Il modello di EMERGENCY *in Italia*

Tra diritti, bisogni e prossimità

Intervista a **Michele Iacoviello**

A Marghera è attivo un ambulatorio di Emergency per offrire cure gratuite a chi non ha accesso al Servizio sanitario nazionale (Ssn), come migranti e senza fissa dimora. Come è nato questo ambulatorio e come è evoluto il vostro intervento?

L'ambulatorio di Marghera fa parte di Programma Italia, un progetto di Emergency nato per offrire cure gratuite di base nel Paese e per facilitare l'accesso al Ssn a chi ne ha bisogno. Dal 2006 a oggi, oltre a Marghera, abbiamo attivato altre strutture: una clinica mobile a Milano, uno sportello di orientamento a Brescia, ambulatori a Sassari, Castelvolturno, Napoli, Polistena e una clinica mobile che copre la fascia trasformata ragusana, da Ragusa a Gela. Quindi attualmente siamo presenti in sei regioni: Lombardia, Veneto, Sardegna, Campania, Calabria e Sicilia. L'apertura di un ambulatorio parte sempre da una valutazione del territorio per capire come rispondere in modo più efficace ai bisogni della popolazione. Nello specifico l'ambulatorio di Marghera è stato aperto nel 2010 a seguito della crisi economica e dell'impatto su molti lavoratori migranti impiegati nei cantieri. In altri casi, come Castelvolturno e Polistena, gli ambulatori sono nati dopo interventi delle cliniche mobili nate nel 2011 per seguire il percorso dei migranti all'interno del territorio nazionale, adattandosi alla stagionalità dei prodotti agricoli, e che ci hanno permesso di rilevare bisogni sanitari persistenti nelle comunità locali. Nel caso specifico di Polistena, ci siamo resi conto che il disagio non era legato solo alla presenza stagionale dei migranti, ma che esistevano comunità stanziali in condizioni di degrado e disagio. Quindi invece di proseguire con la clinica mobile, abbiamo scelto di stabilire una struttura fissa. Grazie alla collaborazione con Libera e altre organizzazioni antimafia del territorio, abbiamo ottenuto un piano di un edificio confiscato a una 'ndrina locale. Questo conferisce al progetto un forte valore di rinascita: oltre all'ambulatorio, la struttura ospita attività di doposcuola per bambini e altre iniziative sociali. L'ambulatorio di Polistena rappresenta un riscatto per la città, segnata da conflitti tra clan. A Brescia, abbiamo valutato il problema principale, che era la difficoltà di accesso ai servizi esistenti per migliaia di migranti, quindi abbiamo istituito uno sportello di orientamento socio-sanitario piuttosto che un ambulatorio. A Milano, oltre alla clinica mobile, abbiamo aperto uno sportello di ascolto psicologico presso la nostra sede, poiché era logisticamente difficile garantire la presenza simultanea di medici, infermieri, psicologi, mediatori e operatori sociali nella clinica mobile.

Come diceva Gino Strada "la prima visita non si nega a nessuno". Accogliamo chiunque entri nelle nostre strutture, ascoltiamo la sua richiesta e, se necessario, lo visitiamo.

Michele Iacoviello
è socio di Emergency e vicedirettore di Programma Italia oltre che responsabile della mediazione culturale sui progetti dell'associazione nel Paese.

Emergency in Italia

84.794
prestazioni offerte con ambulatori mobili dal 2011

481.413
prestazioni offerte dal 2006

L'ambulatorio di Marghera

97.180
prestazioni offerte dal 2010

20
volontari dello staff

Il nostro obiettivo è sempre stato dimostrare che la medicina di prossimità riduce i costi del Ssn, fungendo da filtro per i bisogni sanitari ed evitando il ricorso improprio ai Pronto soccorso.

Chi può accedere ai vostri ambulatori?

Come diceva Gino Strada "la prima visita non si nega a nessuno". Accogliamo chiunque entri nelle nostre strutture, ascoltiamo la sua richiesta e, se necessario, lo visitiamo. In seguito, orientiamo i pazienti verso i servizi territoriali. Il nostro orario esteso, dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 18, permette di rispondere a chi non trova assistenza dal proprio medico curante o necessita di monitoraggi frequenti, come nel caso di pazienti cronici o di pazienti ipertesi. Negli anni, il target dell'ambulatorio di Marghera è cambiato. Se inizialmente le nostre prestazioni erano rivolte principalmente a cittadini migranti, oggi, anche grazie alle attività specialistiche che offriamo, una percentuale crescente di pazienti è italiana. Nel 2024, circa il 6 per cento dei pazienti era italiano. Qui offriamo medicina di base, supporto psicologico e odontoiatria sociale, oltre alla mediazione culturale, fondamentale per superare barriere linguistiche e burocratiche e orientare i pazienti nel Ssn.

In un certo qual modo Emergency sembra supplire alle carenze della sanità pubblica. È possibile trasformare questo apparente "contrasto" in un'alleanza virtuosa tra istituzioni, terzo settore e sanità pubblica?

Il vero contrasto non è tra sanità pubblica e terzo settore, ma tra la normativa e la sua applicazione. L'articolo 32 della Costituzione garantisce le cure gratuite a tutti, senza distinzione giuridica o amministrativa, ma la mancanza di servizi e mediazione culturale crea un vuoto che il terzo settore cerca di colmare. La nostra sanità pubblica è regionalizzata, e questo crea grandi differenze nell'accesso ai servizi. La principale patologia che affrontiamo in Italia è la burocrazia: il problema più grande è l'ottenimento dei requisiti amministrativi per iscriversi alla medicina generale. Per questo i nostri mediatori culturali non sono solo traduttori ma figure competenti in ambito amministrativo e legale, formati per seguire i pazienti nell'intero iter di accesso al Ssn. Rispetto alla sanità pubblica noi siamo avvantaggiati da una maggiore flessibilità: possiamo attivare rapidamente un servizio e offrire ambulatori grandi, accoglienti e ben attrezzati, mentre il sistema pubblico ha procedure più complesse. In alcune Regioni collaboriamo con le aziende sanitarie locali attraverso protocolli d'intesa. A Napoli e in Sicilia, per esempio, abbiamo inserito personale del Ssn nei nostri ambulatori, affiancato dai nostri mediatori culturali. A Marghera, invece, molte delle prestazioni odontoiatriche sono richieste da pazienti italiani, a causa delle restrizioni regionali sull'accesso alle cure dentali. La normativa del Veneto è più rigida rispetto ad altre Regioni, impedendo l'accesso alle cure odontoiatriche a chi non ha la residenza o non si trova in condizioni di particolare indigenza. Questo esclude molti senza fissa dimora, anche italiani, da qualsiasi tipo di prestazione odontoiatrica, che si tratti di un'estrazione o di una terapia antibiotica per un'infezione. Nelle nostre sale d'attesa è comune vedere pazienti italiani e migranti senza permesso di soggiorno, seduti fianco a fianco, in un contesto di condivisione e integrazione. Questo dimostra come, di fronte alla malattia, le differenze e i contrasti si annullino – e questo è un aspetto molto significativo del nostro lavoro.

Per concludere, quale direzione immaginate per il futuro e cosa vi spinge a percorrerla?

Il nostro obiettivo è sempre stato dimostrare che la medicina di prossimità riduce i costi del Ssn, fungendo da filtro per i bisogni sanitari ed evitando il ricorso improprio ai Pronto soccorso. Vogliamo coinvolgere sempre più le aziende sanitarie della sanità pubblica e dimostrare l'efficacia di una medicina di prossimità e di una medicina transculturale. L'idea è che queste strutture diventino un punto di riferimento stabile per la comunità e vengano gradualmente assorbite nel sistema pubblico. Quindi lo scopo finale è diventare "inutili", ovvero lasciare strutture integrate nel pubblico per una sanità accessibile a tutti. È un processo lungo, ma grazie alla credibilità costruita negli anni, sempre più aziende sanitarie ci riconoscono come interlocutori affidabili per migliorare il Ssn.

A cura di **Laura Tonon**

L'ambulatorio di Sassari

24.595

prestazioni offerte dal 2012

L'ambulatorio di Castelvolturno

72.713

prestazioni offerte dal 2015