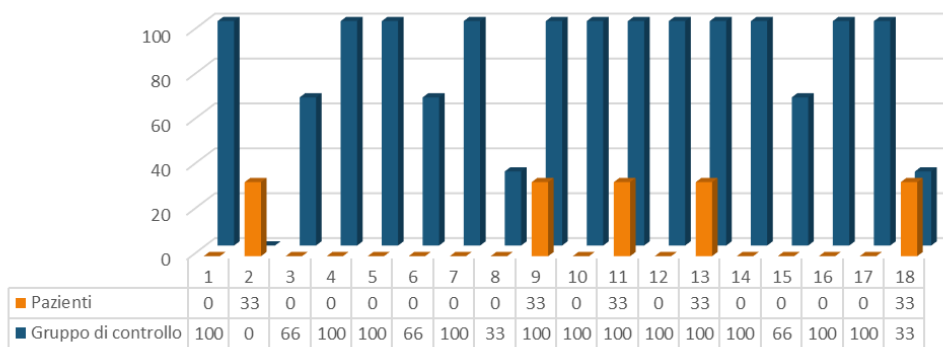
18

Percezione della salute - Attività sociali

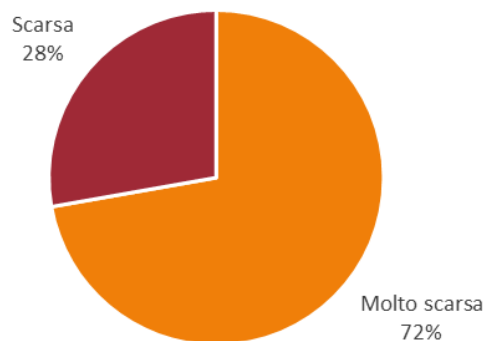


19

LIMITAZIONI RUOLO EMOTIVO

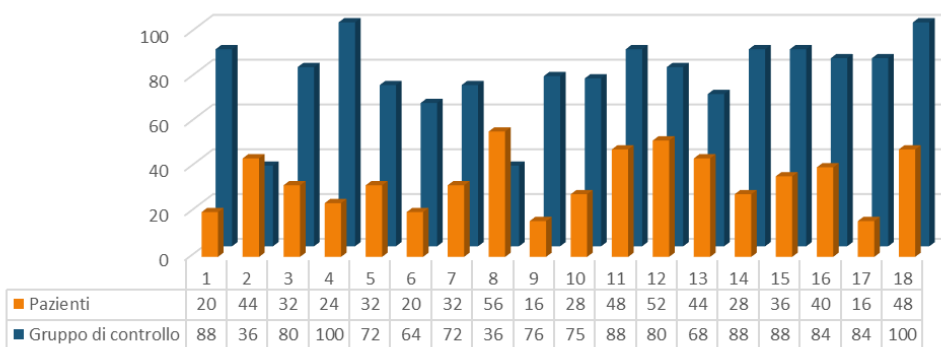


20 Percezione della salute - Limitazioni ruolo emotivo



21

SALUTE MENTALE



22

Percezione della salute - Salute mentale

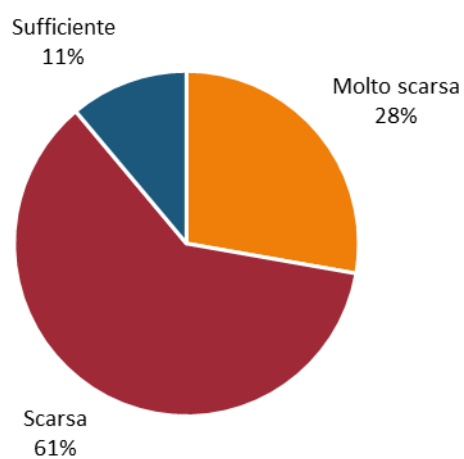


Tabella I: significato del punteggio massimo e punteggio minimo per ogni item del questionario.

	Punteggio	
	<i>Minimo</i>	<i>Massimo</i>
Attività fisica	Estremamente limitato in molte attività fisiche, anche semplici	Non presenta nessuna limitazione dovuta alla salute fisica
Limitazioni nel ruolo fisico	Limitazioni al lavoro o nelle attività di ogni giorno causate dalla salute fisica	Nessun problema a causa della salute fisica
Dolore fisico	Dolore così forte da essere limitante	Nessun dolore e conseguente limitazione
Salute generale	Percepisce che la sua salute sia scarsa e predisposta a un peggioramento	Percepisce la sua salute in generale come ottima
Vitalità	Sente di essere sempre stanco	Sente di essere sempre brillante ed energico
Funzionamento sociale	I suoi problemi fisici/emotivi interferiscono pesantemente con le normali attività sociali	Le sue attività sociali non subiscono interferenze dovute a problemi fisici/emotivi
Limitazioni nel ruolo emotivo	I suoi problemi emotivi causano difficoltà a svolgere il proprio lavoro o altre attività di vita quotidiana	Non percepisce difficoltà nello svolgere il proprio lavoro/attività di vita quotidiana a causa di problemi emotivi
Salute mentale	Sempre percepisce sentimenti di depressione e nervosismo	È sempre calmo, felice e tranquillo

Tabella II: dati socio-anagrafici delle persone del gruppo caso

		Numero	Percentuale
Genere	Maschio	14	78%
	Femmina	4	22%
Età	18 – 35 anni	5	27,8%
	36 – 60 anni	11	61,1%
	> 60 anni	2	11,1%
Stato civile	Nubile/celibe	6	33,3%
	Separati	1	5,6%
	Divorziati	1	5,6%
	Sposati	9	50%
	Vedovi	1	5,6%
Educazione	Scuola primaria	9	50%
	Scuola secondaria di primo grado	6	33,3%
	Scuola secondaria di secondo grado	3	16,7%
	Laurea	0	0%

Tabella III: dati socio-anagrafici delle persone del gruppo controllo

		Numero	Percentuale
Genere	Maschio	14	78%
	Femmina	4	22%
Età	18 – 35 anni	5	27,8%
	36 – 60 anni	11	61,1%
	> 60 anni	2	11,1%
Stato civile	Nubile/celibe	8	44,4%
	Separati	2	11,1%
	Divorziati	0	0%
	Sposati	8	44,4%
	Vedovi	0	0%
Educazione	Scuola primaria	1	5,6%
	Scuola secondaria di primo grado	1	5,6%
	Scuola secondaria di secondo grado	10	55,6%
	Laurea	6	33,3%

Tabella IIV: confronto tra le medie di ogni item ottenute dal gruppo caso e dal gruppo controllo.

	Gruppo caso	Gruppo controllo
Attività fisica	56,9	93,8
Limitazioni ruolo fisico	20,8	84,7
Dolore fisico	37,3	82,4
Salute generale	25,6	67,7
Vitalità	32,7	65,5
Attività sociali	36,7	85,2
Limitazioni ruolo emotivo	9,1	81,3
Salute mentale	34,2	76,6

Allegato 1 -

PARTE PRIMA

INFORMAZIONI SOCIO-ANAGRAFICHE

1. Sesso:

- Maschio
- Femmina

2. Et :

- < 18 anni
- 18-35
- 36-60
- >60

3. Qual   la sua situazione familiare?

- Sposato/a
- Vedovo/a
- Divorziato/a
- Separato/a
- Celibe

4. Quale livello dell'istruzione che ha ottenuto?

- Scuola primaria
- Scuola Secondaria primo grado
- Scuola Secondaria secondo grado
- Laurea

1. Svolge un'attivit  lavorativa? Se s , di che tipo?

.....
.....
.....

6. Qual   la sua nazionalit ?

.....
.....
.....

7.   in possesso di un documento d'identit /permesso di soggiorno?

.....
.....
.....

8.   in possesso di un documento sanitario? Se s , di che tipo?

.....
.....
.....

PARTE SECONDA

INFORMAZIONI SANITARIE

1. È a conoscenza di strutture socio-sanitarie nel territorio?

.....
.....
.....

2. Ha mai utilizzato strutture socio-sanitarie del territorio?

.....
.....
.....

3. Ha mai avuto problemi di salute per cui ha avuto necessità di consultare un medico?

.....
.....
.....

3.1 In caso ne abbia avuto bisogno, dove si è recato?

.....
.....
.....

3.2 Com'è andata l'esperienza?

.....
.....
.....

3.3 Le sono stati prescritti farmaci o altre prescrizioni da svolgere?

.....
.....
.....

3.4 È riuscito a svolgerle?

.....
.....
.....

4. Come raggiunge le strutture socio-sanitarie del territorio?

.....
.....
.....

4.1 Ritieni difficoltoso raggiungerle?

.....
.....
.....

4.2 Da chi ha saputo dell'esistenza delle strutture socio-sanitarie che frequenta?

.....
.....
.....

Allegato 2

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE

SF-36 (V1) STANDARD

12/94

IQOLA SF-36 Italian Version 1.6

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE SF-36

Data consegna |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ISTRUZIONI: Questo questionario intende valutare cosa Lei pensa della Sua salute. Le informazioni raccolte permetteranno di essere sempre aggiornati su come si sente e su come riesce a svolgere le Sue attività consuete.

Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la Sua risposta come mostrato di volta in volta. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore.

1. In generale, direbbe che la Sua salute è:

(Indichi un numero)

- | | |
|-------------------|---|
| Eccellente | 1 |
| Molto buona | 2 |
| Buona | 3 |
| Passabile..... | 4 |
| Scadente | 5 |

2. Rispetto ad un anno fa, come giudicherebbe, ora, la Sua salute in generale?

(Indichi un numero)

- | | |
|--|---|
| Decisamente migliore adesso rispetto ad un anno fa | 1 |
| Un po' migliore adesso rispetto ad un anno fa | 2 |
| Più o meno uguale rispetto ad un anno fa | 3 |
| Un po' peggiore adesso rispetto ad un anno fa | 4 |
| Decisamente peggiore adesso rispetto ad un anno fa..... | 5 |

3. Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

(Indichi per ogni domanda il numero 1, 2, o 3)

	SI mi limita parecchio	SI mi limita parzialmente	NO non mi limita per nulla
a. Attività fisicamente impegnative , come correre, sollevare oggetti pesanti, praticare sport faticosi	1	2	3
b. Attività di moderato impegno fisico , come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta	1	2	3
c. Sollevare o portare le borse della spesa	1	2	3
d. Salire qualche piano di scale	1	2	3
e. Salire un piano di scale	1	2	3
f. Piegarsi, inginocchiarsi o chinarsi	1	2	3
g. Camminare per un chilometro	1	2	3
h. Camminare per qualche centinaia di metri	1	2	3
i. Camminare per circa cento metri	1	2	3
l. Fare il bagno o vestirsi da soli	1	2	3

4. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?

Risponda SI o NO a ciascuna domanda

(Indichi per ogni domanda il numero 1 o 2)

	SI	NO
a. Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività	1	2
b. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto	1	2
c. Ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività	1	2
d. Ha avuto difficoltà nell'eseguire il lavoro o altre attività (ad esempio, ha fatto più fatica)	1	2

5. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività, acausa del Suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

Risponda SI o NO a ciascuna domanda

(Indichi per ogni domanda il numero 1 o 2)

	SI	NO
a. Ha ridotto il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività	1	2
b. Ha reso meno di quanto avrebbe voluto	1	2
c. Ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività	1	2

6. Nelle ultime 4 settimane, in che misura la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito con le normali attività sociali con la famiglia, gli amici, i vicini di casa, i gruppi di cui fa parte?

(Indichi un numero)

Per nulla	1
Leggermente	2
Un po'	3
Molto.....	4
Moltissimo	5

7. Quanto dolore fisico ha provato nelle ultime 4 settimane?

(Indichi un numero)

Nessuno.....	1
Molto lieve	2
Lieve	3
Moderato	4
Forte	5
Molto forte	6

8. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore L'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

(Indichi un numero)

Per nulla.....1
 Molto poco.....2
 Un po'.....3
 Molto.....4
 Moltissimo.....5

9. Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime 4 settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito...

(Indichi un numero per ogni domanda)

	Sempre	Quasi sempre	Molto tempo	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
a. vivace brillante?	1	2	3	4	5	6
b. molto agitato?	1	2	3	4	5	6
c. così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarLa su?	1	2	3	4	5	6
d. calmo e sereno?	1	2	3	4	5	6
e. pieno di energia?	1	2	3	4	5	6
f. scoraggiato e triste?	1	2	3	4	5	6
g. sfinito?	1	2	3	4	5	6
h. felice?	1	2	3	4	5	6
i. stanco?	1	2	3	4	5	6

10. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

(Indichi un numero)

- Sempre 1
 Quasi sempre..... 2
 Una parte del tempo 3
 Quasi mai 4
 Mai 5

11. Scelga la risposta che meglio descrive quanto siano **VERE** o **FALSE** le seguenti affermazioni.

(Indichi un numero per ogni affermazione)

	Certamente vero	In gran parte vero	Non so	In gran parte falso	Certamente falso
a. Mi pare di ammalarmi un po' più facilmente degli altri	1	2	3	4	5
b. La mia salute è come quella degli altri	1	2	3	4	5
c. Mi aspetto che la mia salute andrà peggiorando	1	2	3	4	5
d. Godo di ottima salute	1	2	3	4	5