



EMN EUROPEAN MIGRATION NETWORK
Italian National Contact Point

Mercato occupazionale sanitario e migrazioni qualificate.

Infermieri, medici e altri operatori sanitari in Italia

a cura di IDOS – EMN Punto Nazionale di Contatto

www.emnitaly.it

in collaborazione con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
e il Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes
con il supporto del Ministero dell'Interno



ROMA
2006

Ricerca condotta con la collaborazione della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
e del Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes
e con il supporto del Ministero dell'Interno

Redazione

Chiara Mellina, Franco Pittau, Antonio Ricci

Elaborazione dati

Maria Pia Borsci

Comitato Scientifico

Mario Affronti – Università di Palermo e Società Italiana Medicina delle Migrazioni (SIMM)
Carmelita F. Ammendola – Ministero dell'Interno
Giovanna Dallari - Dipartimento dell'Integrazione Sociale e Sanitaria Ausl Bologna
Salvatore Geraci – Società Italiana Medicina delle Migrazioni (SIMM)
Giovanna Motta – Università di Roma “La Sapienza” – Facoltà di Medicina
Fuad Oadi – Associazione Italiana Medici Stranieri (AIMS)
Silvia Pacurar – Cooperativa di infermieri “La Speranza”

Sede centrale progetto: Viale F. Baldelli, 41 - 00146 Roma - Italy
tel. +39.06.54192300 - fax +39.06.54192252

info@emnitaly.it

www.emnitaly.it

Equipe di progetto - Centro Studi e Ricerche IDOS

Antonio Ricci antonio.ricci@emnitaly.it

Susanna Garavini susanna.garavini@emnitaly.it

Franco Pittau fpittau@caritasitaliana.it

Indice

1.	I termini della questione e gli aspetti salienti della ricerca.....	4
2.	Il contesto socio economico con riferimento alla sanità.....	6
3.	La panoramica delle fonti.....	8
4.	La politica migratoria e il settore sanitario.....	10
5.	I dati sulla presenza di operatori sanitari stranieri.....	13
6.	L’istruzione, la formazione, le qualifiche e il riconoscimento dei titoli.....	24
7.	Altri aspetti rilevanti: il sistema di copertura sanitaria degli stranieri in Italia.....	30
8.	Bibliografia.....	33
9.	Allegato normativo sulla presenza di operatori sanitari stranieri in Italia.....	35
10.	Allegato Statistico.....	37

1. I termini della questione e gli aspetti salienti della ricerca

Nel corso degli anni '90 si è registrato un elevato e crescente fabbisogno di forze lavoro aggiuntive da parte del mercato occupazionale italiano: attualmente una assunzione ogni 4 è a beneficio di un lavoratore nato all'estero, con una particolare intensità in alcuni settori lavorativi¹.

A livello quantitativo il settore maggiormente interessato è quello dell'assistenza familiare dove, secondo le recenti statistiche dell'Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS), le persone straniere occupate sarebbero circa 500.000, all'incirca 5 ogni 6 addetti, con una tendenza all'aumento anche nei prossimi anni². Sempre più spesso compiti e mansioni domestiche vanno a confondersi con quelle infermieristiche, sfociando nel fenomeno cosiddetto del "badantato", cioè nell'assistenza continuativa 24 ore su 24³.

Altri importanti settori di inserimento sono l'edilizia e l'agricoltura, nei quali l'apporto di lavoratori non comunitari rappresenta una costante nell'intero Paese. Particolare attenzione merita anche il settore sanitario, con riferimento non tanto ai medici, quanto agli infermieri. I medici stranieri, circa 12.000, non solo sono la metà rispetto agli infermieri, ma costituiscono un'immigrazione prevalentemente comunitaria e non sono destinati ad aumentare in misura rilevante perché l'Italia ha un numero di medici in eccedenza rispetto alle necessità, tanto da aver dato inizio ai primi flussi in uscita all'estero, seppure ancora limitati.

Gli infermieri stranieri, invece, sono in prevalenza cittadini non comunitari e sono destinati ad aumentare in misura notevole, sia perché l'invecchiamento della popolazione italiana esercita una maggiore pressione sul sistema sanitario, sia perché la scarsa valorizzazione di questi operatori della salute ha finito per allontanare le giovani generazioni autoctone da questa professione, tant'è che la domanda di lavoro supera l'offerta. È facile così ipotizzare uno scenario in cui la cura della salute degli italiani nelle sue forme più impegnative, e cioè in caso di ricovero ospedaliero o di assistenza agli anziani, sarà sempre più caratterizzata da una "presenza straniera"; ora, se si tiene conto che anche le famiglie italiane sono già da tempo contrassegnate da tale presenza, appare come sia fuorviante dal punto di vista culturale equiparare "immigrazione" ad "estraneità".

La ricerca del Centro Studi IDOS, in quanto Punto nazionale di contatto designato dal Ministero dell'Interno nel programma comunitario European Migration Network, è stata condotta in collaborazione con gli esperti della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e del Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes.

Il paragrafo iniziale riguardante il **contesto socio-economico** delinea l'evoluzione normativa e strutturale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e fornisce i numeri di base sugli operatori e sugli utenti del Servizio. La successiva **panoramica delle fonti**, nel citare gli archivi ai quali si è fatto riferimento, dà una misura della complessità della ricerca che, oltre a voler abbracciare organicamente molteplici aspetti e valorizzare gli apporti specifici esistenti, ha dovuto misurarsi con il tentativo di una loro sintesi originale e di completare alcune lacune.

È stata cura della **politica migratoria** nel settore sanitario, a fronte del crescente fabbisogno di infermieri, autorizzare l'insediamento in Italia in deroga alle quote stabilite annualmente per i nuovi ingressi: in questo paragrafo si illustrano anche i meccanismi di assunzione, spesso burocraticamente complessi e non ancora consolidati, di cui si ha riscontro anche in alcune sentenze, segnatamente quelle che derogano al requisito della cittadinanza.

Nel paragrafo sui **dati**, anche con un riferimento comparativo ad altre situazioni nazionali, si è fatto il punto sulle potenzialità della manodopera locale e sul fabbisogno di operatori aggiuntivi da assicurare tramite i flussi migratori. L'analisi è stata riferita sia ai medici che agli infermieri, ma una

¹ Pittau Franco, *Trentacinque anni di immigrazione in Italia*, in Caritas-Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione 2005*, Idos, Roma, 2005, pp. 69-76.

² Istituto Nazionale Previdenza Sociale - Dossier Statistico Immigrazione Caritas-Migrantes, *Immigrazione e collaborazione domestica: i dati del cambiamento*, Roma, dicembre 2004.

³ Spano Pierangelo, *Le convenienze nascoste. Il fenomeno badanti e le risposte del welfare*, Nuova Dimensione, Portogruaro (VE), 2006.

particolare attenzione è stata prestata a questi ultimi perché vi è una maggiore richiesta e perché sono più estesi i problemi operativi (ricerca, assunzione, trattamento).

Le precisazioni fornite nel paragrafo riguardante l'**istruzione, la formazione le qualifiche e il riconoscimento dei titoli** sono di fondamentale importanza perché ogni nazione regola in maniera autonoma gli studi e le qualifiche. In Italia il riconoscimento dei titoli, per esempio, implica procedure molto complesse nel caso si provenga da un paese extracomunitario, mentre in ambito comunitario la normativa europea ha permesso sostanziali passi in avanti attraverso la libera circolazione dei lavoratori, la libertà di stabilimento e di libera prestazione dei servizi.

L'ultimo paragrafo (**altri aspetti rilevanti: il sistema di copertura sanitaria degli stranieri in Italia**) ha consentito di inquadrare, passando dagli operatori ai fruitori stranieri dell'assistenza sanitaria, quali siano le modalità di accesso al Servizio Sanitario Nazionale per le diverse categorie di immigrati, ivi inclusa quella di chi è sprovvisto di regolare titolo di soggiorno.

La ricerca condotta è suggestiva perché, nel mettere in luce le carenze del mercato occupazionale (in questo caso con riferimento alla sanità), mostra ancora una volta che l'immigrazione, seppure non sempre inquadrata nell'Unione secondo un'ottica positiva, costituisce un indispensabile strumento di composizione tra bisogni della società di accoglienza e potenzialità della forza lavoro immigrata. I molteplici problemi organizzativi che si pongono nella gestione delle persone che si spostano indicano, poi, che la normativa sull'immigrazione, sia a livello nazionale che comunitario, deve ancora fare molti passi avanti.

In questa sede l'immigrazione di operatori sanitari è stata esaminata con riferimento alle esigenze della società italiana. Non va, però, dimenticato che l'Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, partendo da un altro punto di vista, ha riconosciuto che la migrazione internazionale di personale sanitario qualificato costituisce anche una seria sfida per i sistemi sanitari nazionali dei paesi più poveri⁴.

Il sistema attuale di mobilità, caratterizzato da fattori di attrazione ed espulsione, lascia presagire un continuo esodo ancora per diversi decenni. L'offerta di salari più alti e la possibilità di inviare risparmi in patria, le migliori condizioni lavorative, un sistema sanitario dotato di risorse ad ampio raggio, le opportunità di carriera e di formazione, la stabilità politica ed economica, la relativa facilità di viaggio costituiscono da una parte i principali fattori di attrazione, mentre tra i fattori di spinta si possono ricordare, senza ambizione di esaustività, il basso livello retributivo, le condizioni lavorative umili o senza le risorse necessarie, le limitate opportunità di formazione e di crescita professionale, l'impatto della diffusione dell'AIDS, l'ambiente lavorativo pericoloso, l'instabilità economica.

È ragionevole pensare all'immigrazione senza trascurare i problemi dello sviluppo e perciò la comunità internazionale concorda sulla necessità di implementare strumenti di tutela delle risorse umane dei paesi di partenza. Tra le specifiche ipotesi di intervento per la tutela di questi interessi, sono stati progettati *twinning* e *staff exchange*, accordi bilaterali per la copertura dei costi riguardanti la formazione e il *training*, programmi di aiuto allo sviluppo da indirizzare al settore sanitario e alla formazione, l'elaborazione di un codice di reclutamento etico⁵. L'urgenza di questa preoccupazione ha trovato quindi conferma anche nel Libro Verde sulle migrazioni economiche della Commissione Europea del gennaio 2005 e nei numerosi dibattiti che ad esso sono seguiti. Ci si è limitati a questo ampio cenno perché una riflessione esaustiva meriterebbe una trattazione a parte.

⁴ World Health Organization, *International migration and health personnel: a challenge for health systems in developing countries*, Agenda item 12.11. Fifty-seventh World Health Assembly: Health Systems Including Primary Care, Geneva, 22 May 2004.

⁵ World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, *A code of practice for the international recruitment of health professionals: the Melbourne manifesto*. WONCA, 2002.

2. Il contesto socio economico con riferimento alla sanità

Nel 1978, alla Conferenza mondiale di Alma Ata sulla salute, l'Organizzazione Mondiale della Sanità⁶ ha sancito che “**la salute** - intesa come stato di completo benessere fisico mentale e sociale e non soltanto come assenza di malattia e di infermità - è **un diritto fondamentale** dell'essere umano e l'accesso al più alto grado possibile di salute è un obiettivo sociale di estrema importanza, che interessa il mondo intero e presuppone la partecipazione di molti altri comparti socio-economici, oltre a quello sanitario”.

A livello nazionale si riscontra una rispondenza a questa impostazione. La **normativa italiana** in materia di tutela della salute dei cittadini è tra le più avanzate in Europa, in quanto estende il diritto alla salute e all'assistenza sanitaria a tutte le persone presenti sul territorio italiano, ivi inclusi i cittadini stranieri in condizione di soggiorno irregolare, garantendo loro cure urgenti, essenziali, continuative e programmi di medicina preventiva, presso le stesse strutture sanitarie che operano per i cittadini italiani. Si è inteso così, concretizzare il principio della solidarietà umana e dell'esigenza di prevenzione collettiva e dare attuazione all'art. 32 della Costituzione: “La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è nato nel 1978 dalla necessità di accorpate i diversi enti di assicurazione sanitaria esistenti per garantire un sistema omogeneo di assistenza e le riforme, che hanno caratterizzato la sua evoluzione, sono state improntate ad un ampio decentramento con attribuzione alle Regioni delle competenze finanziarie e di politica sanitaria. Dall'inizio degli anni '90 si è fatto più urgente il problema del contenimento dei costi, ma rispetto a queste preoccupazioni dei politici, nei cittadini permaneva, in diverse Regioni, come maggiore problema il basso grado di soddisfazione per il livello delle prestazioni (ad esempio per la disomogeneità dei servizi erogati a livello regionale o per la lunghezza delle liste di attesa).

Per quanto riguarda **le competenze**, va ricordato che il Ministero della Salute è responsabile per la definizione degli obiettivi della politica sanitaria attraverso il Piano Nazionale Salute, della cornice legislativa e della distribuzione delle risorse tra le Regioni; esso è coadiuvato dal Consiglio Superiore di Sanità e da altri enti ed organi di livello nazionale come l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

A livello territoriale, a partire dal 1992, sono le Regioni e le Province Autonome a organizzare sul proprio territorio i servizi e le attività destinate alla tutela della salute, coordinando l'azione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere e verificandone l'operato.

Le Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL), che dopo gli accorpamenti intervenuti nel 2004 sono 183, godono di piena autonomia organizzativa e finanziaria e provvedono a gestire l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale, erogandola attraverso strutture pubbliche o private accreditate. Nel 2003, secondo le statistiche riprese anche dall'OCSE, la spesa sanitaria in Italia ammontava all'8,4% del Pil, pari a 2.258 dollari pro capite, e quella farmaceutica a 500 dollari pro capite. Circa il 60% delle spese del SSN sono finanziate con le entrate locali e il restante 40% con stanziamenti a carico del bilancio dello Stato.

I servizi ospedalieri sono circa 1.600 (di cui privati il 40%) per una offerta complessiva di 232.501 posti letto ordinari (di cui 20,5% privati). I posti letto residenziali sono invece 334.718, di cui 78.517 per residenza assistenziale anziani (23,2%) e 62.597 per residenza socio-sanitaria per anziani (18,7%). I medici di medicina generale impiegati nelle AUSL sono 47.111, di cui 39.493 con indennità di piena disponibilità (un medico ogni 1.223 residenti)⁷.

Il settore privato impiega circa 80 mila persone, di cui più di un quinto medici (16.000), un terzo paramedici (26.600) e i restanti 37.400 nella veste di lavoratori non direttamente addetti alla

⁶ OMS, WHO, World Health Organization, istituzione delle Nazioni Unite.

⁷ Istat, *HFA Database - Health For All Italia*, Roma, dicembre 2005.

cura dei degenti⁸. Il numero dei medici è decisamente superiore al fabbisogno, sia nel settore pubblico che in quello privato. Se per la categoria degli infermieri professionali si registra una forte carenza rispetto gli standard dell'OCSE e parte della domanda di lavoro resta inevasa, l'eccedenza di persone abilitate alla professione medica pone, invece, l'Italia come primo Paese al mondo per numero di medici⁹.

Se, infine, si prende in considerazione l'intera filiera della salute, dall'industria in senso stretto alla distribuzione commerciale ai servizi alla famiglia, il numero complessivo degli addetti raggiunge come riferisce Confindustria quasi 1,4 milioni, pari a più del 6% della forza lavoro occupata (la stima del numero complessivo di addetti sale a 2,5 milioni se si valuta anche l'indotto)¹⁰. In termini produttivi l'azienda "sanità" rappresenta la terza impresa del Paese con una incidenza sul Pil dell'11%.

Nel 2003 i **ricoverati**, cittadini italiani e stranieri, sono stati circa 12,8 milioni, di cui il 14% presso il settore privato. Il ricovero di pazienti stranieri è in costante aumento di pari passo alla loro accresciuta presenza: i ricoveri sono passati da 238 mila nel 1998, a 401 mila nel 2003¹¹. La degenza media è di 7,6 giorni l'anno. Secondo quanto emerso al VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni svoltosi a Lampedusa 5-8 maggio 2004, gli immigrati si trovano in una posizione preminente per quanto riguarda il funzionamento del SSN giacché, di fronte ad un sistema contributivo uguale a quello degli italiani, utilizzano molto meno le strutture sanitarie. Infatti un italiano utilizza le strutture sanitarie per un costo medio di circa 1.300 euro l'anno, mentre un immigrato arriva al massimo a 5/600 euro l'anno¹².

⁸ Unioncamere-Ministero del Lavoro, *Progetto Virgilio. Settori in cerca di lavoro*, Roma, 2001.

⁹ OECD, *Health Data 2005: Statistics and Indicators*, Paris, 2005.

¹⁰ Confindustria (a cura di Nicola Querino), *Il contributo della filiera della salute al prodotto nazionale*, Roma, marzo 2006.

¹¹ Geraci Salvatore, *La sfida della medicina delle migrazioni*, in Caritas/Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione 2005*, Idos, Roma, 2005, pp. 179-188.

¹² Aa.Vv., *Atti VIII della Consensus Conference sulla Immigrazione e VI Congresso Nazionale SIMM. Lampedusa, 5 – 8 maggio 2004*, Roma, 2004.

3. La panoramica delle fonti

Le fonti per la raccolta e l'analisi dei dati relativi al settore socio-sanitario possono essere divise in tre filoni principali:

a) **le fonti statistiche ministeriali.** Questi dati sono forniti dai ministeri competenti per l'ingresso, il soggiorno, l'inserimento lavorativo, il riconoscimento o il perseguimento dei titoli di studio o professionali: Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, Ministero del Lavoro e ovviamente Ministero degli Interni. Si è fatto anche ricorso alla Bancadati Immigrazione, pubblicata online dal Consiglio Nazionale Economia e Lavoro (CNEL) e curata dall'équipe del Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes¹³. A queste fonti vanno aggiunte le banche dati sulla sanità a cura dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) a livello nazionale (Istat, Health For All Database), e a cura dell'OCSE a livello internazionale (OECD, Health Data 2005);

b) **le fonti relative al mercato del lavoro.** Si tratta delle banche dati curate dall'Istituto Nazionale Assicurazioni e Infortuni sul Lavoro (INAIL) per le assunzioni, dall'Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS) per le retribuzioni e le contribuzioni, e da Unioncamere – Ministero del Lavoro Sistema Informativo Excelsior per la previsione del fabbisogno annuale di manodopera immigrata aggiuntiva;

c) **le fonti di categoria.** Questi dati sono forniti da diversi ordini professionali, enti e associazioni che operano nel settore socio-sanitario italiano, tra i quali segnaliamo: Federazione Nazionale dei Collegi di Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia (Ipsavi), Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP), Ente di Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri (ENPAM), Associazione Medici di origine Straniera in Italia (AMSI).

La bibliografia sulla medicina e l'infermieristica è ampia, mentre è ancora carente quella riguardante le questioni del mercato del lavoro socio-sanitario. Per superare queste difficoltà molte notizie sono state attinte dalla rassegna stampa dei quotidiani nazionali. Si è fatto ricorso inoltre alla collaborazione dell'équipe del Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes, della Società Italiana della Medicina delle Migrazioni (SIMM) e all'apporto delle indicazioni di esperti del settore socio-sanitario.

Sono stati di fondamentale importanza anche i rapporti periodici curati dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dall'IPASVI, dall'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane (OASI), dal Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sociale e Sanitaria dell'Università Bocconi di Milano (CERGAS Bocconi) e le ricerche di vari istituti, tra cui quella dell'IRES CGIL. Sono state d'aiuto anche le riviste di settore come, a titolo esemplificativo, la "Rivista dell'Infermiere", "Assistenza infermieristica e ricerca", "L'infermiere", "Infermiere Oggi", "Infermiere informazione".

Tra il materiale analizzato per la stesura del presente studio di particolare rilevanza sono i *Rapporti Annuali* redatti dall'Osservatorio (OASI), che offrono sostanziose documentazioni sul funzionamento e sul ruolo del sistema sanitario nazionale con particolare riferimento ai sistemi sanitari regionali, alle strutture organizzative, ai sistemi di programmazione e controllo, ai sistemi informativo-contabili, alle politiche di gestione del personale e alle politiche di comunicazione e di marketing. L'attività di analisi e di osservazione di questi rapporti è basata sulla combinazione di numerosi strumenti d'indagine: analisi documentale, elaborazione di dati statistici, questionari, analisi di casi, attività di *desk-research*. Ogni rapporto annuale individua approfondimenti tematici specifici. Nel 2005, per esempio, l'OASI ha prescelto il tema dell'aziendalizzazione della sanità. Il rapporto del 2005, a livello regionale, analizza i Piani Sanitari Regionali, l'assetto organizzativo delle aziende, i bilanci dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) e le scelte di governo della medicina generale. A livello aziendale, il rapporto esamina, invece, i ruoli dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione alla luce del recente processo di riassetto istituzionale. Gli

¹³ La Bancadati Immigrazione è raggiungibile direttamente dalla homepage del sito istituzionale del CNEL: www.cnel.it.

approfondimenti riguardano anche le differenti scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi Enterprise Resource Planning (ERP), di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri.

Hanno costituito una valida documentazione anche i dati statistici sulla formazione universitaria degli infermieri elaborati dalla Federazione Nazionale dei Collegi di Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia. Dal 2000 l'Osservatorio IPASVI pubblica annualmente un rapporto basato sull'elaborazione di dati raccolti grazie alla collaborazione dei coordinatori dei corsi di laurea in infermieristica dei 39 Atenei italiani. Il monitoraggio si avvale di un sistema di raccolta dati *on line*. L'*Indagine sulla formazione universitaria degli infermieri 2004/2005* è stata utilizzata per individuare la disponibilità dei posti assegnati per le immatricolazioni al corso di laurea in infermieristica e per verificarne l'andamento e la copertura dei posti assegnati. Il rapporto offre notizie statistiche sugli immatricolati, sui laureati, sugli iscritti e sulle risorse e strutture per la didattica. Di grande interesse per l'analisi sullo scenario sanitario è anche il *Rapporto IPASVI sulla laurea specialistica in scienze infermieristiche*, che oltre alla descrizione sui criteri di ammissione al corso di laurea, offre approfondimenti statistici relativi ai candidati (età, sesso, ripartizione territoriale) e ai tassi di ammissione.

Tra le fonti esaminate il *Quarto Rapporto sull'immigrazione* dell'IRES-CGIL contiene un interessante studio sull'impiego degli infermieri stranieri in Italia, in particolare il saggio di Adriana Bernardotti, oltre ad offrire una panoramica generale sulle caratteristiche del settore, analizza le norme di reclutamento, ingresso e soggiorno degli infermieri stranieri, le modalità contrattuali e la discriminazione sul lavoro di questa categoria.

4. La politica migratoria e il settore sanitario

Lo Stato italiano riconosce ai cittadini di paesi non comunitari che si trasferiscono in Italia, per brevi o lunghi periodi, la possibilità di esercitare una professione in campo sanitario, a fronte di alcuni requisiti. Le norme che disciplinano questa materia sono il Decreto Legislativo 286/98 - Testo unico delle disposizioni sull'immigrazione e il D.P.R. 394/99 - Regolamento di attuazione. Questa normativa ha permesso ai cittadini non comunitari di iscriversi agli ordini e agli albi professionali in deroga al requisito di cittadinanza. A livello applicativo, con la Circolare del Ministero della Salute del 12 aprile 2000, sono state chiarite sia le procedure per il riconoscimento dei titoli professionali abilitanti all'esercizio di una professione sanitaria conseguiti in un Paese non comunitario, sia le procedure per ottenere l'autorizzazione ovvero il nulla osta all'esercizio della professione stessa.

Le **professioni sanitarie riconosciute**, come riferito dal Ministero della Salute¹⁴, presuppongono un titolo abilitante e consentono di svolgere attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Alcune professioni sanitarie sono costituite in Ordini e Collegi, con sede in ciascuna delle province del territorio nazionale¹⁵. Esistono attualmente i seguenti ordini e collegi:

- Ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- Ordini provinciali dei veterinari;
- Ordini provinciali dei farmacisti;
- Collegi provinciali delle ostetriche;
- Collegi provinciali degli infermieri professionali (IPASVI);
- Collegi provinciali dei tecnici sanitari di radiologia medica (TSRM).

Si tratta di strutture che hanno competenze decisionali in materia disciplinare, di tenuta degli albi professionali e di elezioni degli organi direttivi. Attraverso i loro provvedimenti si può presentare ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie (CCEPS).

Per esercitare queste professioni occorrono i seguenti **requisiti**:

- possesso del titolo di abilitazione riconosciuto dal Ministero della Salute;
- iscrizione all'albo professionale dell'Ordine o del Collegio professionale attinente la professione;
- iscrizione all'Elenco speciale del Ministero della Salute nel caso in cui la professione non preveda l'iscrizione né ad un Ordine né ad un Collegio;
- conoscenza della lingua italiana parlata e scritta (previo accertamento effettuato tramite colloquio e prova scritta).

Le **procedure** da seguire e i documenti da presentare sono diversi, a seconda che la persona abbia conseguito il titolo di abilitazione in Italia, in un paese dell'Unione Europea o in un paese extra-comunitario.

Vista la carenza di specialisti delle professionalità sanitarie non mediche, in base alla legge 189/2002 e al nuovo regolamento di attuazione (D.P.R. n. 334/2004), agli infermieri professionali stranieri è consentito l'ingresso in Italia per motivi di lavoro al di fuori delle quote previste dal decreto flussi, per cui gli stranieri con la qualifica di infermieri possono entrare in Italia indipendentemente dalla disponibilità di quote stabilite dal decreto flussi¹⁶. Inoltre il D.P.R. n. 334/2004 (art. 40 comma 21) prevede che per gli infermieri professionali si possa stipulare un contratto di lavoro anche a tempo indeterminato e che, quindi, anche il permesso di soggiorno sia

¹⁴ Le informazioni presentate sono state raccolte attraverso la consultazione del sito istituzionale del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it).

¹⁵ Legge 1° febbraio 2006, n. 43, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi Ordini".

¹⁶ La legge 189/2002 (art. 22, comma 1, lettera a), introducendo la lettera r-bis) all'art. 27 del Testo unico sull'immigrazione (dedicato alla voce "Ingresso per lavoro in casi particolari"), ha inserito la figura dell'infermiere professionale tra i lavoratori esclusi dalle quote flussi.

normalmente prorogabile. Il citato D.P.R. n. 334/2004 (art. 40 comma 23) ha opportunamente introdotto la possibilità che gli infermieri professionali stranieri possano prorogare il permesso di soggiorno anche se cambiano il datore di lavoro in qualsiasi momento, purché si tratti sempre di occupazione con la qualifica di infermiere professionale. In caso di cessazione del contratto per l'interessato è possibile rimanere in Italia per il periodo di disoccupazione garantito di sei mesi previsto dalla legge 189/2002. In precedenza per poter essere assunti in una diversa struttura occorre tornare in patria e riavviare la procedura di autorizzazione ovvero il nulla osta all'assunzione dall'estero. Per potere ottenere il nulla osta al lavoro rimane comunque la necessità del riconoscimento del titolo professionale da parte del Ministero della Salute.

I medici e gli operatori sanitari di origine straniera per poter sostenere i regolari **concorsi pubblici** previsti per l'assunzione presso le strutture pubbliche devono possedere la cittadinanza italiana o comunitaria. Senza il requisito della cittadinanza gli stranieri non comunitari possono lavorare presso le strutture pubbliche o attraverso una chiamata diretta con un contratto a tempo determinato o tramite l'assunzione da parte di cooperative appaltatrici di servizi infermieristici riconosciute dal Ministero della Salute o anche tramite le agenzie interinali di lavoro. La procedura che prevede l'assunzione da parte di soggetti terzi, di fatto quella più in uso tra gli infermieri professionali di origine straniera, di fatto ha reso le loro condizioni di lavoro molto vulnerabili.

Per i lavoratori stranieri messi a disposizione dalle **agenzie interinali** i contratti di lavoro sono quelli nazionali di settore, mentre per chi viene assunto dalle cooperative appaltatrici di servizi infermieristici è prevista l'applicazione di un contratto nazionale con minori garanzie e retribuzioni. Quindi, se da un lato è stata facilitata l'assunzione di personale infermieristico straniero nelle strutture pubbliche, dall'altro ne sono derivate condizioni di trattamento discriminatorie (dalla segmentazione contrattuale sono derivate maggiore flessibilità lavorativa, retribuzioni inferiori, minore tutela dei diritti), fino a rasentare l'illecito, attraverso il reclutamento di infermieri stranieri da parte di agenzie e cooperative senza scrupoli.

Il documento sulla politica dell'immigrazione per il triennio 2004-2006 ha dedicato un discorso specifico alla professione medica (medico chirurgo o specializzato, odontoiatra, veterinario e farmacista). Di solito la maggior parte dei medici stranieri, dopo aver ottenuto il riconoscimento del titolo, esercita la professione in forma autonoma e non subordinata. Il Ministero della Salute, per la determinazione delle quote dei medici che lavorano in forma autonoma, coinvolge gli Ordini e le Federazioni del settore. Per i medici che lavorano come dipendenti il relativo fabbisogno viene, invece, stabilito dalle strutture sanitarie che bandiscono concorsi pubblici per i quali è richiesto il requisito della cittadinanza italiana o europea, con la conseguente esclusione dei cittadini non comunitari, nonostante la recente giurisprudenza si sia dimostrata di diverso avviso.

Il fabbisogno previsto per il triennio 2004-2006 - oltre alle sopraccitate professioni infermieristiche, tecniche e della riabilitazione – prevede anche le figure dei tecnici sanitari di radiologia medica e dei fisioterapisti.

Nonostante l'alto rapporto di medici sulla popolazione residente e il conseguente esubero, si registra una carenza di personale in alcune specializzazioni (anestesia, radiodiagnostica e radioterapia). Nel documento programmatico sulla politica dell'immigrazione per il triennio 2004-2006 viene auspicata una politica di ingressi selettiva, ma in base alla normativa in vigore l'ingresso di professionalità mediche avviene attraverso la quota indistinta riservata al lavoro autonomo¹⁷.

Come accennato, il requisito della cittadinanza per l'assunzione in organico nel settore pubblico come medici o infermieri stranieri è stato messo in discussione da alcune recenti sentenze dei giudici di merito. Il Tribunale di Pistoia, ad esempio, il 7 maggio 2005 sulla base del D.lgs

¹⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri del Governo Italiano, *Documento programmatico relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato per il triennio 2004-2006*, Roma, 2005, Capitolo I : "Le politiche per il lavoro degli stranieri e le linee generali per la definizione dei flussi di ingresso nel territorio italiano", §1.3 "La programmazione dei flussi e l'analisi del fabbisogno lavorativo nel mercato del lavoro italiano. Valutazione dei meccanismi di stima esistenti e nuovi programmi".

286/98 che sancisce la piena ed assoluta equiparazione fra cittadini italiani, comunitari ed extracomunitari, ha accolto il ricorso di un medico non comunitario riconoscendogli il diritto a partecipare al concorso pubblico per dirigente medico in cardiologia e, a marzo 2006, la Corte d'Appello di Firenze, confermando la sentenza di primo grado del Tribunale di Pistoia, ha definito illegittima l'esclusione di medici stranieri da un concorso pubblico per dirigenti sanitari. In precedenza anche il Tribunale di Genova (ord. 21 aprile 2004) aveva considerato di fatto abrogata, in forza della vigente normativa sull'immigrazione, la riserva della cittadinanza fatta valere per l'accesso al pubblico impiego. Ma già nel 2001 il Tar aveva riconosciuto valide le ragioni di un infermiere marocchino, diplomato in Italia, che era stato escluso da un concorso in Liguria.

Le professioni sanitarie

Le professioni sanitarie riconosciute dallo Stato italiano sono quelle che, in virtù di un titolo abilitante, svolgono attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Rientrano in tale categoria:

- *Professioni sanitarie mediche:* Farmacista, Medico chirurgo, Odontoiatra, Veterinario.
- *Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica:* Infermiere, Ostetrica, Infermiere Pediatrico.
- *Professioni sanitarie riabilitative:* Podologo, Fisioterapista, Logopedista, Ortottista – Assistente di Oftalmologia, Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Tecnico Riabilitazione Psichiatrica, Terapista Occupazionale, Educazione Professionale.
- *Professioni tecnico sanitarie:*
 - *Area Tecnico diagnostica:* Tecnico Audiometrista, Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico, Tecnico Sanitario di Radiologia Medica, Tecnico di Neurofisiopatologia.
 - *Area Tecnico assistenziale:* Tecnico Ortopedico, Tecnico Audioprotesista, Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare, Igienista Dentale, Dietista.
- *Professioni tecniche della prevenzione:* Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, Assistente Sanitario.
- *Arti ausiliarie delle professioni sanitarie:* Ottico, Odontotecnico.

(Fonte: Ministero della Salute)

5. I dati sulla presenza di operatori sanitari stranieri

Il quadro della salute a livello mondiale

Per avere un **quadro della salute a livello mondiale** degli operatori addetti, delle carenze riscontrate, torna utile “The World Health Report 2006” curato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità¹⁸. Sono quasi 60 milioni gli addetti del settore sanitario di cui poco meno di 40 milioni sono medici e infermieri, mentre i restanti sono coinvolti nelle attività di gestione e di management e in altre attività correlate. Purtroppo la gran parte di questi 60 milioni sono concentrati nei Paesi più ricchi e nelle città, mentre i Paesi poveri soffrono dell’esodo di competenze. In questi Paesi, dove si trova un quarto del “bisogno sanitario” mondiale, c’è solo il 3% del personale medico e paramedico del mondo.

Nell’Africa nera, per ogni diecimila abitanti ci sono solo 2,3 medici, mentre in Europa i valori sono dieci volte più elevati (18,9) e negli Stati Uniti e in Canada – dove il bisogno sanitario è il 10% di quello globale – si trova il 37% della forza lavoro.

Le persone che nel mondo non hanno modo di ricevere le minime cure sono più di un miliardo e trecento milioni. Nei Paesi in Via di Sviluppo la richiesta di “camici bianchi” (medici e infermieri) arriva a 2 milioni e trecentomila unità, mentre un milione e ottocentomila persone sono le altre figure professionali necessarie da coinvolgere nelle attività di sostegno e di assistenza. I Paesi più “sofferenti” sono 57 ed è l’Africa l’area dove sono più urgenti gli interventi. Qui ci sono 36 nazioni dove è più acuta la penuria di personale medico. Le urgenze sono tante e di diverso tipo. Serve personale che si occupi di vaccinare i bambini, assistere le donne durante la gravidanza e il parto, somministrare i trattamenti contro l’Aids, la malaria e la tubercolosi. Da sole le malattie infettive e le complicazioni durante la gravidanza e il parto tolgono la vita a oltre 10 milioni di persone. Nell’area subsahariana, riferisce il Rapporto, ci sono circa 750 mila medici e infermieri alle prese con 682 milioni di persone.

L’esigenza in queste terre si fa ancora più acuta che altrove, anche perché da qui molti dottori, spesso i più bravi, se ne vanno verso migliori stipendi e migliori opportunità, alla ricerca anche di un maggiore riconoscimento sociale. Oggi, quasi un quarto dei medici formati in Africa (il 23%) lavora in una delle nazioni dell’OCSE. In Paesi dove, secondo le stime dell’OMS, un medico arriva a guadagnare uno stipendio che può essere anche 15 volte più elevato di quello che avrebbe ricevuto nel suo Paese di origine.

La situazione italiana nel contesto dei Paesi industrializzati

In Italia la richiesta dei medici è notevolmente inferiore rispetto all’offerta sia nel settore pubblico che in quello privato e da questo sovrappiù deriva la sottoccupazione della categoria, in parte mitigata dalla scelta di un lavoro all’estero. Il Servizio Sanitario Britannico, per esempio, all’inizio del 2005 ha assunto 13 psichiatri italiani e, in collaborazione con l’Ambasciata britannica a Roma, l’università di Pavia e il Servizio EURES¹⁹, si è ripromesso di inserirne altri negli ospedali della contea dell’Essex nel Regno Unito²⁰. Un altro bacino occupazionale all’estero di questi operatori della salute è rappresentato dalla cooperazione allo sviluppo: la sola ong “Medici Senza Frontiere” conta sull’apporto temporaneo di 200 tra medici e infermieri di nazionalità italiana.

Si è visto che, **secondo l’OCSE**²¹, l’Italia è il primo Paese al mondo per numero di medici; il rapporto è di 4 medici ogni mille cittadini residenti, contro il 3 per mille della media mondiale. In

¹⁸ World Health Organization, *The world health report 2006: working together for health*, Geneva, 2006.

¹⁹ L’EURES (European Employment Services - Servizi europei per l’impiego) è una rete di cooperazione nata per facilitare la libera circolazione dei lavoratori all’interno dello Spazio economico europeo, a cui partecipa anche la Svizzera. Fra i partner della rete ci sono servizi pubblici per l’impiego, sindacati ed organizzazioni dei datori di lavoro. La rete è coordinata dalla Commissione Europea.

²⁰ La Repubblica Lavoro, 11 aprile 2005.

²¹ OECD, *Health Data 2005: Statistics and Indicators*, Paris, 2005.

termini di valori assoluti la Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO) fornisce le stime più recenti sul numero degli iscritti ai singoli ordini professionali pari a 354 mila medici. Anche se da diversi anni le facoltà universitarie di Medicina e Chirurgia sono a numero chiuso, secondo l'OCSE i nuovi laureati continuano ad essere in quantità maggiore rispetto alle esigenze. Anche il rapporto medici/infermieri vede primeggiare i primi (0,90 infermieri ogni medico), mentre secondo l'organizzazione internazionale la media ideale dovrebbe essere di un medico ogni cinque infermieri.

Sempre secondo l'OCSE, in Italia da tempo si registra una forte carenza di infermieri. Tra il 2002 e il 2003, la media era di 5,4 infermieri ogni mille abitanti, con un'incidenza molto più bassa rispetto alla media auspicata dall'OCSE (6,9‰) e a quella riscontrata negli altri paesi dell'Unione Europea (Francia 7,3 per mille, Regno Unito 9,1 per mille, Germania 9,7 per mille, Olanda 12,8 per mille, Irlanda 14,8 per mille) o nei paesi comunque dell'area dell'OCSE (Stati Uniti 7,9 per mille, Canada 9,8 per mille, Svizzera 10,7 per mille).

Va osservato, però, che a livello internazionale persiste una certa confusione sui parametri da utilizzare per definire i ruoli di medico e infermiere. Come ha denunciato l'Osservatorio Europeo sui Servizi Sanitari, in alcuni Paesi l'infermiere presenta una qualifica formativa di base, in altri e così anche in Italia, grazie a un percorso formativo universitario *ad hoc* e a competenze specifiche, acquisisce la capacità di agire anche in una certa misura indipendentemente dai medici. Di fronte alla generalizzata carenza di medici che si registra in gran parte d'Europa è stato favorito il trasferimento di competenze prima riservate ai soli medici e, da parte loro, gli infermieri professionali hanno trasferito i compiti infermieristici di base ad altre figure meno qualificate²².

Italia: un sistema sanitario avanzato carente di infermieri

Secondo l'IPASVI²³, l'ordine professionale di categoria, gli infermieri professionali attivi sono in totale 342.000, il 70% all'interno del SSN, il 20% presso strutture private e il 10% come liberi professionisti.

Attualmente **la mancanza di personale infermieristico a livello nazionale** si aggirerebbe intorno alle 62-99 mila unità, a seconda che si considerino gli iscritti ai Collegi IPASVI o gli infermieri dipendenti in forza ad AUSL e ospedali. Nell'ipotesi minima il fabbisogno sarebbe di circa 10.000 infermieri in alcune aree (Nord Est, Centro, Isole) e di poco più di 20.000 infermieri nelle aree del Nord Ovest e Sud.

Secondo l'ipotesi massima, il fabbisogno nazionale di nuovi infermieri da inserire nelle strutture sanitarie per il 2004 è stato di 98.870 unità²⁴, di cui 37 mila nel Nord (28 mila nel Nord Est, 9 mila nel Nord Ovest), quasi 15 mila al Centro, 31 mila nel Sud e 14 mila nelle Isole. A livello regionale le situazioni più critiche si registrano soprattutto in Lombardia con un fabbisogno pari a 12 mila nuovi infermieri e in Campania dove ne mancano almeno 9.900. Altre Regioni estremamente bisognose di personale infermieristico specializzato sono la Sicilia e il Piemonte con un ammanco rispettivamente di 7.700 e 7.500 nuovi infermieri. Situazioni difficili si registrano anche in Calabria (-5 mila), Lazio (-4,6 mila), Puglia (-4,1 mila), Trentino Alto Adige (-3,5 mila) e Veneto (-3,2 mila).

La carenza di infermieri è talmente grave che nel 2005 il governo ha emanato un decreto per autorizzare da una parte la riassunzione persino di quelli andati in pensione e dall'altra i contratti di lavoro a tempo determinato di un anno o il pagamento, con tariffe libero professionali, delle prestazioni extra-orario di chi è in ruolo²⁵.

²² European Observatory on Health Systems and Policies, *Human resources for health in Europe*, Open University Press, New York, 2006.

²³ Federazione Nazionale dei Collegi di Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia, *Rapporto annuale sulla formazione universitaria degli infermieri*, Roma, 2006.

²⁴ Da questa stima è escluso il crescente fabbisogno di assistenza domiciliare.

²⁵ Il Messaggero, 27 giugno 2005.

ITALIA. Stima fabbisogno nuovi infermieri (2004)

	Iscritti IPASVI	Stima Fabbisogno IPASVI	Dipendenti OCSE	Stima Fabbisogno OCSE
<i>Nord Ovest</i>	87.972	-22.237	60.170	-27.802
<i>Nord Est</i>	73.342	-9.910	63.957	-9.385
Nord	161.314	-32.147	124.127	-37.187
Centro	67.006	-10.592	52.068	-14.938
Sud	76.860	-20.320	45.025	-31.835
Isole	37.093	-8.882	22.181	-14.912
Italia	342.273	-61.117	243.403	-98.870

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Collegio IPASVI, OCSE

Si può ritenere, pertanto, che in Italia la figura dell'infermiere professionale rientri tra le professioni più difficili da reperire nel mondo del lavoro. Secondo un'indagine mondiale realizzata da *Manpower* sulle professioni più ricercate, in Italia gli infermieri si trovano al 5° posto dopo gli operai specializzati, gli addetti alla ristorazione, gli addetti ai servizi amministrativi e gli autisti²⁶.

Inoltre il *turn over* annuale (intorno ai 13/14 mila unità l'anno) è superiore alle nuove leve laureate in scienze infermieristiche che, secondo i dati del MIUR, sono appena 9 mila l'anno.

Questa carenza strutturale può ricondursi a diversi fattori: la pesantezza del lavoro e dei turni, l'inadeguatezza dello stipendio, il mancato riconoscimento del prestigio sociale e il lungo e impegnativo percorso formativo richiesto (un diploma di istruzione secondaria, una laurea triennale ed un periodo di tirocinio la cui retribuzione, secondo l'ISFOL, è di 486,58 euro mensili²⁷). A scoraggiare le nuove leve ha contribuito anche la sostituzione delle scuole regionali per infermieri professionali, gratuite, con i corsi di laurea in scienze infermieristiche, a pagamento²⁸.

Il quadro italiano così delineato risulta in linea con quanto denunciato nel Rapporto OMS 2006 sulla Salute, che ha sottolineato la necessità di nuovi interventi per la formazione e la valorizzazione degli operatori della salute e in particolare degli infermieri professionali²⁹.

L'invecchiamento della popolazione per effetto della riduzione della mortalità in età avanzata ha causato un forte aumento della popolazione anziana bisognosa di assistenza, sia a livello clinico/terapeutico che domiciliare, tant'è che nel 2004 era stato presentato (ma non approvato) un progetto di legge nazionale per equiparare l'ingresso degli assistenti alla persona a quello degli infermieri professionali, in deroga alle quote annuali, e permettere la deducibilità totale dei contributi previdenziali e assistenziali degli assistenti alla persona.

In questi anni il settore privato si è rivelato un mercato molto dinamico per gli infermieri, mentre in quello pubblico il *turn over* dei pensionati è stato consentito solo nel 50% dei casi.

L'andamento occupazionale degli operatori sanitari stranieri

L'archivio INAIL sulle denunce nominative degli assicurati consente di analizzare **l'andamento territoriale nel settore sanitario privato nel 2004**: più di 3.000 in ciascuna delle due aree settentrionali, quasi 2.000 nel Centro e meno di 1.000 nel Meridione, per un totale di quasi 13 mila assunzioni di lavoratori non comunitari (nell'anno precedente erano state un quinto di meno, pari a 10.756). A livello provinciale mille addetti non comunitari sono stati assunti nel corso dell'anno a Milano e tra i 400 e i 500 a Roma, Torino e Bergamo. A fine anno solo un terzo di questi contratti è risultato ancora in essere e questo conferma non tanto la venuta meno di queste presenze, quanto che le assunzioni avvengono prevalentemente a tempo determinato anche se alla scadenza solitamente si provvede al rinnovo (magari tardivamente registrato nell'archivio Inail).

²⁶ Manpower, *Talent Shortage Survey*, Milwaukee, 2006.

²⁷ Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori – ISFOL, *Rapporto ISFOL 2005*, Roma, novembre 2005.

²⁸ Nel triennio 1986-1989, ad esempio, la scuola professionale per infermieri della Regione Lazio, escluso un modesto contributo per le tasse scolastiche, forniva gratuitamente i libri di testo e prevedeva un rimborso spese mensile di circa 60.000 lire il primo anno, 100.000 lire il secondo anno e 140.000 lire il terzo anno.

²⁹ World Health Organization, *The world health report 2006: working together for health*, Geneva, 2006.

ITALIA. Assunzioni annuali di non comunitari nel settore sanitario privato: aree territoriali (2003-2004)

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a
<i>Nord Ovest</i>	3.420	2.061	1.359	39,7	3.768	2.623	1.145	30,4
<i>Nord Est</i>	3.090	1.835	1.255	40,6	3.332	1.955	1.377	41,3
Nord	6.510	3.896	2.614	40,2	7.100	4.578	2.522	35,5
Centro	1.571	895	676	43,0	1.895	1.110	785	41,4
Sud	500	383	117	23,4	599	405	194	32,4
Isole	164	125	39	23,8	204	121	83	40,7
Non Attribuito	125	49	76	60,8	152	79	73	48,0
Non Ripartito	1.886	1.429	457	24,2	2.979	2.038	941	31,6
ITALIA	10.756	6.777	3.979	37,0	12.929	8.331	4.598	35,6

FONTE: *Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati INAIL*

L'archivio delle denunce nominative degli assicurati INAIL consente anche di individuare le **aree di provenienza dei lavoratori nati all'estero assunti nel settore sanitario privato**: la metà è europea (tra essi sono mille quelli provenienti dai nuovi Stati membri dell'Unione Europea), più di 3.000 sono americani, 2.000 africani e molto meno di 1.000 asiatici. A livello di Paesi di origine, quasi un quinto dei nuovi assunti proviene dalla Romania (2.392). Al secondo posto si colloca il Perù (1.100 assunzioni) seguito da Polonia (892), Albania (757) e Marocco (742).

ITALIA. Assunzioni annuali di non comunitari nel settore sanitario privato: continenti di prov. (2003-2004)

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a
<i>Nuovi membri UE</i>	796	421	375	47,1	1.037	619	418	40,3
<i>Altri Paesi Europei</i>	4.396	2.463	1.933	44,0	5.485	3.382	2.103	38,3
Europa	5.192	2.884	2.308	44,5	6.522	4.001	2.521	38,7
Africa	1.843	1.426	417	22,6	2.195	1.551	644	29,3
Asia	708	483	225	31,8	767	557	210	27,4
America	2.955	1.950	1.005	34,0	3.389	2.190	1.199	35,4
Oceania	58	34	24	41,4	57	33	24	42,1
Totale	10.756	6.777	3.979	37,0	12.929	8.331	4.598	35,6

FONTE: *Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Inail*

Ogni anno Unioncamere, tramite l'**indagine Excelsior** condotta in collaborazione con il Ministero del Lavoro, cura **una stima del fabbisogno di nuove assunzioni da parte delle imprese private italiane**³⁰. Per il 2005 la stima Excelsior per le aziende operanti nel settore sanitario privato è stata di 30.410 persone con un notevole aumento rispetto al biennio precedente (24.519 nel 2003 e 21.910 nel 2004); i medici (360) sono appena un quarto rispetto ai farmacisti (1.250), che sono superati dai fisioterapisti (1.380), a loro volta superati dagli infermieri (4.230).

Per il 2004 si dispone di dati disaggregati sulle assunzioni previste da Unioncamere, che qui di seguito esponiamo per la dovizia di informazioni che se ne ricava, per perfezionare la conoscenza del settore.

Nella sanità e nei servizi sanitari privati per il 2004 è stato previsto un saldo di 5.490 unità a fronte di 25.530 entrate (all'incirca 1 saldo ogni 5 assunzioni), quasi equamente diviso tra personale non qualificato e personale qualificato.

I saldi sono addebitati in prevalenza a Lombardia (1.147), Emilia Romagna (753), Campania (523), Lazio (518) e Piemonte e Veneto (ciascuna Regione con più di 400 unità).

Per queste assunzioni viene richiesto personale giovane tra i 25 e i 30 anni. I due terzi dei contratti sono previsti a tempo indeterminato, mentre un quinto è a part time.

³⁰ Unioncamere - Ministero del Lavoro Sistema informativo Excelsior, *Il lavoro che ci aspetta, Progetto Excelsior 2005, Le figure professionali richieste dalle imprese*, Roma, 2005.

Le assunzioni previste sono destinate nel 27,3% dei casi alle donne, nel 6,8% agli uomini e nel 65,9% dei casi entrambi i sessi vengono ritenuti egualmente adatti (per gli infermieri la disponibilità ad assumere personale di entrambi i sessi sale all'86,9%).

Quasi la metà di queste assunzioni è considerata di difficile reperimento, specialmente perché la figura professionale richiesta è scarsamente presente. Inoltre, il settore della sanità e dei servizi sanitari privati è quello in cui le assunzioni previste sono subordinate ad uno tra i più alti livelli di istruzione (tra universitario, secondario o professionale). Nei quattro quinti dei casi viene anche richiesta una esperienza previa, anche generica, seppure limitata ad un anno (questa basta nel 52% dei casi).

Nel settore della sanità e dei servizi sanitari privati la metà delle imprese, internamente o esternamente, ha effettuato corsi di formazione per il personale (il dato si riferisce al 2003), ma ne ha potuto usufruire poco meno di un terzo del personale (29,2%).

Gli infermieri che si prevede di assumere nel 2004 sono 4.945, nei tre quarti dei casi di difficile reperimento, difficoltà invece che si attenua (solo un caso su tre) per gli altri specialisti delle scienze della salute (1.229), come anche per i medici (338) e per i farmacisti (888). Le altre figure professionali più richieste sono quelle degli assistenti socio-sanitari sia presso le istituzioni che a domicilio (rispettivamente 9.410 e 1.740) e i fisioterapisti e affini (1.450).

Complessivamente, nel settore della sanità e dei servizi sanitari privati sono 11.003 le figure di alta e media specializzazione che le aziende hanno intenzione di assumere nel 2004 (il fabbisogno è salito a 14.270 nel 2005).

Le assunzioni previste nel 2004 di operatori extracomunitari vanno da un minimo di 4.915 ad una massimo di 10.948: nella prima ipotesi incidono per il 19,4%, nel secondo per il 43,2% sul totale delle assunzioni previste. Questo personale è così necessario che in un terzo dei casi si è disponibili all'assunzione anche a prescindere da un'esperienza specifica.

ITALIA. Fabbisogno nuove assunzioni nel settore della sanità e dei servizi sanitari privati (2003-2005)

		2003	%	2004	%	2005	%	Var. 2004-05
Specialisti Scienza della salute (eccetto assistenza infermieristica)	Medici	258	1,1	340	1,6	360	1,2	5,9
	Farmacisti	970	4,0	890	4,1	1.250	4,1	40,4
	Totale	1.228	5,0	1.230	5,6	1.610	5,3	30,9
Tecnici paramedici (eccetto assistenza infermieristica)	Assistenti sanitari	3.036	12,4	60	0,3	60	0,2	0,0
	Fisioterapisti e affini	1.325	5,4	1.450	6,6	1.380	4,5	-4,8
	Tecnici paramedici	876	3,6	90	0,4	70	0,2	-22,2
	Altre professioni	-	-	280	1,3	330	1,1	17,9
Totale	5.237	21,4	1.880	8,6	1.840	6,1	-2,1	
Infermieri professionali ed Ostetriche	Infermieri professionali	4.677	19,1	4.860	22,2	4.230	13,9	-13,0
	Altre professioni	5	0,0	90	0,4	-	-	-
	Totale	4.682	19,1	4.950	22,6	4.230	13,9	-14,5
Assistenti sociali	Totale	1.497	6,1	2.700	12,3	8.460	27,8	213,3
Altri operatori dell'assistenza	Assistenti socio-sanitari presso le istituzioni	9.377	38,2	9.410	42,9	12.050	39,6	28,1
	Assistenti socio-sanitari a domicilio	2.498	10,2	1.740	7,9	2.220	7,3	27,6
	Totale	11.875	48,4	11.150	50,9	14.270	46,9	28,0
TOTALE	24.519	100,0	21.910	100,0	30.410	100,0	38,8	

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Unioncamere - Ministero del Lavoro Sistema informativo Excelsior

Si dispone del consuntivo sulle assunzioni effettuate solo per il 2003 (quasi 11 mila) e il 2004 (13 mila), mentre per il 2005 sono disponibili solo i dati sulle assunzioni previste.

Se si considera che ogni anno più della metà dei posti offerti rimane inevaso, tutto lascia ipotizzare che il fabbisogno aggiuntivo di operatori sanitari sia destinato a crescere e a coinvolgere sempre più i lavoratori non comunitari.

a) Approfondimento sugli infermieri stranieri

Nel 2004/2005 i **neolaureati in scienze infermieristiche** in Italia sono stati 9.400 secondo i dati dell'Ufficio di Statistica del MIUR (Cfr., tabelle in allegato). Il ricambio fisiologico di questi addetti in caso di soddisfacimento dell'offerta è di 15.265 posti di lavoro, secondo la stima ipotizzata per il 2005 dalle Regioni, o di 17.200, secondo l'IPASVI. Gli **immatricolati** sono stati invece circa 11 mila, con un discreto aumento rispetto agli anni precedenti, settore in cui i neolaureati riescono generalmente a trovare lavoro entro tre mesi dalla conclusione degli studi. Anche secondo l'indagine annuale condotta dal consorzio interuniversitario Alma Laurea nel 2005, ad un anno dal conseguimento della laurea, era occupato il 97% dei laureati in discipline inerenti le professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche rispetto al 77% dei laureati in Medicina e Chirurgia³¹.

Nonostante ciò, circa il 14,5% dei posti disponibili negli atenei italiani per la formazione infermieristica è rimasto inutilizzato per mancanza di iscritti, percentuale che scende al 7,3% nell'Italia meridionale. Il 71% delle matricole è composto da donne, che hanno un'età media di 22,6 anni e sono in leggero ma costante aumento. Il titolo di studio più diffuso al momento dell'iscrizione è il diploma conseguito in prevalenza negli istituti tecnici (31,0%), seguiti dai licei classici (27,9%) e dagli istituti professionali (15,6%)³².

Si è visto che gli infermieri immigrati, per quanto non assoggettati alle quote annuali e facilitati così per l'ingresso, devono ottenere il **riconoscimento del titolo di studio**, pratica questa che allunga i tempi della procedura, mentre per i comunitari è sufficiente il nulla osta del Ministero della Salute. L'equipollenza del titolo conseguito dagli infermieri all'estero, che è di competenza di una Commissione nazionale del Ministero della Salute, apre la via all'iscrizione al Collegio IPASVI del luogo di lavoro o di domicilio, ma alla condizione già ricordata di aver superato un esame in materia di deontologia e leggi professionali e un altro di lingua italiana (quest'ultimo non obbligatorio per i comunitari).

Le modalità di iscrizione al Collegio possono variare da provincia a provincia, prassi che può creare disorientamento per le agenzie di lavoro, che nel rapporto OASI 2005 hanno denunciato l'ostruzionismo di alcune sedi³³.

Secondo i **dati dell'IPASVI**, nell'arco del triennio 2002-2005 **gli infermieri stranieri in Italia** sono aumentati di 4.118 unità, passando da 2.612 a 6.730. Nel 2005 il contingente è risultato costituito per il 69% da persone provenienti dal continente europeo (per il 30% neo comunitari e per il 39% europei non appartenenti all'UE). Per il resto gli infermieri non italiani risultano rappresentati da americani (12,5%, per la maggior parte provenienti dal Sud America), da asiatici (12,2%), da africani (6,6%) e, per il restante 0,4%, da cittadini provenienti dall'Oceania. L'incidenza percentuale degli europei è rimasta all'incirca la stessa (ma è diminuita quella dei non comunitari dopo l'adesione all'UE dei nuovi Stati membri), mentre è aumentata l'incidenza degli asiatici ed è diminuita quella degli africani (ma non in valori assoluti). Le variazioni più vistose si sono registrate nel caso degli infermieri provenienti dall'UE grazie all'integrazione dei nuovi paesi membri e dall'Oceania, dove però siamo di fronte a dati poco significativi in termini di consistenza.

ITALIA. Infermieri stranieri: continenti di provenienza (2002 e 2005)

	2002	%	2005	%	Variaz. % 2002-05
UE	16	0,6	1.989	29,6	12.331,3
Europa non comunitaria	1.821	69,7	2.616	38,9	43,7
Europa	1.837	70,3	4.605	68,5	150,68
Africa	366	14,0	443	6,6	21,0

³¹ Alma Laurea, *Condizione Occupazionale dei Laureati 2005. VIII Indagine*, Bologna, 2006.

³² Ipasvi, *Laurea specialistica in Scienze infermieristiche: i candidati, gli ammessi e le prove. Rapporto 2004-2005*. Roma, 2006.

³³ Cergas Bocconi, *Rapporto OASI 2005. L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Egea, Milano, 2005.

Asia	105	4,0	820	12,2	681,0
America	302	11,6	838	12,5	177,5
Oceania	2	0,1	24	0,4	1.100,0
Tot. infermieri non comunitari	2.596	99,4	4.741	70,4	82,6
Totale infermieri	2.612	100,0	6.730	100,0	157,7

Fonte: Fonte Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati IPASVI 2002 e 2005

Invece secondo i dati dell'IPASVI, relativi al 2002, gli infermieri stranieri provenivano principalmente dalla Romania (37,2%), dalla Polonia (16,3%) e dalla Tunisia (12,7%). Al di sotto dell'8% si posizionano il Perù con il 7,8%, l'Albania (5,3%), l'India (3,4%), la Croazia (2,9%) e la Serbia-Montenegro (2,8%). Meno rappresentative, ma pur sempre presenti, la Bosnia-Erzegovina e Cuba, con rispettivamente l'1,8% e l'1,2%.

ITALIA. Infermieri stranieri (2002). Nazionalità di provenienza

	v.a.	%
Romania	971	37,2
Polonia	427	16,3
Tunisia	331	12,7
Perù	205	7,8
Albania	138	5,3
India	90	3,4
Croazia	76	2,9
Serbia-Montenegro	74	2,8
Bosnia-Erzegovina	45	1,8
Cuba	30	1,2
Totale	2.612	100,0

Fonte: Fonte Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati IPASVI 2002

A dispetto dei dati riportati, secondo lo stesso IPASVI in Italia sono già 20.000 gli infermieri professionali stranieri attivi nelle corsie di ospedali, ospizi e case di cura. Le richieste più pressanti di assunzioni di nuovi infermieri provengono dalle cliniche private, dalle case di riposo e dagli istituti per anziani e disabili non autosufficienti. Nell'ultimo anno i non comunitari che hanno ottenuto l'equipollenza sono stati circa 8-9mila, provenienti principalmente da Perù, Colombia, Brasile, Romania, Bulgaria, Albania.

Almeno 8 mila infermieri stranieri sono attivi nelle regioni del Nord, dove maggiore è l'emergenza. La presenza varia anche da struttura a struttura. Negli ospedali di grandi come Torino, la percentuale degli infermieri immigrati può salire, a seconda delle strutture, al 60% dell'organico. Presso l'Ospedale maggiore di Trieste, il 10% dell'organico è straniero e proviene per lo più dalla vicina Slovenia e dalle altre repubbliche dell'ex Jugoslavia. Da Firenze in giù le percentuali sono più basse, mentre nelle regioni autonome Val d'Aosta e Trentino Alto Adige sono richieste anche, rispettivamente, la lingua francese e tedesca.

Anche il settore ospedaliero privato, come riferisce l'associazione di categoria AIOP, a partire dal 2001, è ricorso all'inserimento di infermieri non comunitari e comunitari, in stretta collaborazione con il Ministero della Salute e il Ministero del Lavoro, attraverso il Progetto Eures. Tra il 2001 e il 2004 nei soli ospedali privati AIOP si sono inseriti 700 infermieri stranieri, di cui 440 attraverso il progetto italo-spagnolo firmato a Madrid il 23 giugno 2003 e 250 attraverso l'Agenzia governativa di cooperazione tunisina con il supporto dell'Ambasciata italiana a Tunisi. Un nuovo progetto è in corso di ultimazione con la rete Eures della Finlandia³⁴.

Figure importanti sono anche gli Operatori Tecnici dell'Assistenza presso gli Ospedali (OTA), spesso veri e propri infermieri nel loro paese di origine, mentre in Italia impiegate come

³⁴ Mondo salute, n. 2, Aprile 2004, pp. 52-53.

operatori a supporto del personale infermieristico nelle attività assistenziali, prive di un formale riconoscimento.

Modalità di collocamento degli infermieri

La legge n. 30 del 14 febbraio 2003 (Legge Biagi) affida **le assunzioni** alle **agenzie interinali di lavoro**, che abilitati ad operare anche direttamente all'estero. Si stima che per il settore infermieristico il giro d'affari di queste agenzie interinali possa aggirarsi sui 300 milioni di euro l'anno, calcolato questo su un fabbisogno di 40 mila addetti³⁵, in quanto in cambio dello svolgimento delle pratiche per l'equipollenza dei titoli e della ricerca dell'alloggio, le agenzie richiedono anche il 20-25% dello stipendio lordo mensile dell'infermiere³⁶.

Una delle prime esperienze è stata quella dell'agenzia di lavoro interinale ALI, che già nel 2004 aveva stipulato in Ungheria accordi con una quindicina di scuole professionali magiare, per offrire una borsa di studio finalizzata alla formazione e alla selezione di personale infermieristico con la disponibilità di 3.500 euro pro capite, bonus per il trasferimento incluso³⁷.

Attualmente, secondo il Rapporto OASI 2005, sono otto le agenzie per il lavoro attive nel mercato infermieristico (Adecco Italia, ALI, Archimede, Ge.Vi., La Dominus, Obiettivo Lavoro, Quanta, Temporary). Di queste, sei somministrano personale esclusivamente straniero, investendo direttamente nel reclutamento internazionale³⁸. Il più delle volte la loro attività è sostenuta da filiali su misura, oppure si reggono sulle inserzioni e il passaparola. Nella maggioranza dei casi offrono corsi di lingua e di formazione, sia prima che dopo la partenza, ed è possibile anche usufruire di un servizio di assistenza alloggiativa direttamente presso il paese di accoglienza.

Da quanto precede risulta che le aziende, private e pubbliche, si rivolgono alle agenzie per rimediare dall'estero alla carenza di personale infermieristico locale; nel settore pubblico ciò avviene per aggirare i limiti stabiliti per le assunzioni o per risolvere gravi problemi temporanei di carenza di personale.

Operano sul mercato **cooperative**, create anche da infermieri stranieri già presenti in Italia o da studi professionali associati, che, anziché somministrare personale, si occupano di gestire servizi (*outsourcing*).

Le cooperative erogano gli stipendi previsti dal contratto privato o pubblico per gli infermieri professionali, ma non sono rare le situazioni di abuso che vedono gli immigrati ricevere dalle cooperative trattamenti retributivi peggiori rispetto ai loro colleghi assunti in maniera diretta dagli ospedali³⁹, come è stato denunciato anche dall'Associazione Stranieri Infermieri in Italia⁴⁰.

Nel recente rinnovo del contratto privato, la percentuale di personale infermieristico assunto con contratti a termine è stata portata al 40% del contingente dei lavoratori a tempo indeterminato, allo scopo evidente di favorire nuove assunzioni. L'IPASVI, inoltre, sta favorendo, con l'aiuto del Ministero della Salute, le strategie di selezione nei Paesi di origine, in particolare nel Nord Africa e in America Latina, anche con la collaborazione delle agenzie di somministrazione, salvo restando un esame da parte di una commissione formata da rappresentanti dell'Ordine e del Ministero della Salute⁴¹. La Provincia di Parma, ad esempio, in collaborazione con l'Azienda ospedaliera locale e il Collegio IPASVI, ha siglato una intesa con l'Università Babes-Bolyai di Cluj-Napoca (Romania) e

³⁵ Ires-Cgil, *Quarto Rapporto sull'immigrazione*, Ediesse, Roma, 2006.

³⁶ Il Mondo, 9 settembre 2005, p. 29.

³⁷ Il Sole 24 Ore, 1 dicembre 2004.

³⁸ Cergas Bocconi, *Rapporto OASI 2005. L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Egea, Milano, 2005.

³⁹ Sempre più frequenti sono le indagini giornalistiche su questo tema: solo per citare gli articoli più recenti cfr., Panorama, 25 agosto 2005, p. 59; La Stampa, 3 gennaio 2006, p. 39; Il Manifesto, 7 febbraio 2006; Metropoli. Supplemento di Repubblica, 26 febbraio 2006, p. 7. Anche i media televisivi si sono mostrati molto attenti a questo tema: ad esempio, nel gennaio 2006 la televisione pubblica Rai ha trasmesso la testimonianza anonima di una infermiera romena vittima del cosiddetto "caporalato infermieristico" (TG3 Shukran).

⁴⁰ Redattore Sociale, 26 ottobre 2004.

⁴¹ Il Sole 24 Ore, 4 luglio 2005.

con il locale Istituto di Cultura Italiana (IIC) per facilitare l'inserimento lavorativo di infermieri professionali romeni. Dal 2003 è stato istituito a Cluj-Napoca presso l'Università un corso integrativo per infermieri professionali laureati, mirato a una specifica preparazione sulla lingua, la legislazione sanitaria e la deontologia medica italiane. Dal 2005, poi, l'IIC di Cluj-Napoca è stato incaricato della formazione linguistica del personale infermieristico laureato intenzionato a trasferirsi presso le strutture sanitarie della provincia di Parma. Nel 2005, sono stati 26 gli infermieri romeni che si sono inseriti nelle strutture sanitarie parmensi, mentre per il 2006 dovrebbero arrivarne altri 40⁴².

A livello locale, nonostante le preoccupanti carenze di manodopera infermieristica, si registra, tuttavia, anche una sorta di "protezionismo lavorativo" in difesa degli infermieri autoctoni e a tale riguardo è stato citato l'Assessorato regionale alla Sanità della Regione Veneto⁴³. Di contro, esiste anche una quota di personale infermieristico autoctono che, seppure minoritaria, promuove l'assunzione di infermieri e operatori sanitari stranieri, al fine di supportare in tal modo il processo di internazionalizzazione del personale impiegato nelle strutture pubbliche e private.

Da più parti sono stati sollevati dubbi e perplessità, anche motivati, rispetto alla formazione, alle competenze linguistiche e allo stesso riconoscimento del titolo da parte ministeriale⁴⁴. Certamente la questione della competenza linguistica - fondamentale per comunicare adeguatamente con i pazienti, i medici e l'équipe curante - non può risolversi in un corso accelerato di italiano svolto prima di partire. Al riguardo un'esperienza degna di attenzione è stata quella di 60 infermiere polacche assunte dalla AUSL di Modena nel 2001: una parte di loro usufruì, con il concorso dell'ente pubblico, dell'ingresso sotto sponsorizzazione (peraltro abolito, subito dopo, dalla legge n. 189/2002) e concluse direttamente in Italia la pratica per il riconoscimento del titolo, oltre a svolgere corsi di perfezionamento linguistico⁴⁵.

L'esperienza della regione autonoma Friuli Venezia Giulia, riportata in uno studio dell'OCSE sugli accordi bilaterali in materia di lavoro, testimonia infine la tendenza delle infermiere romene altamente specializzate ad accettare incarichi da infermiere generiche pur di garantirsi la possibilità di lavorare all'estero. In questo caso è emersa anche l'enorme differenza di salario che caratterizza un'infermiera esperta con 15 anni di attività alle spalle in patria rispetto ad una che è al suo primo impiego in Italia: quest'ultima guadagna anche 10 volte più ed è in grado di risparmiare in breve tempo tanto quanto basta per comprare una casa nuova in Romania⁴⁶.

Per quanto riguarda le **retribuzioni** per gli immigrati, in caso di regolare assunzione, è previsto lo stipendio del contratto privato o pubblico degli infermieri professionali. Nei Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro (CCNL) della sanità pubblica e privata gli infermieri professionali vengono inquadrati con la qualifica di *personale laureato*, invece nei contratti di "cooperazione sociale"⁴⁷ (cui sono soggette le imprese sociali convenzionate con enti pubblici o privati) gli infermieri non rientrano tra il personale laureato.

I contratti di "cooperazione sociale" sono i contratti con i trattamenti economici e normativi meno vantaggiosi. La cooperazione sociale opera per il 90% nel settore socio-assistenziale e ha una posizione egemone su questo mercato perché offre prestazioni a costi inferiori rispetto a quanto previsto dal CCNL.

Riprendendo una considerazione già in precedenza introdotta, è bene sottolineare che secondo un'indagine dell'Ires CGIL gli infermieri che prestano servizio nelle cooperative, rispetto ai loro colleghi assunti direttamente presso le strutture sanitarie (i cosiddetti strutturati), hanno un monte orario maggiore (165 ore contro 156), retribuzioni inferiori e spesso non hanno diritto a

⁴² L'Informazione, 21 febbraio 2006, p. 17.

⁴³ Corriere del Veneto, 18 febbraio 2006, p. 1.

⁴⁴ Il Giornale, 22 giugno 2005, p. 23.

⁴⁵ Il Nuovo, 26 giugno 2001.

⁴⁶ Barbin Jean Gabriel, *Recruitment of nurses in Romania by the Friuli Venezia Giulia region in Italy*, in OECD, *Migration for Employment. Bilateral agreements at a crossroads*, OECD, Paris, 2004, pp. 215-216.

⁴⁷ Legge 8 novembre 1991, n. 381 (in GU 3 dicembre 1991, n. 283) Disciplina delle cooperative sociali.

nessun tipo di indennità (per turni notturni e festivi, per l'assistenza domiciliare, indennità SERT⁴⁸, ecc).

Al Nord gli stipendi sono inferiori mediamente del 20-25% rispetto agli strutturati e altrove anche più del 42%, inoltre le retribuzioni degli infermieri che lavorano nelle cooperative non sono omogenee in tutto il territorio italiano. A Roma la tariffa per i soci-lavoratori delle cooperative è molto bassa (circa 7-8 euro l'ora contro le 8-10 del Nord Italia)⁴⁹.

Al primo impiego l'infermiere professionale straniero generalmente recepisce uno stipendio mensile netto intorno ai 1.100 euro, che, con l'indennità di turno e quella di reparto (circa 5 euro al giorno), può aumentare di poche centinaia di euro al mese. Se si tratta di un operatore socio-sanitario, per il quale non è richiesto un titolo di scuola secondaria superiore in quanto assunto come generico, lo stipendio oscilla tra i 900 e i 1.050 euro.

Valori annui lordi dell'indennità professionale specifica da corrispondere per dodici mensilità

PROFILO	Val. annuo
Addetto alle pulizie - fattorino - commesso - ausiliario specializzato	---
ausiliario specializzato (ex ausiliario socio sanitario specializzato)	278,89
operatore tecnico - coadiutore amministrativo - coadiutore amministr. esperto	---
operatore tecnico specializzato - operatore socio sanitario	---
operatore tecnico coordinatore	483,40
massofisioterapista - massaggiatore	516,46
puericultrice	640,41
infermiere generico e psichiatrico con un anno di corso	764,36
massofisioterapista-massaggiatore esperto	516,46
puericultrice esperta	640,41
infermiere generico e psichiatrico con un anno di corso esperto	764,36
assistente amministrativo - programmatore - assistente tecnico	---
operatore tecnico specializzato esperto (salvo quanto previsto all'art. 18, comma 6 CCNL 2002-2005)	---
collaboratore prof. sanitario (esclusi i profili di cui al punto successivo) - assistente religioso - collab. professionale assistente sociale - collab. amministrativo professionale - collab. tecnico-professionale	---
collaboratore professionale sanitario:	
a) infermiere - infermiere pediatrico - assistente sanitario - ostetrica;	433,82
b) tecnico sanitario di radiologia medica.	1.239,50
collaboratore prof. sanitario esperto (esclusi i profili di cui al punto successivo) - collab. amministrativo professionale esperto - collab. tecnico-professionale esperto - collab. professionale assistente sociale esperto	---
collaboratore professionale sanitario esperto:	
a) ex operatore professionale dirigente;	340,86
b) tecnico sanitario di radiologia medica.	1.239,50

N.B. La presente tabella sostituisce la tabella F allegata al CCNL 20 settembre 2001, relativo al II biennio economico 2000-2001, ai sensi dell'art. 28, comma 3 del presente contratto

FONTE: Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro 2002-2005

b) Approfondimento sui medici stranieri

La presenza di medici stranieri in Italia è caratterizzata prevalentemente da due realtà: il loro numero, pur consistente, tende ad aumentare in misura minore rispetto a quello degli infermieri e, in secondo luogo, è composto in larga misura da comunitari o da persone provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato. Anche per loro vale l'impossibilità di essere assunti direttamente presso le strutture pubbliche; nondimeno molti di loro sono presenti presso gli ospedali pubblici come liberi professionisti retribuiti attraverso un sistema di gettoni o di compenso a prestazione occasionale sebbene per periodi prolungati presso la medesima struttura. Questa prassi è particolarmente diffusa anche nel privato, dove tuttavia sarebbe formalmente possibile addivenire alla piena assunzione di personale straniero non comunitario.

⁴⁸ Servizi per le Tossicodipendenze.

⁴⁹ Ires Cgil, *Quarto Rapporto sull'immigrazione*, Ediesse, Roma, 2006, pp. 61-191.

Secondo i dati raccolti dall'ENPAM in collaborazione con gli Ordini Provinciali, sono 12.527 i medici chirurghi e odontoiatri di nazionalità straniera operanti in Italia. I laureati in medicina e chirurgia sono complessivamente 10.433, quelli in odontoiatria 1.294, e gli iscritti al doppio albo 808. Il 37% è composto da donne (4.753). La classe di età più rappresentata è quella che va dai 41 ai 50 anni, mentre gli ultrasessantenni maschi sono 514 e le femmine 112⁵⁰.

ITALIA. Medici stranieri: ripartizioni territoriali di inserimento (2004)

	v.a. medici	% ripart. territoriale	% totale soggiornanti
Nord Ovest	3.338	26,6	34,0
Nord Est	3.248	25,9	25,3
Centro	3.437	27,4	27,1
Sud	1.668	13,3	9,9
Isole	836	6,7	3,7
Totale	12.527	100,0	100,0

FONTE: Fonte Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati ENPAM e Ministero Interno

La metà dei medici stranieri registrati all'Ordine si concentra in 4 **regioni**: Lazio e Lombardia con poco più di 2.000 medici, seguite da Veneto ed Emilia Romagna con poco più di 1.200. A livello di capoluoghi Roma e Milano guidano la graduatoria e hanno rispettivamente 1.855 e 1.035 medici.

Un medico straniero su due proviene dall'Europa (47,8%), con una preponderanza di medici di origine comunitaria e neocomunitaria (30,6%). Seguono nella graduatoria i medici provenienti dall'America (20,1%), dall'Asia (18,6%) e dall'Africa (12,7%). Rapportata alla percentuale dei soggiornanti, sono i comunitari e gli americani ad avere un'incidenza maggiore per presenza di medici. Disaggregando i dati a livello di **nazioni di provenienza**, guidano la classifica la Germania (1.034), seguita dalla Svizzera (760), Iran (713), Francia (649), Grecia (646) e Stati Uniti (602). In minor numero, ma con più di 500 presenze, sono i medici venezuelani e argentini, mentre coloro che provengono dall'ex Jugoslavia e dalla Romania sono rispettivamente 437 e 389.

ITALIA. Medici stranieri: aree continentali di provenienza (2004)

	v.a.	%	% Soggiornanti 2004
UE 25	3.829	30,6	47,3
Resto d'Europa	2.149	17,2	
Africa	1.590	12,7	17,2
Asia	2.328	18,6	18,6
America	2524	20,1	20,1
Oceania	107	0,9	0,9
Totale	12.527	100,0	100,0

FONTE: Fonte Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati ENPAM e Ministero Interno

Confrontando i dati sui soggiornanti stranieri al 31.12.2004 con i medici stranieri operanti in Italia alla stessa data, si rileva che il Nord Est e il Centro hanno all'incirca la stessa quota percentuale di soggiornanti e di medici, il Nord Ovest ha una quota più bassa di medici rispetto ai soggiornanti (-7,4 punti percentuali) e il Sud e le Isole una quota più alta di medici (ciascuna area 3 punti percentuali in più). Le regioni con uno scarto di almeno 2 punti percentuali in più di medici rispetto ai soggiornanti sono: Trentino Alto Adige, Lazio, Abruzzo e Sicilia. È difficile allo stato delle cose interpretare queste differenze e tutto lascia intendere che debbano essere condotti studi più particolareggiati sui diversi contesti territoriali. Sarebbe interessante poter valutare quanto possa influire la presenza di Università specialistiche e/o l'esistenza di comunità presenti in modo stabile sul territorio che spingano i propri figli a scegliere tale indirizzo di studi.

⁵⁰ Perelli Marco Ercolini, *I medici stranieri in Italia*, in <http://www.assimedici.it/espertorisponde.htm>.

ITALIA. Medici stranieri: paesi di provenienza (2004)

	v.a. medici	% ripart. territoriale	stima soggiornanti
Germania	1.034	8,3	47.191
Svizzera	760	6,1	22.646
Iran	713	5,7	7.851
Francia	649	5,2	33.705
Grecia	646	5,2	8.395
Stati Uniti	602	4,8	61.322
Venezuela	575	4,6	5.667
Argentina	526	4,2	18.482
Jugoslavia	437	3,5	152.788
Romania	389	3,1	304.067
Totale	12.527	100,0	2.786.340

FONTE: Fonte Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati ENPAM e Ministero Interno

6. L'istruzione, la formazione, le qualifiche e il riconoscimento dei titoli⁵¹*Corso di laurea in Medicina*

Il **corso di laurea in Medicina e Chirurgia** ha la durata di sei anni e si conclude con un esame che comprende la discussione di una tesi⁵². Per esercitare la professione di medico occorre tuttavia ottenere l'abilitazione, mediante l'esame di stato. Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia è possibile specializzarsi presso le **Scuole di Specializzazione in Medicina (SSM)**, articolate in 53 orientamenti specifici.

Le scuole prevedono un numero programmato sulla base del fabbisogno nazionale di medici specialisti nelle varie tipologie, secondo procedure facenti capo al Ministero della Istruzione, della Università e Ricerca (MIUR). Il corso degli studi per ogni singola scuola di specializzazione, generalmente della durata di 4 anni, è definito nell'ordinamento didattico della scuola ai sensi della normativa CEE con il Decreto Legislativo 8 agosto 1991 n. 257. L'ammissione alle scuole di specializzazione avviene sulla base del D.M. 25 febbraio 2003 n. 99, in attuazione dell'articolo 36 del Decr. Lgs. 17 agosto 1999 n. 368. È previsto un tirocinio da svolgere presso le strutture universitarie e in quelle ospedaliere convenzionate.

Per accedere alla scuola di specializzazione un medico straniero deve procurarsi una borsa di studio offerta da un ente riconosciuto dal Ministero degli Esteri o finanziata dall'ambasciata del proprio paese di provenienza. Per il 2004/2005 le borse di studio riservate a specializzandi stranieri sono state 21⁵³. Per il 2005/2006, il MIUR ha fornito le seguenti indicazioni relativamente all'**ammissione di medici stranieri nelle scuole di specializzazione mediche** per l'anno accademico 2005/2006:

- i cittadini comunitari medici accedono alle Scuole di specializzazione alle stesse condizioni (cioè bando di concorso) e con gli stessi requisiti dei cittadini italiani (laurea e abilitazione all'esercizio professionale);
- i rifugiati politici medici sono equiparati ai comunitari;
- i cittadini stranieri provenienti dai PVS medici partecipano al concorso di ammissione alle scuole di specializzazione in medicina per posti in soprannumero, previa verifica delle capacità ricettive delle strutture universitarie (D.Lgs n. 386/99, art. 35, ultimo comma) e sulla base dell'assegnazione di borse di studio da parte del Ministero degli Affari Esteri (L. n. 49/87);

⁵¹ I dati qui riportati sono tratti dal sito web del Ministero della Salute: www.ministerosalute.it.

⁵² Va ricordato che la direttiva 93/16/CE ha stabilito sei anni di formazione universitaria per i medici e tre anni per gli infermieri.

⁵³ MIUR, decreto 9 febbraio 2005 concernente l'assegnazione alle Università delle borse di studio per l'ammissione di medici alle scuole di specializzazione nell'anno accademico 2004/2005.

▪ i cittadini non comunitari medici sono ammessi al concorso a parità di condizione con gli italiani se: titolari di carta di soggiorno o di permessi di soggiorno per lavoro subordinato o per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico o umanitario, per motivi religiosi; titolari di diploma di laurea e abilitazione italiana o riconoscimento del titolo conseguito all'estero.

Corso di laurea in Infermieristica

L'istituzione delle **scuole di formazione infermieristica**, risalente fin dal Regio decreto n. 1832 del 15 agosto 1925, ha conosciuto un rinnovamento solo dopo la legge 341 del 19 novembre 1990 che ha riformato gli ordinamenti didattici universitari dal diploma universitario di primo livello in Scienze infermieristiche. Il decreto legislativo n. 502/1992 e le successive modifiche hanno sancito il passaggio definitivo alla formazione universitaria, per cui il titolo rilasciato viene qualificato come "diploma universitario".

Attualmente per diventare infermieri è necessario un **corso universitario di laurea triennale**. L'ordinamento didattico è definito dalla normativa nazionale (Decreto Interministeriale 2 aprile 2001 *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie*, pubblicato nel S.O. n. 136 alla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 5 giugno 2001), ma può essere variato dalle università fino ad un terzo del programma *standard*. Si tratta, comunque, di variazioni limitate all'introduzione o sottrazione di alcune materie dei vari settori scientifico-disciplinari e strettamente connesse alle esigenze sanitarie e di mercato di carattere locale e all'organizzazione del curriculum individuale. La flessibilità del programma permette in questo modo una formazione del personale infermieristico più rispondente alle esigenze e ai problemi locali e del Servizio Sanitario Regionale.

Come già in precedenza osservato, coloro che si laureano in tale disciplina possono svolgere la loro attività professionale in strutture sanitarie sia pubbliche che private e anche nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale. Dopo il conseguimento della laurea è possibile proseguire con le iniziative di formazione permanente o con l'iscrizione a un master di primo livello, oppure alla laurea specialistica.

I **master** consentono di acquisire crediti formativi universitari e possono essere a orientamento clinico, organizzativo, didattico/formativo o di ricerca. Le normative CEE hanno già disciplinato le offerte di formazione clinico-assistenziale post base da garantire a livello europeo, accettando come "specializzazioni" infermieristiche corsi di perfezionamento e master in aree specialistiche quali psichiatria, geriatria, medicina di comunità e pediatria. In molte università sono istituiti master di primo livello per l'area organizzativa e le funzioni gestionali e di coordinamento.

Nel 2004, è nato anche il corso di laurea specialistica delle professioni sanitarie (poco dopo denominato "magistrale" grazie al Decreto Ministeriale n. 270 del 2004), che nell'anno accademico 2004/05 ha visto coinvolti 15 atenei, con un'offerta complessiva di 578 posti.

La laurea specialistica in scienze infermieristiche fornisce le basi per sviluppare a livello elevato e in più contesti clinico-assistenziali, la capacità di analizzare i bisogni, pianificare, progettare e gestire interventi, valutare e fare ricerca. La gamma di posizioni e competenze che si acquisiscono con la laurea specialistica sono numerose e variano dalla direzione del servizio aziendale di assistenza infermieristica, al coordinamento di un dipartimento o unità complessa, o di una équipe, al *case management*, al coordinamento dell'aggiornamento del personale e della formazione permanente, al ruolo di formatore, di docente e di tutor.

La Commissione Cultura e Affari Sociali della Camera, nel mese di febbraio 2006, ha votato una importante risoluzione con cui il Governo si impegna a dare piena soddisfazione al bisogno formativo attraverso la cosiddetta "formazione a distanza", che tuttavia non può sostituire la pratica del tirocinio come ha sottolineato l'IPASVI⁵⁴. Il 10 febbraio 2006 è stato istituito un **Tavolo tecnico** per trovare una soluzione definitiva alla carenza di infermieri con rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Istruzione-Università-Ricerca, della Conferenza dei Presidi di Medicina, della Conferenza delle Regioni e dei Collegi IPASVI.

⁵⁴ Il Sole 24 Ore. Sanità, 14-20 febbraio 2006, p. 35.

*Matricole, iscritti e laureati negli atenei italiani*⁵⁵

I dati più aggiornati dell'Ufficio di Statistica del MIUR si riferiscono per le immatricolazioni e lo stock degli iscritti all'a.a. 2004/2005 e per i laureati all'a.a. 2003/2004, anno in cui il sistema universitario ha proposto al mercato del lavoro del settore socio-sanitario 29.439 neolaureati, così ripartiti: 6.592 Medicina e Chirurgia, 9.444 Scienze Infermieristiche e Ostetricia, 13.403 Fisioterapia, ecc., i neolaureati stranieri, nello specifico, sono stati 899, di cui la metà neomedici (450), 265 infermieri, 184 fisioterapisti.

Per quanto riguarda **Medicina e Chirurgia**, sono gli atenei del Nord Est (151) e del Sud (100) i principali finalizzatori della formazione universitaria degli studenti stranieri e in particolare l'Università di Bologna (71 neolaureati), La Sapienza di Roma (49) e Padova (39). **Scienze infermieristiche** vede invece una prevalenza degli atenei del Nord Ovest (119) e il primato della Cattolica di Milano (41), seguita da Roma Tor Vergata (25) e Padova (20); i neolaureati in **Fisioterapia o altro**, infine, si concentrano nell'Italia centrale (104) e in particolare a Roma (64 Roma La Sapienza e 16 Roma Tor Vergata).

Nell'a.a. 2004-2005 sono stati 258 su un totale di 459 i neolaureati in Medicina e Chirurgia provenienti dalla Grecia, seguiti a lunga distanza da 26 israeliani, 25 camerunensi e 22 albanesi. Tra i neo-infermieri guidano la graduatoria Romania (30 su 268), Perù (28), Polonia (24), India (20) e tra i neo-fisioterapisti, tecnici e altri Israele (65) e Grecia (20).

Per quanto riguarda gli iscritti si conferma la tradizionale accoglienza dei corsi di laurea in Medicina con 4.495 iscritti (1.605 presso Scienze Infermieristiche e 787 le restanti discipline tra cui fisioterapia), anche se a livello di immatricolazioni i candidati infermieri hanno ormai superato i futuri medici (579 contro 386).

Quasi la metà degli studenti stranieri iscritti a Medicina e Chirurgia proviene dalla Grecia (2.056 su 4.495), seguita da Albania (690), Israele (436), Camerun (265) e Libano (195); la geografia degli iscritti a Scienze Infermieristiche varia notevolmente: è prima l'Albania (227 su 1.605), seguita da Perù (219), Romania (175), Polonia (99), India (95) e Camerun (87). Infine gli iscritti a Fisioterapia e varie materie tecniche vedono prevalere gli albanesi (176 su 764), abbondantemente prima dei greci (110).

Gli studenti stranieri iscritti ai suddetti corsi di laurea rappresentano circa un quarto del totale degli iscritti che da diversi anni si attestano intorno a 30 mila. Non si tratta di un numero molto elevato se si considera che risulta inferiore a quello degli studenti italiani che affidano all'estero la propria formazione universitaria.

ITALIA. Studenti stranieri presso le facoltà di medicina: aree continentali di provenienza (anno accademico 2004-2005)

PROVENIENZA	Medicina			Infermieri e Ostetrici			Fisioterapisti, Tecnici e altro		
	Immatricolati	Iscritti	Laureati	Immatricolati	Iscritti	Laureati	Immatricolati	Iscritti	Laureati
<i>Unione Europea</i>	19	2.230	282	65	184	44	24	185	32
<i>Europa Centro Orientale</i>	146	896	62	207	523	63	74	268	21
<i>Altri Paesi Europa</i>	15	92	15	18	45	19	8	41	11
Europa	180	3.218	359	290	752	126	106	494	64
<i>Africa Settentrionale</i>	3	40	1	17	52	12	7	17	3
<i>Africa Occidentale</i>	2	23	1	26	72	19	2	6	0
<i>Africa Centro Orientale</i>	4	65	4	16	39	13	1	10	0
<i>Africa Centro Meridionale</i>	52	292	30	58	136	12	14	29	8
Africa	61	420	36	117	299	56	24	62	11

⁵⁵ Tratto da: Ricci Antonio, *Gli studenti stranieri nelle Università italiane: una frequenza a rischio*, in Pfoestl Eva (a cura di), *La condizione degli stranieri in Italia*, Istituto di Studi Politici San Pio V, Roma, 2006.

<i>Asia Occidentale</i>	132	690	47	10	32	2	45	114	73
<i>Asia Centro meridionale</i>	0	18	2	40	107	21	4	11	1
<i>Asia Orientale</i>	2	16	0	5	27	4	3	5	1
Asia	134	724	49	55	166	27	52	130	75
<i>America Settentrionale</i>	1	40	2	0	9	2	1	7	2
<i>America Centro meridionale</i>	10	76	9	135	376	52	21	67	19
America	11	116	11	135	385	54	22	74	21
Oceania	0	1	0	0	2	1	0	1	1
APOLIDE	0	16	4	0	1	3	0	3	0
Stato non definito	0	0	0	0	0	1	0	0	0
TOTALE	386	4.495	459	597	1.605	268	204	764	172

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione. Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati MIUR-URST

Il sistema universitario italiano, soprattutto per queste discipline, è stato reso appetibile dal numero chiuso in certe facoltà sia in Grecia che in Germania o in altri Paesi e dall'interesse delle seconde generazioni di emigrati italiani per quanto riguarda la Svizzera e gli Stati Uniti.

Tuttavia la prima categoria, in particolare non sembra essere interessata ad inserirsi professionalmente nel mercato del lavoro italiano, anche se l'art. 14 del DPR 334/2004 regola la conversione del permesso di soggiorno al termine degli studi.

Non mancano poi studenti provenienti da Paesi sconvolti da guerre civili o continue violazioni dei diritti umani (per esempio le Repubbliche dell'ex Jugoslavia o in particolare l'Iran fin dall'inizio degli anni '80).

Dagli anni '90 si è assistito ad una flessione degli studenti universitari di origine asiatica, africana e americana, mentre sono aumentati gli studenti europei, grazie al crescente arrivo di albanesi⁵⁶.

In generale tuttavia resta complessa **la procedura per il rilascio del visto e per il propedeutico riconoscimento del titolo conseguito in patria**. Annualmente il Ministero degli Affari Esteri di concerto con il MIUR emana un decreto che stabilisce il numero massimo di visti di ingresso e di permessi di soggiorno per l'accesso all'istruzione universitaria degli studenti stranieri non soggiornanti, sulla base delle disponibilità comunicate dagli Atenei entro il 31 dicembre dell'anno corrente. Per l'anno accademico 2005-2006, ad esempio, il numero di posti messi a disposizione è stato fissato a 40.268, ampiamente superiore ai flussi preventivabili che difficilmente raggiungeranno le diecimila immatricolazioni. Questo non toglie che i candidati all'immatricolazione debbano fare richiesta del visto specificando nella pre-iscrizione, da presentare presso la rappresentanza diplomatica italiana nel proprio Paese, un solo ateneo e un solo corso di laurea, con il rischio di non rientrare nei contingenti previsti, pur risultando magari idoneo.

La documentazione obbligatoria da allegare alla domanda di pre-iscrizione consta del titolo finale degli studi secondari, corrispondente ai 13 anni di percorso scolastico previsti in Italia. Tale titolo deve essere presentato in originale e legalizzato dalle autorità competenti del proprio Paese, quindi si passa alla traduzione e alla dichiarazione di valore. Ogni certificato addotto, inoltre, necessita di traduzione ufficiale in lingua italiana a cura del richiedente e di conferma da parte dell'autorità diplomatica del nostro Paese.

Il richiedente, poi, deve dimostrare la disponibilità dei mezzi di sostentamento sufficienti, pari a 350,57 euro mensili, ovvero poco più di 4.000 euro annui; deve quindi indicare l'esistenza di un alloggio idoneo, la disponibilità della somma occorrente per il rimpatrio e la copertura assicurativa per cure mediche e ricoveri ospedalieri (art.39, T.U. n.286/1998).

⁵⁶ Demaio Ginevra, *Gli studenti di cittadinanza estera*, in Caritas-Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione 2005*, IDOS, Roma, 2005, pp. 169-178.

Le rappresentanze diplomatico-consolari provvedono alla verifica dei requisiti per la concessione del visto, alla accettazione e quindi al rilascio del visto per motivi di studio, da convertite in Italia in un permesso di soggiorno entro otto giorni dall'ingresso, previa dimostrazione delle garanzie economiche e di tutte le altre documentazioni necessarie per l'ottenimento del visto.

A questo punto, prima dell'iscrizione, occorre superare le eventuali prove di ammissione presso l'Università prescelta e la prova di conoscenza linguistica, dalla quale sono esonerati solo gli studenti iscritti al di fuori dei contingenti ministeriali, perché in possesso di attestati di lingua riconosciuti idonei. Nel caso in cui, pur essendo stati riconosciuti idonei, non si rientri nel contingente previsto dal corso di studi dell'Università prescelta, sussiste la possibilità di riassegnazione per lo stesso corso universitario ad un'altra sede o di richiedere l'ammissione ad un altro corso universitario presso la stessa sede o in un'altra sede dove siano disponibili posti non assegnati. L'Università, inoltre, si riserva, nell'ambito della propria autonomia, la competenza sul riconoscimento dei titoli di studio conseguiti all'estero e può quindi non accettare la domanda presentata da uno studente estero pur essendo stata riconosciuta dalle autorità diplomatiche adeguata per la concessione del visto per motivi di studio. Il riconoscimento è invece automatico nel caso di accordi specifici tra il nostro Paese e il Paese che ha rilasciato il titolo di studio.

Se nel frattempo non si è ancora ottenuto il permesso di soggiorno, si procede all'iscrizione con riserva fino al 31 dicembre dell'anno corrente, anche se ormai è prassi presso diversi atenei accettare in prima istanza le iscrizioni di studenti esteri che presentano il solo cedolino di richiesta del permesso di soggiorno.

Il rinnovo del permesso di soggiorno è poi annuale e condizionato al superamento di almeno una verifica nel primo anno e di due negli anni successivi, fino ad un massimo di tre anni fuori corso. In caso di insuccesso lo studente deve lasciare il paese alla scadenza del titolo di soggiorno, chiudendo così la sua carriera universitaria in Italia.

Sono invece esentati da queste procedure, eccetto quelle per il riconoscimento dei titoli di studio, i cittadini stranieri comunitari, neocomunitari o equiparati (provenienti, cioè, da Norvegia, Islanda, Lichtenstein, Svizzera e San Marino), i titolari di doppia cittadinanza, gli stranieri già soggiornanti in Italia e i beneficiari di borse di studio erogate dal Governo Italiano o dai Paesi di provenienza per l'intera durata del corso di studio e nell'ambito di accordi tra Università italiane e Paesi interessati. I candidati comunitari possono ottenere da subito il rilascio della carta di soggiorno, ma non sono obbligati ad esibirla ai fini dell'iscrizione universitaria. Per quanto riguarda i rifugiati, in particolare, il Servizio Sociale Internazionale con sede a Roma funge da intermediario per il riconoscimento dei titoli di studio data la delicatezza della loro posizione.

Il riconoscimento dei titoli accademici e professionali specialistici in ambito sanitario

In Italia, l'esercizio delle professioni sanitarie è consentito anche a chi abbia conseguito all'estero i titoli di studio e di abilitazione previsti, previo riconoscimento da parte del Ministero della Salute; a questo scopo occorre compilare uno specifico formulario, nel quale sono anche indicati i certificati da presentare. La pratica può essere intrapresa anche da stranieri non ancora presenti in Italia. **Il riconoscimento dei titoli** viene generalmente vincolato entro le quote definite dal decreto flussi per attività autonoma o subordinata, con l'eccezione come si è visto di alcune categorie come gli infermieri professionali per quanto riguarda il settore socio-sanitario. A coloro che, acquisito in Italia un titolo professionale dell'area sanitaria, intendono esercitare la propria professione all'estero, il Ministero della Salute rilascia, su richiesta dell'interessato, un attestato di conformità della formazione conseguita ai requisiti previsti dalle direttive comunitarie.

Riconoscimento dei titoli conseguiti all'estero in campo sanitario

I titoli ammessi al riconoscimento sono quelli conseguiti da cittadini comunitari e non comunitari relativi alle professioni sanitarie e arti ausiliarie che contano in totale 28 tipologie.

Se il titolo è stato conseguito in un “Paese dell'Unione Europea” si può richiedere o il diritto allo stabilimento o il diritto alla libera prestazione dei servizi.

Diritto di stabilimento. Coloro che possiedono un titolo professionale, con un percorso formativo interamente compiuto in un Paese comunitario, ed intendono svolgere stabilmente la professione sanitaria in Italia, possono presentare domanda per il riconoscimento del titolo ai fini dell'esercizio del diritto di stabilimento.

La procedura è diversificata a seconda delle professioni. Per le professioni di medico chirurgo, veterinario, farmacista, odontoiatra, infermiere e ostetrico, la normativa comunitaria ha fissato regole di armonizzazione tra i Paesi dell'UE, per effetto delle quali la procedura di riconoscimento si sostanzia in una verifica di regolarità della documentazione presentata. Per tutte le altre professioni il procedimento segue un criterio standardizzato più semplice.

Per i cittadini non comunitari, l'esercizio professionale in Italia rimane subordinato alle norme che regolano il loro ingresso ed il soggiorno sul territorio italiano.

Diritto alla libera prestazione di servizi. Le direttive di settore relative alle professioni di medico chirurgo, veterinario, farmacista, odontoiatra, infermiere o ostetrica prevedono anche la possibilità, per i soli cittadini dell'Unione Europea, di erogare prestazioni professionali occasionali, senza stabilirsi definitivamente in Italia e, dunque, senza doversi iscrivere all'albo professionale italiano. Per esercitare tale diritto, il professionista interessato deve comunicare di volta in volta al Ministero della Salute la struttura in cui andrà ad operare ed il relativo periodo.

Se il titolo è conseguito in un “Paese non comunitario”, i cittadini in possesso di titoli professionali conseguiti in un Paese extracomunitario, al fine di ottenere l'autorizzazione ovvero il nulla osta all'esercizio professionale in Italia, devono presentare domanda per il riconoscimento del titolo. Anche nel caso in cui il titolo è già stato riconosciuto in un altro Paese dell'Unione Europea, si applicano le procedure previste per i titoli extracomunitari, pur tenendo in considerazione le eventuali integrazioni di formazione e di attività professionale acquisite dall'interessato nel Paese comunitario.

Riconoscimento dei titoli conseguiti all'estero per infermieri professionali

In base alla Circolare del Ministero della Salute del 12 aprile 2000, che tratta la procedura per il **riconoscimento del titolo per infermieri professionali**, i cittadini stranieri non comunitari che si trasferiscono in Italia, per brevi o lunghi periodi, allo scopo di esercitare una professione sanitaria, devono essere in possesso di un titolo abilitante all'esercizio professionale riconosciuto dal Ministero della Salute e devono iscriversi all'albo professionale dell'Ordine o del Collegio professionale o, in mancanza dell'Ordine e Collegio professionale, all'elenco speciale tenuto dal Ministero della Salute. La presentazione del titolo di studio può inoltre avvenire già presso l'ambasciata italiana operante nel paese di origine.

Si è visto che la legge 189/2002 ha escluso la categoria degli infermieri dalle quote fissate ogni anno dal decreto flussi, consentendo assunzioni fuori quota durante tutto l'anno. Per **l'assunzione degli infermieri stranieri** occorre presentare domanda allo Sportello Unico per l'immigrazione presso la Prefettura e il nulla osta all'assunzione viene rilasciata solo se il titolo di studio è riconosciuto dallo Stato italiano. L'atto formale del riconoscimento del titolo di studio è un decreto del Direttore generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie del Ministero della Salute. Diverse Regioni (Calabria, Lazio, Umbria, Campania, Liguria, Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Valle d'Aosta) e le Province Autonome di Trento e Bolzano sono state autorizzate a curare autonomamente l'istruttoria delle domande di riconoscimento dei titoli di infermiere e tecnico sanitario di radiologia medica conseguiti in Paesi non comunitari, ma il Ministero della Salute è sempre competente per l'emissione del decreto di riconoscimento. Per poter esercitare la professione l'infermiere straniero deve chiedere l'iscrizione al Collegio provinciale del luogo di lavoro o di domicilio. L'iscrizione all'Albo professionale è subordinata al superamento di un esame sulla conoscenza della lingua italiana, delle norme deontologiche e delle norme che regolano la professione. Per sostenere l'esame gli oneri sono a carico dell'interessato e i singoli Collegi richiedono il versamento di una tassa (circa 250 euro). È possibile inoltre sostenere una seconda

prova in caso di esito negativo della prima (cfr., la citata circolare del Ministero della Salute del 12 aprile 2000). I Collegi generalmente mettono a disposizione dei candidati un fascicolo contenente il codice deontologico e le altre norme di legge riguardanti la professione dell'infermiere, ma in alcuni contesti locali si fa di più e si organizzano corsi di italiano e di legislazione sanitaria per stranieri.

7. Altri aspetti rilevanti: il sistema di copertura sanitaria degli stranieri in Italia

La struttura sanitaria di base (AUSL)

Il cittadino straniero residente in Italia con regolare permesso di soggiorno ha **diritto all'assistenza sanitaria** assicurata dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con parità di trattamento e uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini italiani.

Per ottenere l'assistenza sanitaria il cittadino straniero deve iscriversi al SSN direttamente presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) della zona in cui abita, alla quale occorre rivolgersi per scegliere il medico di famiglia e il pediatra, ottenere certificati medici e richieste per esami e visite specialistiche, richiedere l'assistenza a domicilio, eseguire vaccinazioni obbligatorie.

Tessera sanitaria. La tessera sanitaria è il documento che dimostra l'iscrizione al Sistema Sanitario Regionale e viene rilasciata dall'AUSL. Dal 1° novembre 2004 è entrata in vigore anche in Italia la tessera europea di assicurazione malattia (TEAM). Tale tessera permette di usufruire delle prestazioni sanitarie coperte in precedenza dai modelli E110, E111, E119 ed E128.

Esistono due tipi di iscrizione al servizio sanitario: l'iscrizione obbligatoria e l'iscrizione facoltativa.

Iscrizione obbligatoria al SSN⁵⁷. Sono obbligatoriamente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per uno dei seguenti motivi: lavoro subordinato, lavoro autonomo, motivi familiari, asilo (ai sensi della Convenzione di Ginevra), motivi umanitari, per richiesta asilo (ai sensi della Convenzione di Ginevra), per attesa adozione, per attesa affidamento, per attesa acquisto della cittadinanza. L'assistenza sanitaria spetta anche ai familiari a carico. Si ha diritto all'iscrizione al SSN anche nel caso si sia presentata richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno o si sia in attesa del rinnovo.

Inoltre a decorrere dal 1° gennaio 2000, tutti i detenuti stranieri hanno il diritto di essere iscritti al SSN per il periodo di detenzione, siano essi regolari o clandestini e sono esclusi dal pagamento del ticket. Sono iscritti anche i detenuti in semilibertà o coloro che vengono sottoposti a misure alternative alla pena.

Iscrizione volontaria al SSN⁵⁸. Il cittadino straniero che non rientra nelle categorie per le quali è obbligatoria l'iscrizione deve, comunque, assicurarsi contro il rischio di malattie e infortuni e a tal fine può scegliere di stipulare o una polizza sanitaria con una compagnia assicurativa, oppure iscriversi al SSN.

Stranieri che non possono iscriversi al SSN⁵⁹. Il cittadino straniero titolare di un permesso di soggiorno non superiore a tre mesi è tenuto alla stipula di una polizza assicurativa privata contro il rischio di malattie ed infortuni. Pertanto può accedere alle prestazioni ed ai servizi offerti dal SSN dietro pagamento delle relative tariffe determinate dalle Regioni e dalle Province autonome ai sensi dell'articolo 8, commi 5 e 7 del D.Lgs 30 dicembre 1992 n.502.

Se tra lo Stato di provenienza del cittadino straniero e lo Stato italiano esiste una convenzione che prevede il reciproco riconoscimento dell'assistenza sanitaria, lo straniero può usufruire del servizio sanitario, pagando il ticket previsto per la prestazione richiesta, a parità di condizioni con i cittadini iscritti al SSN. In tal caso il cittadino straniero, prima di ricevere o di poter effettuare la prestazione dovrà esibire il modello specifico rilasciato dall'autorità sanitaria competente del suo Paese.

⁵⁷ Art. 33, cc. 1,2 Dlgs 286/98; art. 42, cc. 1,2,3,4 DPR 394/99.

⁵⁸ Art. 34, cc.3,4,6,6,7 Dlgs 286/98; art. 42, cc. 5,6 DPR 394/99.

⁵⁹ Art. 35, cc.1,2 Dlgs 286/98; art. 43, c.1 DPR 394/99.

Costi. Per l'iscrizione al SSN, qualora questa non sia assicurata nei casi prima elencati, è previsto il pagamento di un contributo annuale pari a 388,00 euro. Tutti coloro che pagano le imposte attraverso la dichiarazione dei redditi ovviamente non devono versare un contributo specifico poiché nelle tasse è assolta anche la quota dovuta per il SSN.

Il cittadino straniero soggiornante per motivi di studio deve versare, invece, un contributo minore pari a 149,77 euro, mentre i cittadini stranieri collocati alla pari devono versare 219,49 euro. Per gli studenti e i collocati alla pari è possibile estendere l'assistenza sanitaria ai familiari a carico, pagando la quota intera di 388,00 euro.

L'iscrizione al SSN è gratuita se il cittadino straniero:

- è disoccupato, con permesso di soggiorno e iscritto alle liste di collocamento;
- è rifugiato, con regolare certificato attestante lo status di rifugiato e richiedente asilo;
- è coniugato ed è familiare a carico di un cittadino italiano;
- è minore, con genitore residente in Italia e appartenente ad una delle categorie sopraelencate.

Stranieri irregolarmente presenti⁶⁰. Il cittadino straniero non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno ha diritto comunque alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali, anche se continuative, per malattia ed infortunio, nelle strutture pubbliche o convenzionate. Per ricevere le cure mediche è necessario richiedere presso qualsiasi Ausl un codice a 18 caratteri, denominato STP (straniero temporaneamente presente), valido 6 mesi ma rinnovabile. Per il rilascio dell'STP non è necessario esibire un documento di identità, ma è sufficiente una dichiarazione delle proprie generalità.

L'accesso alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione alle pubbliche autorità, tranne che nei casi più gravi in cui è obbligatorio il referto, come del resto per i cittadini italiani: questo accade, ad esempio, per motivi di ordine pubblico o se la prestazione sanitaria si è resa necessaria in relazione a reati penali (per esempio ferita da arma).

Con il tesserino STP si ha diritto all'assistenza sanitaria di base e alle cure ambulatoriali o ospedaliere urgenti, sia nei presidi pubblici che in quelli accreditati. In particolare si ha diritto alle seguenti prestazioni:

a) cure ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, anche se continuative, per malattie o infortunio. Per "cure urgenti" si intendono le cure che non possono essere rimandate senza pericolo per la vita o danno della persona. Per "cure essenziali" si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o complicanze o aggravamenti;

b) interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi legati, a tutela della salute individuale o collettiva come tutela della gravidanza e della maternità, tutela della salute del minore, vaccinazioni, interventi di profilassi internazionale, diagnosi e cura delle malattie infettive, prevenzione, cura e riabilitazione di stati di tossicodipendenza.

I Consultori Familiari. I consultori familiari, operanti presso ogni AUSL, sono tenuti per legge a fornire assistenza gratuita e sono ad accesso diretto (si può accedere senza richiesta medica di prestazione). Nei consultori vengono svolte attività di assistenza e di informazione relative a: problemi della tossicodipendenza, disagio mentale, tutela della maternità e dell'infanzia e si possono effettuare controlli preventivi, vaccinazioni e altro ancora.

I consultori familiari sono inoltre, tenuti ad assistere gratuitamente tutte le donne incinte, anche se sprovviste di permesso di soggiorno, nonché i loro figli fino alla maggiore età. Nel consultorio si svolgono, infatti, attività intese ad assicurare la salute della donna in generale, non solo in caso di gravidanza o della sua interruzione, ma anche per gli altri aspetti come l'assistenza ginecologica, la prevenzione e diagnosi dei tumori dell'apparato genitale femminile, la mediazione

⁶⁰ Art. 35 Dlgs 286/98; art. 43 DPR 394/99.

familiare, le informazioni su adozioni e affidamenti, le vaccinazioni contro la rosolia nelle donne in età fertile, e altri ancora.

Assistenza sanitaria in caso di gravidanza. L'assistenza sanitaria è riconosciuta pienamente alla donna in stato di gravidanza, che pertanto ha diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per tutti gli accertamenti di diagnostica strumentale e di laboratorio e per tutte le prestazioni specialistiche previste dalla normativa nazionali e regionali ai fini della tutela della maternità. La legge italiana prevede, inoltre, la possibilità di interrompere in ogni caso la gravidanza entro 90 giorni dal concepimento. Trascorsi 90 giorni si può decidere di interrompere la gravidanza solo se la donna versa in grave pericolo di vita a causa della gravidanza stessa o se il bambino che deve nascere presenta malformazioni che mettono in pericolo la salute fisica o psichica della madre. Per l'interruzione della gravidanza è necessario rivolgersi ad un medico di fiducia o ad un consultorio familiare o ad un'AUSL per ottenere la certificazione necessaria e prenotare l'intervento.

I ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia⁶¹

Nel 2003 il numero totale dei **ricoveri di pazienti stranieri** è stato pari a 401.069 con un aumento del 41,2% rispetto al 2000; nello stesso periodo gli stranieri regolarmente presenti sono aumentati del 59%. Per quanto riguarda **la provenienza dei pazienti** al primo posto troviamo i romeni con circa 40.000 ricoveri, poco sotto gli albanesi e marocchini. L'Ecuador raddoppia rispetto al 2000 e raggiunge il quarto posto con 13.600 ricoveri, seguono l'Ucraina con oltre 12.000 ricoveri, Cina, Serbia e Montenegro, Tunisia, Perù e Nigeria. L'andamento dei ricoveri non segue quello delle presenze sia per sesso, che per nazionalità.

La percentuale maggiore dei ricoveri ha riguardato le donne (62% in regime ordinario e 71% in day-hospital) e i motivi più ricorrenti sono stati il parto e la gravidanza. Tra i maschi le cause di ricovero più frequenti, come negli anni passati, sono quelle legate a traumatismi (nel 2003 circa 17.500 pari al 26% rispetto al 23% nel 2000) ed alle malattie dell'apparato digerente (oltre 9.200 ricoveri, dal 12% al 14%)⁶².

In sintesi si evidenzia il ricorso all'assistenza ospedaliera degli immigrati per motivi connessi soprattutto a eventi fisiologici (gravidanze) o accidentali (traumi), e ciò può indicare che la popolazione straniera gode di un discreto stato di salute.

L'incremento, anche se contenuto, dei ricoveri per cause connesse a malattie degenerative, cardiache ed alla chemioterapia annuncia una modifica, nel medio e lungo periodo, dell'attuale profilo di salute degli immigrati. Tale cambiamento potrebbe essere causato dall'acquisizione di stili di vita differenti da quelli dei Paesi di origine, dalla diversa caratterizzazione socio-demografica dei nuovi flussi migratori e dal progressivo invecchiamento di questa popolazione.

⁶¹ Tratto da: Geraci Salvatore, *La sfida della medicina delle migrazioni*, in Caritas/Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione 2005*, Idos, Roma, 2005, pp. 182-188.

⁶² I dati si riferiscono ai ricoveri di pazienti nell'anno di riferimento e non a singoli individui, quindi è possibile che possano esserci ricoveri ripetuti per lo stesso soggetto.

8. Bibliografia

- Aa.Vv., *Atti VIII della Consensus Conference sulla Immigrazione e VI Congresso Nazionale SIMM. Lampedusa, 5 – 8 maggio 2004*, Roma, 2004
- Barbin Jean Gabriel, *Recruitment of nurses in Romania by the Friuli Venezia Giulia region in Italy*, in OECD, *Migration for Employment. Bilateral agreements at a crossroads*, OECD, Paris, 2004, pp. 215-216.
- Caritas/Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione 2005*, Idos, Roma, 2005
- Cergas Bocconi, *Rapporto OASI 2005. L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Egea, Milano, 2005
- Confindustria (a cura di Nicola Querino), *Il contributo della filiera della salute al prodotto nazionale*, Roma, marzo 2006
- European Commission, D.G. XV, *Committee of Senior Officials on Public Health. Statistical tables relating to the migration of doctors in the Community from 1977 to 2000*, European Commission, Brussels, 2004
- European Commission DGXV, *Committee of Senior Officials on Public Health. Statistical tables relating to the migration of nurses responsible for general care in the Community from 1977 to 2000*, European Commission, Brussels, 2004
- European Observatory on Health Systems and Policies, *Human resources for health in Europe*, Open University Press, New York, 2006
- Geraci Salvatore, *Approcci transculturali per la promozione della salute*, Anterem, Roma, 2000
- International Dialogue on Migration, *Health and Migration: Bridging the Gap*, IOM - Migration Policy and Research Programme, Vienna, 2005
- Istituto Nazionale della Previdenza Sociale – Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes, *Immigrazione: una risorsa da tutelare. Rapporto su immigrati e previdenza negli archivi INPS*, “Sistema Previdenza”, anno XXII, n. 2-3, Roma, settembre 2005
- International Council of Nurses, *International migration of nurses: trends and policy implications*, Geneva, 2005
- Ipasvi, *Rapporto annuale sulla formazione universitaria degli infermieri*, Roma, 2006
- Ipasvi, *Laurea specialistica in Scienze infermieristiche: i candidati, gli ammessi e le prove. Rapporto 2004-2005*. Roma, 2006
- Ires-Cgil, *Quarto Rapporto sull'immigrazione*, Ediesse, Roma, 2006
- Istat, *HFA Database - Health For All Italia*, Roma, dicembre 2005
- Kingma Mireille, *Nurses On The Move. Migration and the Global Health Care Economy*, Cornell University Press, New York, 2005
- Massai Danilo, *L'identikit dell'infermiere europeo*, in “Quaderni. Supplemento dell'Infermiere”, n.9/05, pp. 18-20
- Mellina Chiara, Pittau Franco, Ricci Antonio, *Le migrazioni di infermieri in Italia*, in Affronti Mario et al. (a cura di), *Atti della IX Consensus Conference sull'immigrazione (27-30 aprile 2006)*, Palermo, 2006
- OECD, *Health Data 2005: Statistics and Indicators*, Paris, 2005
- OECD, *Health at a Glance – OECD Indicators 2005*, Paris, 2005
- Perelli Marco Ercolini, *I medici stranieri in Italia*, in <http://www.assimedici.it/espertorisponde.htm>
- Piccoli Michele, Alvisè Palese, Paola Di Giulio, *Il reclutamento di infermieri dai paesi extracomunitari*, in “Assistenza infermieristica e ricerca”, 2005, 24, 3, pp. 148-152
- Presidenza del Consiglio dei Ministri del Governo Italiano, *Documento programmatico relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato per il triennio 2004-2006*, Roma, 2005
- Ricci Antonio, *Donne immigrate e lavoro*, in Pittau Franco (a cura di), *La nuova realtà socio-demografica dell'immigrazione femminile*, Carocci, Milano, 2001
- Ricci Antonio, *Gli studenti stranieri nelle Università italiane: una frequenza a rischio*, in Pfoestl Eva (a cura di), *La condizione degli stranieri in Italia*, Istituto di Studi Politici San Pio V, Roma, 2006
- Spano Pierangelo, *Le convenienze nascoste. Il fenomeno badanti e le risposte del welfare*, Nuova Dimensione, Portogruaro (VE), 2006.
- Unioncamere-Ministero del Lavoro, *Progetto Virgilio. Settori in cerca di lavoro*, Roma, 2001
- Unioncamere - Ministero del Lavoro Sistema informativo Excelsior, *Assunzioni previste di personale proveniente da paesi extracomunitari per settore di attività*, Roma, 2004
- Unioncamere - Ministero del Lavoro Sistema informativo Excelsior, *Assunzioni di personale extracomunitario previste per il 2004 per grandi gruppi professionali (secondo la classificazione EXCELSIOR), professioni più richieste di ciascun gruppo e principali caratteristiche*, Roma, 2004

Unioncamere - Ministero del Lavoro Sistema informativo Excelsior, *Il lavoro che ci aspetta, Progetto Excelsior 2005, Le figure professionali richieste dalle imprese*, Roma, 2005

World Health Organization, *International migration and health personnel: a challenge for health systems in developing countries*, Agenda item 12.11. Fifty-seventh World Health Assembly: Health Systems Including Primary Care, Geneva, 22 May 2004

World Health Organization, *The world health report 2006: working together for health*, Geneva, 2006.

World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, *A code of practice for the international recruitment of health professionals: the Melbourne manifesto*. WONCA, 2002

Sitografia

Fonti internazionali

Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico www.oecd.org

Organizzazione Mondiale della Sanità www.who.int

Commissione Europea <http://europa.eu.int>

European Migration Network www.european-migration-network.org

Fonti istituzionali

Ministero della Salute www.ministerosalute.it

Ministero dell'Interno www.interno.it

Ministero del Lavoro www.welfare.gov.it

Istituto Nazionale di Statistica www.istat.it

Istituto Nazionale Assicurazioni Incidenti sul Lavoro www.inail.it

Istituto Nazionale della Previdenza Sociale www.inps.it

Sistema Informativo Excelsior di Unioncamere <http://excelsior.unioncamere.net>

Consiglio Nazionale Economia e Lavoro www.cnel.it

Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca www.miur.it

Altre fonti

Associazione Medici di origine Straniera in Italia www.amsimed.it

Fed. Naz. Collegi di Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia www.ipasvi.it

Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes www.dossierimmigrazione.it

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni www.simmweb.it

9. Allegato normativo sulla presenza di operatori sanitari stranieri in Italia

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" (Riforma Sanitaria), pubblicata sul Supplemento Ordinario della Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28-12-1978.

Legge 14 Novembre 1992, n. 438 "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L. 19 settembre 1992, n. 384, recante misure urgenti in materia di previdenza, sanità e di pubblico impiego, nonché disposizioni fiscali." , Pubblicata nella G.U. 18 novembre 1992, n. 272, S.O.

Decreto Legge 19 settembre 1992, n. 384 "Misure urgenti in materia di previdenza, di sanità e di pubblico impiego, nonché disposizioni fiscali." , Pubblicato nella G.U. 19 settembre 1992, n. 221.

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".

Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

Direttiva 93/16/CE del Consiglio, concernenti le professioni di infermiere responsabile dell'assistenza generale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico, pubblicato nella G.U. L 165 del 07.07.1993.

La direttiva – recepita nel nostro ordinamento con L. 368/99 – stabilisce sei anni di formazione universitaria per i medici e tre anni per gli infermieri. Inoltre disciplina il riconoscimento dei titoli di medico in ambito comunitario.

Circolare del Ministero della Salute del 12 aprile 2000 "Procedura riconoscimento del titolo per infermieri professionali"

La circolare chiarisce sia le procedure per il riconoscimento dei titoli professionali abilitanti all'esercizio di una professione sanitaria conseguiti in un Paese non comunitario, sia le procedure per ottenere l'autorizzazione all'esercizio della professione stessa.

Legge 30 luglio 2002, n. 189, "Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 199 del 26 agosto 2002 - Suppl. ord.

In particolare l'art. 22, comma 1, lettera a) che - introducendo la lettera r-bis) all'art. 27 "Ingresso per lavoro in casi particolari" del Dlgs n. 286/98 - ha inserito la figura dell'infermiere professionale tra i lavoratori esclusi dalle quote flussi.

DPR n. 334 del 18 ottobre 2004 "Regolamento recante modifiche ed integrazioni al decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, in materia di immigrazione"

Documento programmatico relativi alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato **per il triennio 2004-2006**, Capitolo I: "Le politiche per il lavoro degli stranieri e le linee generali per la definizione dei flussi di ingresso nel territorio italiano", §1.3 "La programmazione dei flussi e l'analisi del fabbisogno lavorativo nel mercato del lavoro italiano. Valutazione dei meccanismi di stima esistenti e nuovi programmi".

Circolare del Ministero degli Interni n. N 400A/2004/472/P12.214.22 del 1 giugno 2004

"Rinnovo del permesso di soggiorno ex art. 27, comma 1, lett. R- bis rilasciato agli infermieri professionali", 1 giugno 2004.

La circolare riguarda i permessi di soggiorno ex art. 27, comma 1, lett. rb ed è rivolta ai questori della repubblica e recita: "Il Ministero della Salute ha segnalato le difficoltà incontrate dagli

stranieri in possesso di permesso di soggiorno quali infermieri professionali ex art. 27, 1° comma, lett RB a rinnovare tale titolo. In merito si ritiene di poter procedere al rinnovo in presenza dei requisiti previsti dall'art. 40, comma 2, D.P.R. 394/99, quale la proroga della autorizzazione al lavoro per un periodo non superiore a quello del rapporto di lavoro a tempo determinato e comunque non superiore a 2 anni”.

MIUR, Decreto 9 febbraio 2005 concernente l'assegnazione alle Università delle borse di studio per l'ammissione di medici alle scuole di specializzazione nell'anno accademico 2004/2005.

Legge 1° febbraio 2006, n. 43, Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi Ordini.

Normativa nazionale riguardante l'assistenza sanitaria agli stranieri:

Legge n. 40 del 6 marzo 1998 (Legge Turco-Napolitano) Disciplina e norme sulla condizione dello straniero

D.lgs n. 286/98 “Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero“

D.P.R. n. 394/99 “Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 1, c.6, del decreto legislativo 25 luglio, n° 286.”

In particolare: Art. 33, cc. 1,2 Dlgs 286/98; art. 42, cc. 1,2,3,4 DPR 394/99; Art. 34, cc.3,4,6,6,7 Dlgs 286/98; art. 42, cc. 5,6 DPR 394/99; Art. 35, cc.1,2 Dlgs 286/98; art. 43, c.1 DPR 394/99.

Circolare n. 5 Ministero Sanità del 24 marzo 2000 “D.lgs 286/98 Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero- Disposizioni in materia di assistenza sanitaria”

10. Allegato Statistico

ITALIA. Studenti stranieri immatricolati, iscritti e laureati presso la facoltà di Medicina: ripartizione territoriale (a.a. 2004/2005 – laureati: a.a. 2003/2004)

	Medicina e Chirurgia			Infermieri e Ostetricia			Fisioterapisti, tecnici e altro		
	Matricole	Iscritti	Laureati	Matricole	Iscritti	Laureati	Matricole	Iscritti	Laureati
Piemonte	22	213	26	60	134	23	6	19	1
Liguria	13	114	6	14	49	8	8	41	3
Lombardia	58	611	60	117	357	88	43	126	30
Nord Ovest	93	938	92	191	540	119	57	186	34
Veneto	26	323	50	82	209	33	24	76	11
Friuli V. G.	12	103	6	3	11	3	2	12	4
Emilia Rom	89	910	95	103	233	38	20	97	10
Nord Est	127	1.336	151	188	453	74	46	185	25
Toscana	35	331	27	39	122	16	24	89	11
Umbria	18	207	-	6	17	-	8	33	-
Marche	14	100	-	16	33	-	24	7	13
Lazio	51	641	57	134	388	41	1	109	80
Centro	118	1.279	84	195	560	57	57	238	104
Abruzzo	15	308	36	5	11	4	10	51	3
Campania	5	224	46	7	11	8	10	24	8
Puglia	8	200	16	6	15	2	17	60	7
Calabria	7	28	2	-	9	-	1	8	2
Sud	35	760	100	18	46	14	38	143	20
Sicilia	6	126	16	4	4	1	3	7	1
Sardegna	7	56	7	1	2	-	3	5	-
Isole	13	182	23	5	6	1	6	12	1
Italia	386	4.495	450	597	1.605	265	204	764	184

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati MIUR-URST

ITALIA. Studenti stranieri immatricolati, iscritti e laureati presso la facoltà di Medicina: Paesi di provenienza (a.a. 2004/2005 – laureati: a.a 2003/2004)

PROVENIENZA	Medicina			Infermieri e Ostetrici			Fisioterapisti, Tecnici e altro		
	Immatricolati	Iscritti	Laureati	Immatricolati	Iscritti	Laureati	Immatricolati	Iscritti	Laureati
Austria	0	3	0	0	0	0	1	4	0
Belgio	0	4	1	1	5	0	1	3	0
Cipro	1	5	1	0	0	0	0	1	0
Danimarca	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Estonia	0	0	0	0	0	0	1	2	0
Finlandia	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Francia	1	33	4	5	12	6	2	11	4
Germania	8	49	6	5	30	8	2	16	2
Grecia	3	2056	258	0	2	1	6	110	20
Lettonia	0	1	1	1	1	0	0	0	0
Lituania	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Lussemburgo	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Paesi Bassi	0	1	1	2	3	0	0	1	1
Polonia	2	20	3	40	99	24	5	19	2
Portogallo	1	4	0	0	1	1	0	0	0
Regno Unito	1	4	1	2	3	0	3	8	0
Slovacchia	1	4	2	1	4	0	0	1	1
Slovenia	0	23	0	1	1	0	0	1	0
Spagna	1	3	0	4	12	2	1	5	0
Svezia	0	2	1	0	0	1	0	1	0
Ungheria	0	4	2	0	3	0	2	1	1
Unione Europea	19	2230	282	65	184	44	24	185	32
Albania	112	690	22	85	227	14	49	176	8
Bielorussia	0	0	2	0	3	1	2	2	0
Bosnia-Erzegovina	1	5	0	2	2	2	0	3	1
Bulgaria	0	9	4	3	9	6	1	6	0
Croazia	2	40	2	2	10	2	6	16	4
Jugoslavia (Serbia-Montenegro)	7	27	4	5	9	1	1	8	0

Macedonia	0	9	0	2	4	0	0	3	0
Moldavia	3	21	6	16	28	1	0	1	0
Romania	12	50	11	65	175	30	12	35	5
Russia	5	23	9	8	24	5	3	12	3
Turchia	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Ucraina	4	20	1	19	32	1	0	6	0
Europa Centro Orientale	146	896	62	207	523	63	74	268	21
Andorra	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Monaco	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Norvegia	0	2	0	2	2	0	0	0	0
San Marino	8	23	7	10	22	7	4	19	5
Svizzera	6	66	8	6	20	12	4	22	6
Altri Paesi EU	15	92	15	18	45	19	8	41	11
Europa	180	3218	359	290	752	126	106	494	64
Algeria	0	3	1	1	4	0	2	1	1
Egitto	0	2	0	1	2	0	1	2	0
Libia	0	7	0	0	0	0	2	5	0
Marocco	1	15	0	13	43	10	1	5	0
Sudan	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Tunisia	2	13	0	1	2	1	1	4	2
Africa Settentrionale	3	40	1	17	52	12	7	17	3
Benin (Dahomey)	0	1	0	1	1	0	0	0	0
Burkina Faso (Alto Volta)	2	4	0	0	9	9	2	4	0
Capo Verde	0	0	0	0	2	1	0	0	0
Costa d'Avorio	0	0	0	9	12	3	0	0	0
Ghana	0	0	0	2	4	1	0	0	0
Guinea	0	2	0	0	1	0	0	0	0
Guinea Bissau	0	2	1	2	5	1	0	0	0
Niger	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Nigeria	0	12	0	8	24	3	0	1	0
Senegal	0	1	0	3	6	1	0	1	0
Sierra Leone	0	1	0	0	1	0	0		0
Togo	0	0	0	1	6	0	0	0	0

<i>Africa Occidentale</i>	2	23	1	26	72	19	2	6	0
Burundi	0	0	0	2	5	2	0	0	0
Eritrea	0	27	1	1	3	1	0	5	0
Etiopia	1	6	1	0	4	0	1	0	0
Gibuti	1	12	0	0	0	0	0	0	0
Kenya	0	6	1	1	2	1	0	1	0
Madagascar	0	1	0	4	6	4	0	0	0
Mauritius	0	2	0	1	2	0	0	0	0
Mozambico	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Ruanda	0	1	0	6	7	2	0	0	0
Somalia	1	8	1	0	6	3	0	1	0
Tanzania	0	1	0	1	2	0	0	2	0
Uganda	1	1	0	0	1	0	0	0	0
Zimbabwe (Rhodesia)	0	0	0	0	1	0	0	0	0
<i>Africa Centro Orientale</i>	4	65	4	16	39	13	1	10	0
Angola	1	6	0	2	8	0	0	0	0
Botswana	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Camerun	48	265	25	42	87	6	10	20	6
Ciad	0	0	2	0	1	0	0	1	0
Congo	2	9	2	6	19	3	3	5	
Congo, Repubblica Democratica (Zaire)	0	8	1	7	20	2	1	2	1
Gabon	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Sao Tomè e Principe	0	1	0	1	1	0	0		0
Sudafricana, Repubblica	1	2	0	0	0	0	0	1	1
<i>Africa Centro Meridionale</i>	52	292	30	58	136	12	14	29	8
Africa	61	420	36	117	299	56	24	62	11
Arabia Saudita	0	1	1	0	0	1	0	0	0
Armenia	0	5	0	0	2	0	0	0	0
Azerbaijano	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Bahrein	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Georgia	0	0	1	0	1	0	0	1	0
Giordania	1	31	2	1	1	1	1	3	1

Iran	4	71	7	6	15	0	11	31	4
Iraq	0	2	0	0	0	0	1	2	2
Israele	108	436	26	0	2	0	31	59	65
Libano	18	115	9	1	7	0	1	8	0
Palestina	1	19	1	1	1	0	0	6	0
Siria	0	8	0	0	1	0	0	2	1
Yemen	0	1	0	0	1	0	0	2	0
Asia Occidentale	132	690	47	10	32	2	45	114	73
Bangladesh	0	0	0	1	1	0	0	0	0
India	0	13	2	33	95	20	3	7	1
Kazakistan	0	1	0	0	0	0	1	2	0
Pakistan	0	2	0	2	3	1	0	1	0
Sri Lanka (Ceylon)	0	1	0	3	6	0	0	1	0
Uzbekistan	0	1	0	1	2	0	0	0	0
Asia Centro meridionale	0	18	2	40	107	21	4	11	1
Cina	1	10	0	1	1	0	1	3	0
Corea del Sud	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Filippine	0	0	0	3	20	3	1	2	1
Giappone	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Indonesia	0	0	0	1	4	0	0	0	0
Myanmar (Birmania)	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Taiwan (Formosa)	0	2	0	0	1	0	0	0	0
Vietnam	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Asia Orientale	2	16	0	5	27	4	3	5	1
Asia	134	724	49	55	166	27	52	130	75
Canada	0	7	0	0	7	1	1	6	0
Stati Uniti d'America	1	33	2	0	2	1	0	1	2
America Settentrionale	1	40	2	0	9	2	1	7	2
Argentina	2	9	4	4	13	1	1	6	1
Bolivia	0	3	0	1	8	1	0	1	0
Brasile	4	15	0	17	32	4	9	19	4
Cile	0	3	0	1	9	3	0	1	0
Colombia	0	5	1	7	22	4	4	6	1

Cuba	1	8	1	1	8	1	0	3	1
Dominicana, Repubblica	0	0	1	3	7	0	0	0	0
Ecuador	0	3	0	18	31	4	2	4	2
El Salvador	0	1	0	2	7	0	0	1	2
Guatemala	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Honduras	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Haiti	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Messico	0	2	0	0	2	1	0	0	2
Nicaragua	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Panama	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Paraguay	0	2	0	1	2	0	0	1	0
Perù	3	17	1	74	219	28	5	22	3
Saint Vincent e Grenadine	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Uruguay	0	1	0	1	4	1	0	0	1
Venezuela	0	6	1	4	9	2	0	2	2
America Centro meridionale	10	76	9	135	376	52	21	67	19
America	11	116	11	135	385	54	22	74	21
Australia	0	1	0	0	2	1	0	1	1
Oceania	0	1	0	0	2	1	0	1	1
APOLIDE	0	16	4	0	1	3	0	3	0
Stato non definito	0	0	0	0	0	1	0	0	0
TOTALE	386	4495	459	597	1605	268	204	764	172

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione. Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati MIUR-URST

ITALIA. Studenti stranieri e italiani immatricolati presso la facoltà di Medicina (a.a. 2004/2005)

	Medicina e Chirurgia				Infermieri e Ostetricia				Fisioterapisti, tecnici e altri				TOT. Facoltà	
	Stranieri		Italiani + Stranieri		Stranieri		Italiani + Stranieri		Stranieri		Italiani + Stranieri		Stranieri	Ita+ Stra
	% F	T	% F	T	% F	T	% F	T	% F	T	% F	T	T	T
Piemonte Orientale	40,0	5	59,4	64	84,2	19	70,4	321	100,0	1	68,9	357	25	742
Torino	64,7	17	60,9	297	85,4	41	79,0	538	40,0	5	74,7	748	63	1.583
PIEMONTE	59,1	22	60,7	361	85,0	60	75,8	859	50,0	6	72,9	1.105	88	2.325
Genova	53,8	13	64,3	185	92,9	14	80,7	233	62,5	8	66,8	579	35	997
LIGURIA	53,8	13	64,3	185	92,9	14	80,7	233	62,5	8	66,8	579	35	997
Brescia	25,0	8	58,1	155	89,3	28	74,7	352	50,0	12	67,6	709	48	1.216
Insubria	53,3	15	50,0	100	100,0	3	74,7	166	83,3	6	60,5	344	24	610
Milano	63,6	11	60,7	247	84,6	39	65,9	378	91,7	12	67,3	830	62	1.455
Milano Bicocca	66,7	6	62,6	91	100,0	7	85,3	279	100,0	1	76,3	358	14	728
Milano Cattolica	75,0	4	55,2	221	95,5	22	71,2	379	77,8	9	60,8	811	35	1.411
Milano San Raffaele	-	-	53,0	83	85,7	7	87,1	62	0,0	0	79,0	119	7	264
Pavia	35,7	14	64,5	186	72,7	11	66,3	163	66,7	3	56,3	455	28	804
LOMBARDIA	50,0	58	58,4	1.083	88,0	117	73,4	1.779	74,4	43	65,1	3.626	218	6.488
Padova	47,4	19	59,2	196	82,9	35	74,8	616	46,7	15	54,6	1.186	69	1.998
Verona	57,1	7	63,9	108	83,0	47	79,2	620	55,6	9	73,2	810	63	1.538
VENETO	50,0	26	60,9	304	82,9	82	77,0	1.236	50,0	24	62,1	1.996	132	3.536
Trieste	50,0	10	56,0	84	66,7	3	63,8	58	100,0	2	62,8	145	15	287
Udine	-	2	56,3	71	-	-	78,8	151	0,0	0	65,1	292	2	514
FRIULI V. G.	41,7	12	56,1	155	66,7	3	74,6	209	100,0	2	64,3	437	17	801
Bologna	51,2	43	61,2	255	78,3	60	70,1	472	28,6	7	65,1	637	110	1.364
Ferrara	35,7	14	58,7	121	100,0	7	71,9	242	85,7	7	59,4	485	28	848
Modena e R.Emilia	23,1	13	52,0	127	78,6	14	68,0	306	100,0	1	66,3	377	28	810
Parma	26,3	19	57,9	152	86,4	22	73,4	177	20,0	5	50,8	437	46	766
EMILIA ROM.	39,3	89	58,2	655	81,6	103	70,4	1.197	50,0	20	60,7	1.936	212	3.788
Firenze	50,0	20	65,4	185	75,0	16	68,5	254	58,3	12	58,2	550	48	989
Pisa	42,9	7	63,7	168	100,0	16	75,0	268	60,0	5	66,2	541	28	977
Siena	37,5	8	55,2	125	100,0	7	68,2	217	42,9	7	60,9	506	22	848
TOSCANA	45,7	35	62,1	478	89,7	39	70,8	739	54,2	24	61,7	1.597	98	2.814
Perugia	44,4	18	59,1	181	83,3	6	86,1	79	50,0	8	65,3	199	32	459
UMBRIA	44,4	18	59,1	181	83,3	6	86,1	79	50,0	8	65,3	199	32	459
Roma Biomedico	-	2	50,0	56	100,0	5	93,8	32	0,0	0	93,8	48	7	136
Roma La Sapienza	50,0	46	67,1	483	89,4	66	71,2	1.208	70,6	17	61,3	2.064	129	3.755
Roma Tor Vergata	66,7	3	56,5	154	82,5	63	65,1	753	71,4	7	58,7	1.253	73	2.160
LAZIO	49,0	51	63,3	693	86,6	134	69,2	1.993	70,8	24	60,8	3.365	209	6.051
Chieti	18,2	11	50,4	127	66,7	3	68,2	855	50,0	6	63,0	2.735	20	3.717
L'Aquila	50,0	4	66,2	74	100,0	2	75,6	135	50,0	4	68,2	286	10	495
ABRUZZO	26,7	15	56,2	201	80,0	5	69,2	990	50,0	10	63,5	3.021	30	4.212
Marche	35,7	14	62,9	116	62,5	16	71,5	291	100,0	1	65,5	328	31	735
MARCHE	35,7	14	62,9	116	62,5	16	71,5	291	100,0	1	65,5	328	31	735
Napoli Federico II	50,0	4	57,1	191	100,0	6	67,6	364	62,5	8	61,4	611	18	1.166

Napoli II	100,0	1	52,8	195	100,0	1	66,4	339	0,0	2	53,4	502	4	1.036
CAMPANIA	60,0	5	54,9	386	100,0	7	67,0	703	50,0	10	57,8	1.113	22	2.202
Bari	50,0	8	69,1	262	83,3	6	66,5	373	18,8	16	66,1	840	30	1.475
Foggia	-	-	56,9	58	-	-	79,6	98	100,0	1	62,2	251	1	407
PUGLIA	50,0	8	66,9	320	83,3	6	69,2	471	23,5	17	65,2	1.091	31	1.882
Catanzaro	-	7	58,6	111	-	-	71,8	472	0,0	1	52,3	1.161	8	1.744
CALABRIA	-	7	58,6	111	-	-	71,8	472	0,0	1	52,3	1.161	8	1.744
Catania	16,7	6	51,6	192	100,0	1	71,3	115	0,0	1	65,5	177	8	484
Messina	-	-	52,7	186	-	-	63,8	469	0,0	2	56,4	782	2	1.437
Palermo	-	-	59,6	228	100,0	3	74,1	174	0,0	0	70,5	376	3	778
SICILIA	16,7	6	55,0	606	100,0	4	67,3	758	0,0	3	61,6	1.335	13	2.699
Cagliari	100,0	1	71,2	104	100,0	1	72,0	25	0,0	0	53,3	107	2	236
Sassari	66,7	6	59,4	69	-	-	78,6	70	66,7	3	73,2	97	9	236
SARDEGNA	71,4	7	66,5	173	100,0	1	76,8	95	66,7	3	62,7	204	11	472
Italia	44,8	386	59,8	6.008	85,1	597	71,7	12.104	56,4	204	62,6	23.093	1187	41.205

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione. Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati MIUR-URST

ITALIA. Studenti stranieri e italiani iscritti presso la facoltà di Medicina (a.a. 2004/2005)

	<i>Medicina e chirurgia</i>				<i>Infermieri e Ostetricia</i>				<i>Fisioterapisti, tecnici e altri</i>				<i>TOT. Facoltà</i>	
	stranieri		stranieri+italiani		stranieri		stranieri+italiani		stranieri		stranieri+italiani		stranieri	Ita+stra
	% F	T	% F	T	% F	t	% F	t	% F	t	% F	t	t	t
Piemonte Orientale	50,0	38	63,1	534	86,8	38	72,8	783	75,0	4	66,5	233	80	1.550
Torino	52,6	175	60,9	2.462	82,3	96	78,1	1.623	40,0	15	65,1	1.053	286	5.138
PIEMONTE	52,1	213	61,3	2.996	83,6	134	76,4	2.406	47,4	19	65,4	1.286	366	6.688
Genova	55,3	114	60,9	1.613	87,8	49	76,1	827	63,4	41	55,9	1.532	204	3.972
LIGURIA	55,3	114	60,9	1.613	87,8	49	76,1	827	63,4	41	55,9	1.532	204	3.972
Brescia	47,1	136	61,9	1.573	92,9	56	79,5	828	66,7	30	59,0	1.356	222	3.757
Insubria	48,5	103	63,0	968	93,8	16	80,0	509	52,9	17	53,7	693	136	2.170
Milano	58,4	149	61,6	2.426	86,8	114	69,8	1.521	85,7	35	59,1	2.418	298	6.365
Milano Bicocca	67,9	28	65,2	663	90,2	41	83,8	881	50,0	2	66,8	449	71	1.993
Milano Cattolica	52,6	19	57,1	1.460	88,3	77	72,8	1.270	65,4	26	57,9	1.466	122	4.196
Milano San Raffaele	-	4	61,3	488	95,2	21	76,7	180	-	-	68,4	215	25	883
Pavia	40,1	172	63,7	1.613	81,3	32	73,0	618	62,5	16	51,8	1.437	220	3.668
LOMBARDIA	48,9	611	61,7	9.191	88,8	357	75,4	5.807	69,0	126	57,8	8.034	1.094	23.032
Padova	52,2	249	63,2	2.244	81,5	108	76,9	1.728	44,4	54	47,8	2.139	411	6.111
Verona	41,9	74	63,9	960	81,2	101	80,1	1.733	54,5	22	61,3	806	197	3.499
VENETO	49,8	323	63,4	3.204	81,3	209	78,5	3.461	47,4	76	51,5	2.945	608	9.610
Trieste	46,4	84	57,6	739	88,9	9	70,3	239	30,0	10	55,7	566	103	1.544
Udine	47,4	19	60,3	559	100,0	2	80,2	455	-	2	48,0	504	23	1.518
FRIULI V. G.	46,6	103	58,8	1.298	90,9	11	76,8	694	25,0	12	52,1	1.070	126	3.062
Bologna	42,6	530	59,2	2.911	74,1	108	71,5	1.349	42,9	28	55,4	946	666	5.206
Ferrara	50,7	140	64,5	1.170	88,6	35	75,7	675	51,6	31	55,0	1.248	206	3.093
Modena e Reggio Emilia	54,4	90	58,4	969	81,4	59	67,1	1.067	72,7	11	67,1	550	160	2.586
Parma	45,3	150	61,6	1.392	83,9	31	72,4	474	48,1	27	48,3	1.043	208	2.909
EMILIA ROMAGNA	45,5	910	60,6	6.442	79,4	233	71,1	3.565	50,5	97	55,0	3.787	1.240	13.794
Firenze	52,6	135	64,2	1.758	84,2	57	73,3	1.088	51,2	41	49,0	2.051	233	4.897
Pisa	64,4	59	64,1	1.861	97,6	41	76,6	1.301	53,3	15	63,6	1.282	115	4.444
Siena	51,8	137	61,2	1.150	95,8	24	71,3	750	57,6	33	53,2	1.879	194	3.779
TOSCANA	54,4	331	63,5	4.769	91,0	122	74,2	3.139	53,9	89	54,1	5.212	542	13.120
Perugia	46,9	207	60,5	1.769	82,4	17	77,5	355	57,6	33	55,2	811	257	2.935
UMBRIA	46,9	207	60,5	1.769	82,4	17	77,5	355	57,6	33	55,2	811	257	2.935
Roma Biomedico	-	1	52,0	402	100,0	10	97,1	104	-	-	86,0	50	11	556
Roma La Sapienza	47,2	519	62,3	5.831	91,2	193	72,7	3.710	61,5	65	55,6	3.532	777	13.073
Roma Tor Vergata	52,1	121	62,6	1.588	83,8	185	69,4	2.679	63,6	44	52,6	2.267	350	6.534
LAZIO	48,0	641	61,8	7.821	87,9	388	71,8	6.493	62,4	109	54,7	5.849	1.138	20.163
Chieti	34,0	106	56,4	1.354	100,0	5	68,5	1.443	56,3	16	57,5	2.887	127	5.684
L'Aquila	41,1	202	59,2	868	100,0	6	74,2	655	42,9	35	58,4	838	243	2.361
ABRUZZO	38,6	308	57,5	2.222	100,0	11	70,3	2.098	47,1	51	57,7	3.725	370	8.045
Marche	51,0	100	64,6	992	78,8	33	73,3	986	71,4	7	52,2	347	140	2.325

MARCHE	51,0	100	64,6	992	78,8	33	73,3	986	71,4	7	52,2	347	140	2.325
Napoli Federico II	45,6	103	56,1	2.288	100,0	8	64,4	1.209	56,3	16	52,6	1.305	127	4.802
Napoli II	43,0	121	52,3	3.199	100,0	3	63,2	1.141	37,5	8	44,8	1.081	132	5.421
CAMPANIA	44,2	224	53,9	5.487	100,0	11	63,8	2.350	50,0	24	49,0	2.386	259	10.223
Bari	47,0	181	64,5	2.961	85,7	14	67,7	1.446	25,0	56	61,8	1.718	251	6.125
Foggia	47,4	19	59,2	654	100,0	1	79,5	365	75,0	4	54,7	961	24	1.980
PUGLIA	47,0	200	63,6	3.615	86,7	15	70,1	1.811	28,3	60	59,2	2.679	275	8.105
Catanzaro	25,0	28	60,9	783	75,0	4	67,0	1.622	57,1	7	47,4	3.094	39	5.499
CALABRIA	25,0	28	60,9	783	75,0	4	67,0	1.622	57,1	7	47,4	3.094	39	5.499
Catania	27,5	91	56,2	2.148	100,0	4	69,2	442	25,0	4	54,8	551	99	3.141
Messina	36,4	11	56,7	1.655	-	-	61,8	1.173	-	2	51,4	1.435	13	4.263
Palermo	45,8	24	58,6	2.234	100,0	5	72,7	542	100,0	2	59,5	966	31	3.742
SICILIA	31,7	126	57,2	6.037	100,0	9	66,1	2.157	37,5	8	54,7	2.952	143	11.146
Cagliari	35,7	14	68,0	1.370	100,0	1	75,5	102	-	-	53,9	596	15	2.068
Sassari	38,1	42	67,0	814	100,0	1	78,5	158	40,0	5	54,2	190	48	1.162
SARDEGNA	37,5	56	67,6	2.184	100,0	2	77,3	260	40,0	5	53,9	786	63	3.230
ITALIA	47,0	4.495	60,7	60.423	85,9	1.605	72,5	38.031	53,9	764	55,0	46.495	6.864	144.949

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione. Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati MIUR-URST

ITALIA. Studenti stranieri e italiani laureati presso la facoltà di Medicina (a.a. 2003/2004)

Ateneo	Medicina e Chirurgia				Infermieri e Ostetricia				Fisioterapisti, tecnici e altro				TOT. Fac.	
	Stranieri		Italiani+Stranieri		Stranieri		Italiani+Stranieri		Stranieri		Italiani+Stranieri		Stranieri	ITA+STRA
	% F	T	% F	T	% F	T	% F	T	% F	T	% F	T	T	T
Piemonte Orientale	40,0	5	66,7	75	91,7	12	79,9	139	-	-	60,6	71	17	285
Torino	71,4	21	63,5	307	90,9	11	86,5	384	100,0	1	60,0	160	33	851
PIEMONTE	65,4	26	64,1	382	91,3	23	84,7	523	100,0	1	60,2	231	50	1.136
Genova	33,3	6	63,2	171	87,5	8	74,5	200	100,0	3	63,5	422	17	793
LIGURIA	33,3	6	63,2	171	87,5	8	74,5	200	100,0	3	63,5	422	17	793
Brescia	33,3	12	58,0	138	100,0	7	84,8	224	50,0	4	61,6	177	23	539
Insubria	50,0	12	63,2	68	75,0	4	82,8	238	-	-	66,5	215	16	521
Milano	73,3	15	64,8	352	75,0	16	71,0	362	75,0	8	61,5	559	39	1.273
Milano Bicocca	-	-	65,0	117	100,0	4	86,6	216	-	-	64,9	97	4	430
Milano Cattolica	83,3	6	62,9	202	87,8	41	79,6	319	72,7	11	63,9	319	58	840
Milano San Raffaele	-	-	54,2	59	87,5	8	75,6	41	-	-	67,4	46	8	146
Pavia	66,7	15	60,6	165	87,5	8	80,7	435	57,1	7	72,0	1.199	30	1.799
LOMBARDIA	60,0	60	62,3	1.101	86,4	88	79,9	1.835	66,7	30	67,3	2.612	178	5.548
Padova	43,6	39	57,3	314	65,0	20	82,4	688	57,1	7	68,2	666	66	1.668
Verona	36,4	11	66,3	95	92,3	13	81,5	384	100,0	4	74,1	528	28	1.007
VENETO	42,0	50	59,4	409	75,8	33	82,1	1.072	72,7	11	70,8	1.194	94	2.675
Trieste	50,0	2	71,2	59	-	-	75,6	45	50,0	4	52,9	155	6	259
Udine	50,0	4	65,9	82	100,0	3	88,1	134	-	-	62,0	142	7	358
FRIULI V. G.	50,0	6	68,1	141	100,0	3	84,9	179	50,0	4	57,2	297	13	617
Bologna	50,7	71	58,8	369	81,8	11	72,2	212	33,3	3	50,0	164	85	745
Ferrara	36,4	11	58,0	100	87,5	8	77,3	110	75,0	4	71,5	214	23	424
Modena e Reg. Emilia	75,0	8	57,4	101	88,2	17	77,6	335	50,0	2	64,3	154	27	590
Parma	100,0	5	63,8	80	100,0	2	82,7	98	100,0	1	72,9	96	8	274
EMILIA ROMAGNA	53,7	95	59,1	650	86,8	38	76,7	755	60,0	10	64,3	628	143	2.033
Firenze	71,4	7	67,7	189	100,0	7	81,7	186	25,0	4	54,9	277	18	652
Pisa	-	4	64,2	148	75,0	4	83,5	224	100,0	1	59,6	245	9	617
Siena	43,8	16	59,6	136	100,0	5	81,6	245	16,7	6	65,9	1.200	27	1.581
TOSCANA	44,4	27	64,3	473	93,8	16	82,3	655	27,3	11	63,2	1.722	54	2.850
Perugia	-	-	62,8	172	-	-	78,1	178	-	-	48,8	125	-	475
UMBRIA	-	-	62,8	172	-	-	78,1	178	-	-	48,8	125	-	475
Roma Biomedico	-	-	52,6	38	100,0	5	100,0	18	-	-	95,5	22	5	78
Roma La Sapienza	49,0	49	60,0	597	90,9	11	78,0	300	87,5	64	68,0	641	124	1.538
Roma Tor Vergata	37,5	8	64,1	153	84,0	25	69,3	986	56,3	16	69,3	1.550	49	2.689
LAZIO	47,4	57	60,4	788	87,8	41	71,7	1.304	81,3	80	69,2	2.213	178	4.305
Chieti	57,9	19	58,4	185	100,0	2	77,3	696	100,0	1	64,8	1.204	22	2.085
L'Aquila	23,5	17	52,2	69	100,0	2	80,5	226	50,0	2	63,4	366	21	661
ABRUZZO	41,7	36	56,7	254	100,0	4	78,1	922	66,7	3	64,5	1.570	43	2.746
Marche	-	-	-	-	-	-	-	-	69,2	13	63,0	378	13	378

MARCHE	-	-	-	-	-	-	-	-	69,2	13	63,0	378	13	378
Napoli Federico II	46,7	15	55,0	211	100,0	2	62,6	522	100,0	2	50,2	251	19	984
Napoli II	38,7	31	50,6	399	100,0	6	66,7	258	50,0	6	57,1	359	43	1.016
CAMPANIA	41,3	46	52,1	610	100,0	8	64,0	780	62,5	8	54,3	610	62	2.000
Bari	50,0	14	57,1	245	50,0	2	66,5	331	28,6	7	70,8	325	23	901
Foggia	50,0	2	63,0	54	-	-	74,7	75	-	-	70,5	88	2	217
PUGLIA	50,0	16	58,2	299	50,0	2	68,0	406	28,6	7	70,7	413	25	1.118
Catanzaro	100,0	2	56,7	60	-	-	73,2	168	50,0	2	67,6	256	4	484
CALABRIA	100,0	2	56,7	60	-	-	73,2	168	50,0	2	67,6	256	4	484
Catania	21,4	14	56,3	284	-	-	69,9	113	-	-	51,1	141	14	538
Messina	-	-	59,1	181	-	-	62,1	256	-	-	61,3	344	-	781
Palermo	50,0	2	61,9	336	100,0	1	70,8	72	100,0	1	46,2	104	4	512
SICILIA	25,0	16	59,3	801	100,0	1	65,5	441	100,0	1	56,2	589	18	1.831
Cagliari	100,0	1	63,5	170	-	-	92,3	26	-	-	61,7	128	1	324
Sassari	16,7	6	65,8	111	-	-	-	-	-	-	66,7	15	6	126
SARDEGNA	28,6	7	64,4	281	-	-	92,3	26	-	-	62,2	143	7	450
ITALIA	48,7	450	60,3	6.592	86,8	265	76,4	9.444	69,6	184	65,1	13.403	899	29.439

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione. Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati MIUR-URST

ITALIA. Assunzioni annuali di non comunitari nel settore sanitario privato: ripartizione regionale (2003-2004)

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a
Piemonte	883	529	354	40,1	1.069	737	332	31,1
Val D'Aosta	6	1	5	83,3	18	11	7	38,9
Liguria	223	123	100	44,8	260	167	93	35,8
Lombardia	2.308	1.408	900	39,0	2.421	1.708	713	29,5
Nord Ovest	3.420	2.061	1.359	39,7	3.768	2.623	1.145	30,4
Trentino A. A.	301	116	185	61,5	277	176	101	36,5
Veneto	836	511	325	38,9	1.089	556	533	48,9
Friuli V. G.	403	207	196	48,6	353	253	100	28,3
Emilia Romagna	1.550	1.001	549	35,4	1.613	970	643	39,9
Nord Est	3.090	1.835	1.255	40,6	3.332	1.955	1.377	41,3
Toscana	504	316	188	37,3	642	380	262	40,8
Umbria	101	78	23	22,8	108	63	45	41,7
Marche	341	187	154	45,2	308	276	32	10,4
Lazio	625	314	311	49,8	837	391	446	53,3
Centro	1.571	895	676	43,0	1.895	1.110	785	41,4
Abruzzo	122	94	28	23,0	141	99	42	29,8
Molise	12	16	- 4	-33,3	33	17	16	48,5
Campania	171	115	56	32,7	197	116	81	41,1
Puglia	124	102	22	17,7	132	112	20	15,2
Basilicata	24	20	4	16,7	23	25	- 2	-8,7
Calabria	47	36	11	23,4	73	36	37	50,7
Sud	500	383	117	23,4	599	405	194	32,4
Sicilia	128	92	36	28,1	165	97	68	41,2
Sardegna	36	33	3	8,3	39	24	15	38,5
Isole	164	125	39	23,8	204	121	83	40,7
Non Attribuito	125	49	76	60,8	152	79	73	48,0
Totale Province	8.870	5.348	3.522	39,7	10.210	6.460	3.750	36,7
Non Ripartito	1.886	1.429	457	24,2	2.979	2.038	941	31,6
ITALIA	10.756	6.777	3.979	37,0	12.929	8.331	4.598	35,6

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati INAIL

ITALIA. Assunzioni annuali di non comunitari nel sett. sanitario privato: continenti di provenienza (2003-2004)

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a
Nuovi membri UE	796	421	375	47,1	1.037	619	418	40,3
Altri Paesi Europei	4.396	2.463	1.933	44,0	5.485	3.382	2.103	38,3
Europa	5.192	2.884	2.308	44,5	6.522	4.001	2.521	38,7
Nord Africa	927	716	211	22,8	1.114	811	303	27,2
Africa Orientale	577	448	129	22,4	703	488	215	30,6
Africa Occidentale	188	157	31	16,5	209	149	60	28,7
Africa Centro Meridionale	151	105	46	30,5	169	103	66	39,1
Africa	1.843	1.426	417	22,6	2.195	1.551	644	29,3
Asia Occidentale	80	53	27	33,8	85	76	9	10,6
Asia Centro Meridionale	409	266	143	35,0	445	311	134	30,1
Asia Orientale	219	164	55	25,1	237	170	67	28,3
Asia	708	483	225	31,8	767	557	210	27,4
Nord America	130	108	22	16,9	135	124	11	8,1
America Centro Meridion.	2.825	1.842	983	34,8	3.254	2.066	1.188	36,5
America	2.955	1.950	1.005	34,0	3.389	2.190	1.199	35,4
Oceania	58	34	24	41,4	57	33	24	42,1
Totale	10.756	6.777	3.979	37,0	12.929	8.331	4.598	35,6

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati INAIL

ITALIA. Assunzioni annuali di non comunitari nel settore sanitario privato: ripartizione provinciale (2003-2004)

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a
Alessandria	118	53	65	55,1	95	79	16	16,8
Asti	39	35	4	10,3	44	47	-3	-6,8
Biella	102	30	72	70,6	125	63	62	49,6
Cuneo	109	71	38	34,9	145	124	21	14,5
Novara	47	36	11	23,4	84	37	47	56,0
Torino	432	266	166	38,4	474	328	146	30,8
Verbania	15	15	0	0,0	31	21	10	32,3
Vercelli	21	23	-2	-9,5	71	38	33	46,5
Piemonte	883	529	354	40,1	1.069	737	332	31,1
Aosta	6	1	5	83,3	19	11	7	38,9
Val D'Aosta	6	1	5	83,3	18	11	7	38,9
Genova	112	60	52	46,4	144	82	62	43,1
Imperia	43	28	15	34,9	43	26	17	39,5
La Spezia	24	9	15	62,5	18	16	2	11,1
Savona	44	26	18	40,9	55	43	12	21,8
Liguria	223	123	100	44,8	260	167	93	35,8
Bergamo	315	216	99	31,4	377	296	81	21,5
Brescia	323	173	150	46,4	258	256	2	0,8
Como	278	142	136	48,9	280	215	65	23,2
Cremona	54	31	23	42,6	56	37	19	33,9
Lecco	31	13	18	58,1	33	9	24	72,7
Lodi	77	53	24	31,2	47	79	-32	-68,1
Mantova	133	71	62	46,6	199	141	58	29,1
Milano	855	516	339	39,6	966	521	445	46,1
Pavia	84	59	25	29,8	74	43	31	41,9
Sondrio	8	7	1	12,5	13	9	4	30,8
Varese	150	127	23	15,3	118	102	16	13,6
Lombardia	2.308	1.408	900	39,0	2.421	1.708	713	29,5
Bolzano	132	45	87	65,9	79	46	33	41,8
Trento	169	71	98	58,0	198	130	68	34,3
Trentino A. A.	301	116	185	61,5	277	176	101	36,5
Belluno	58	50	8	13,8	60	62	-2	-3,3
Padova	88	44	44	50,0	152	88	64	42,1
Rovigo	16	9	7	43,8	21	15	6	28,6
Treviso	245	110	135	55,1	281	146	135	48,0
Venezia	80	50	30	37,5	88	55	33	37,5
Verona	176	186	-10	-5,7	194	126	68	35,1
Vicenza	173	62	111	64,2	293	64	229	78,2
Veneto	836	511	325	38,9	1.089	556	533	48,9
Gorizia	16	14	2	12,5	19	13	6	31,6
Pordenone	107	49	58	54,2	90	58	32	35,6
Trieste	105	36	69	65,7	66	85	-19	-28,8
Udine	175	108	67	38,3	178	97	81	45,5
Friuli V. G.	403	207	196	48,6	353	253	100	28,3
Bologna	310	198	112	36,1	351	198	153	43,6
Ferrara	44	25	19	43,2	56	33	23	41,1
Forlì	259	179	80	30,9	207	152	55	26,6
Modena	239	167	72	30,1	196	182	14	7,1
Parma	256	152	104	40,6	310	139	171	55,2
Piacenza	60	50	10	16,7	81	47	34	42,0
Ravenna	191	105	86	45,0	252	110	142	56,3
Reggio Emilia	107	75	32	29,9	85	47	38	44,7
Rimini	84	50	34	40,5	75	62	13	17,3
Emilia Romagna	1.550	1.001	549	35,4	1.613	970	643	39,9
Arezzo	18	8	10	55,6	37	13	24	64,9
Firenze	286	176	110	38,5	312	199	113	36,2
Grosseto	15	16	-1	-6,7	14	5	9	64,3

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a
Livorno	31	20	11	35,5	44	30	14	31,8
Lucca	21	11	10	47,6	36	10	26	72,2
Massa Carrara	13	6	7	53,8	15	10	5	33,3
Pisa	34	24	10	29,4	36	25	11	30,6
Pistoia	19	17	2	10,5	18	5	13	72,2
Prato	12	8	4	33,3	17	14	3	17,6
Siena	55	30	25	45,5	113	69	44	38,9
Toscana	504	316	188	37,3	642	380	262	40,8
Perugia	75	53	22	29,3	81	43	38	46,9
Terni	26	25	1	3,8	27	20	7	25,9
Umbria	101	78	23	22,8	108	63	45	41,7
Ancona	198	88	110	55,6	158	155	3	1,9
Ascoli Piceno	51	26	25	49,0	69	62	7	10,1
Macerata	61	59	2	3,3	56	42	14	25,0
Pesaro	31	14	17	54,8	25	17	8	32,0
Marche	341	187	154	45,2	308	276	32	10,4
Frosinone	127	39	88	69,3	246	122	124	50,4
Latina	14	14	0	0,0	16	7	9	56,3
Rieti	6	3	3	50,0	9	4	5	55,6
Roma	455	243	212	46,6	536	233	303	56,5
Viterbo	23	15	8	34,8	30	25	5	16,7
Lazio	625	314	311	49,8	837	391	446	53,3
Chieti	66	50	16	24,2	46	25	21	45,7
Pescara	10	13	-3	-30,0	26	26	0	0,0
L'aquila	10	4	6	60,0	17	14	3	17,6
Teramo	36	27	9	25,0	52	34	18	34,6
Abruzzo	122	94	28	23,0	141	99	42	29,8
Campobasso	6	7	-1	-16,7	19	9	10	52,6
Isernia	6	9	-3	-50,0	14	8	6	42,9
Molise	12	16	-4	-33,3	33	17	16	48,5
Avellino	40	23	17	42,5	38	23	15	39,5
Benevento	10	13	-3	-30,0	13	12	1	7,7
Caserta	25	27	-2	-8,0	43	23	20	46,5
Napoli	61	33	28	45,9	75	34	41	54,7
Salerno	35	19	16	45,7	28	24	4	14,3
Campania	171	115	56	32,7	197	116	81	41,1
Bari	37	36	1	2,7	53	35	18	34,0
Brindisi	17	11	6	35,3	13	13	0	0,0
Foggia	6	4	2	33,3	6	6	0	0,0
Lecce	54	37	17	31,5	50	51	-1	-2,0
Taranto	10	14	-4	-40,0	10	7	3	30,0
Puglia	124	102	22	17,7	132	112	20	15,2
Matera	5	3	2	40,0	1	3	-2	-200,0
Potenza	19	17	2	10,5	22	22	0	0,0
Basilicata	24	20	4	16,7	23	25	-2	-8,7
Catanzaro	12	14	-2	-16,7	8	6	2	25,0
Cosenza	20	13	7	35,0	32	13	19	59,4
Crotone	5	2	3	60,0	12	6	6	50,0
Reggio Calabria	8	5	3	37,5	19	10	9	47,4
Vibo Valentia	2	2	0	0,0	2	1	1	50,0
Calabria	47	36	11	23,4	73	36	37	50,7
Agrirento	8	2	6	75,0	6	3	3	50,0
Caltanissetta	3	1	2	66,7	1	0	1	100,0
Catania	28	21	7	25,0	53	38	15	28,3
Enna	5	7	-2	-40,0	5	5	0	0,0
Messina	20	12	8	40,0	19	6	13	68,4
Palermo	23	17	6	26,1	23	11	12	52,2
Ragusa	7	9	-2	-28,6	10	13	-3	-30,0
Siracusa	10	5	5	50,0	18	4	14	77,8

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a	Assunzioni	Cessazioni	Saldi	Incidenza s/a
Trapani	24	18	6	25,0	30	17	13	43,3
Sicilia	128	92	36	28,1	165	97	68	41,2
Cagliari	15	7	8	53,3	17	9	8	47,1
Nuoro	3	6	-3	-100,0	3	1	2	66,7
Oristano	3	6	-3	-100,0	4	7	-3	-75,0
Sassari	15	14	1	6,7	15	7	8	53,3
Sardegna	36	33	3	8,3	39	24	15	38,5
Non Attribuito	125	49	76	60,8	152	79	73	48,0
Totale Province	8.870	5.348	3.522	39,7	10.210	6.460	3.750	36,7
Non Ripartito	1.886	1.429	457	24,2	2.979	2.038	941	31,6
Totale	10.756	6.777	3.979	37,0	12.929	8.331	4.598	35,6

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati INAIL

ITALIA. Assunzioni annuali di non comunitari nel settore sanitario privato: paesi di provenienza (2003-2004)

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessazioni	Saldo	Incidenza S/A	Assunzioni	Cessazioni	Saldo	Incidenza S/A
Malta	-	1	- 1	-	2	-	2	100,0
Estonia	2	-	2	100,0	1	1	-	0,0
Lettonia	5	3	2	40,0	7	5	2	28,6
Lituania	2	2	-	-	9	5	4	44,4
Polonia	685	359	326	47,6	892	532	360	40,4
Repubblica Ceca	23	9	14	60,9	17	10	7	41,2
Slovacchia	30	14	16	53,3	54	31	23	42,6
Ungheria	31	22	9	29,0	42	23	19	45,2
Slovenia	16	10	6	37,5	13	10	3	23,1
Cipro	2	1	1	50,0	-	2	- 2	0,0
Totale Ue	796	421	375	47,1	1.037	619	418	40,3
Romania	1.824	707	1.117	61,2	2.392	1.196	1.196	50,0
Bulgaria	90	61	29	32,2	99	56	43	43,4
Albania	643	426	217	33,7	757	522	235	31,0
Ucraina	325	160	165	50,8	535	308	227	42,4
Bielorussia	13	10	3	23,1	24	13	11	45,8
Moldavia	244	130	114	46,7	415	256	159	38,3
Russia	102	56	46	45,1	105	82	23	21,9
Croazia	84	63	21	25,0	105	71	34	32,4
Bosnia-Erzegovina	35	30	5	14,3	35	23	12	34,3
Serbia-Montenegro	267	217	50	18,7	243	217	26	10,7
Macedonia	28	22	6	21,4	43	16	27	62,8
Turchia	14	14	-	-	15	15	-	0,0
Liechtenstein	-	-	-	-	-	1	- 1	0,0
Martinica	-	-	-	-	2	1	1	50,0
Principato Di Monaco	2	1	1	50,0	2	1	1	50,0
San Marino	4	4	-	-	2	4	- 2	-100,0
Svizzera	720	561	159	22,1	710	599	111	15,6
Gibilterra	1	1	-	-	1	1	-	0,0
Altri Paesi Europei	4.396	2.463	1.933	44,0	5.485	3.382	2.103	38,3
Marocco	607	450	157	25,9	742	552	190	25,6
Algeria	41	35	6	14,6	57	38	19	33,3
Tunisia	211	161	50	23,7	203	149	54	26,6
Libia	22	24	- 2	- 9,1	26	25	1	3,8
Egitto	43	43	-	-	80	43	37	46,3
Sudan	3	3	-	-	6	4	2	33,3
Nord Africa	927	716	211	22,8	1.114	811	303	27,2
Mauritania	1	2	- 1	- 100,0	1	-	1	100,0
Mali	1	1	-	-	4	2	2	50,0
Burkina Faso	10	4	6	60,0	11	4	7	63,6
Niger	1	1	-	-	2	1	1	50,0
Capo Verde	8	10	- 2	- 25,0	12	4	8	66,7
Senegal	100	72	28	28,0	125	101	24	19,2
Gambia	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Guinea Bissau	7	1	6	85,7	5	4	1	20,0
Guinea	9	9	-	-	8	9	- 1	-12,5
Sierra Leone	5	4	1	20,0	14	15	- 1	-7,1
Liberia	3	3	-	-	11	6	5	45,5
Ghana	88	63	25	28,4	83	51	32	38,6
Togo	10	8	2	20,0	9	10	- 1	-11,1
Benin	10	8	2	20,0	10	9	1	10,0
Nigeria	187	150	37	19,8	239	164	75	31,4
Costa D'avorio	128	105	23	18,0	161	103	58	36,0
Ruanda	9	7	2	22,2	8	5	3	37,5
Africa Orientale	577	448	129	22,4	703	488	215	30,6
Burundi	13	10	3	23,1	14	4	10	71,4
Etiopia	62	60	2	3,2	64	53	11	17,2
Eritrea	20	13	7	35,0	23	15	8	34,8
Somalia	36	32	4	11,1	29	25	4	13,8
Kenia	10	10	-	-	17	13	4	23,5
Uganda	2	-	2	100,0	5	3	2	40,0

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessazioni	Saldo	Incid. S/A	Assunzioni	Cessazioni	Saldo	Incid.S/A
Tanzania	1	3	- 2	- 200,0	3	4	- 1	-33,3
Seicelle	3	-	3	100,0	7	3	4	57,1
Mozambico	1	-	1	100,0	4	1	3	75,0
Madagascar	9	3	6	66,7	9	6	3	33,3
Maurizio	26	24	2	7,7	29	19	10	34,5
Zambia	4	1	3	75,0	3	3	-	0,0
Zimbabwe	1	1	-	-	2	-	2	100,0
Afr Occidentale	188	157	31	16,5	209	149	60	28,7
Ciad	-	1	- 1	-	1	-	1	100,0
Camerun	65	40	25	38,5	70	42	28	40,0
Repubblica Centrafricana	1	1	-	-	-	-	-	-
Sao Tome E Principe	1	1	-	-	-	-	-	-
Congo	6	8	- 2	- 33,3	11	9	2	18,2
Zaire	46	32	14	30,4	57	36	21	36,8
Angola	14	8	6	42,9	14	6	8	57,1
Repubblica Sudafricana	18	14	4	22,2	16	10	6	37,5
Africa Centro Merid	151	105	46	30,5	169	103	66	39,1
Libano	9	7	2	22,2	8	11	- 3	-37,5
Siria	11	4	7	63,6	7	10	- 3	-42,9
Iraq	13	7	6	46,2	12	13	- 1	-8,3
Iran	28	22	6	21,4	40	30	10	25,0
Israele	9	5	4	44,4	5	4	1	20,0
Giordania	9	6	3	33,3	7	4	3	42,9
Emirati Arabi Uniti	-	-	-	-	-	1	- 1	0,0
Qatar	-	-	-	-	1	-	1	100,0
Kuwait	-	1	- 1	-	3	2	1	33,3
Yemen	1	1	-	-	1	-	1	100,0
Asia Occidentale	80	53	27	33,8	85	76	9	10,6
Afghanistan	3	1	2	66,7	2	2	-	0,0
Pakistan	41	54	- 13	- 31,7	57	42	15	26,3
India	242	127	115	47,5	256	175	81	31,6
Bangladesh	38	21	17	44,7	23	28	- 5	-21,7
Maldiva	-	1	- 1	-	-	-	-	-
Sri Lanka	85	62	23	27,1	106	64	42	39,6
Bhutan	-	-	-	-	1	-	1	100,0
Asia Centro Meridion	409	266	143	35,0	445	311	134	30,1
Myanmar (Birmania)	-	1	- 1	-	1	-	1	100,0
Thailandia	16	11	5	31,3	14	10	4	28,6
Laos	2	1	1	50,0	-	1	- 1	0,0
Vietnam	6	3	3	50,0	3	2	1	33,3
Cambogia	1	-	1	100,0	1	-	1	100,0
Indonesia	-	-	-	-	4	-	4	100,0
Filippine	175	134	41	23,4	193	131	62	32,1
Mongolia	-	-	-	-	-	1	- 1	0,0
Cina	13	6	7	53,8	15	17	- 2	-13,3
Corea Del Nord	-	1	- 1	-	-	-	-	-
Corea Del Sud	4	2	2	50,0	3	2	1	33,3
Singapore	-	-	-	-	-	3	- 3	0,0
Giappone	2	5	- 3	- 150,0	3	3	-	0,0
Asia Orient	219	164	55	25,1	237	170	67	28,3
Stati Uniti	65	55	10	15,4	84	70	14	16,7
Canada	63	51	12	19,0	51	52	- 1	-2,0
Bermuda (Isole)	-	-	-	-	-	1	- 1	0,0
Isole Midway	1	1	-	-	-	-	-	0,0
Normanne (Isole)	-	-	-	-	-	1	- 1	0,0
Vergini Americane (Is.)	1	1	-	-	-	-	-	0,0
Nord America	130	108	22	16,9	135	124	11	8,1
Messico	17	14	3	17,6	19	16	3	15,8
Guatemala	5	2	3	60,0	3	2	1	33,3
Honduras	3	5	- 2	- 66,7	6	6	-	0,0
El Salvador	43	24	19	44,2	32	21	11	34,4
Nicaragua	2	5	- 3	- 150,0	4	5	- 1	-25,0
Costa Rica	4	3	1	25,0	7	3	4	57,1

	2003				2004			
	Assunzioni	Cessazioni	Saldo	Incidenza S/A	Assunzioni	Cessazioni	Saldo	Incidenza S/A
Panama	11	11	-	-	19	16	3	15,8
Cuba	77	73	4	5,2	141	86	55	39,0
Haiti	1	4	- 3	- 300,0	3	2	1	33,3
Bahama	-	-	-	-	-	1	- 1	0,0
Repubblica Dominicana	197	100	97	49,2	177	123	54	30,5
Antigua E Barbuda	-	1	- 1	-	-	1	- 1	0,0
Dominica	1	1	-	-	2	2	-	0,0
Giamaica	1	-	1	100,0	1	2	- 1	-100,0
Trinidad E Tobago	1	1	-	-	1	-	1	100,0
Colombia	221	127	94	42,5	225	153	72	32,0
Venezuela	149	125	24	16,1	153	114	39	25,5
Ecuador	329	183	146	44,4	495	265	230	46,5
Peru'	996	628	368	36,9	1.100	635	465	42,3
Brasile	310	227	83	26,8	392	257	135	34,4
Cile	60	48	12	20,0	77	55	22	28,6
Bolivia	52	23	29	55,8	57	42	15	26,3
Paraguay	6	4	2	33,3	3	6	- 3	-100,0
Uruguay	31	28	3	9,7	59	39	20	33,9
Guadalupa	-	1	- 1	-	-	-	-	-
Argentina	308	204	104	33,8	278	214	64	23,0
Amer Centro Merid	2.825	1.842	983	34,8	3.254	2.066	1.188	36,5
Australia	57	32	25	43,9	54	32	22	40,7
Nuova Zelanda	1	2	- 1	- 100,0	3	1	2	66,7
Oceania	58	34	24	41,4	57	33	24	42,1
Totale	10.756	6.777	3.979	37,0	12.929	8.331	4.598	35,6

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati INAIL

ITALIA. Medici stranieri: ripartizione regionale (2004)

Regione	v.a. medici	% ripart. territoriale	% totale soggiornanti
Piemonte	805	6,4	7,8
Valle D'Aosta	27	0,2	0,2
Liguria	434	3,5	2,6
Lombardia	2.072	16,5	23,4
<i>Nord Ovest</i>	3.338	26,6	34,0
Trentino Alto Adige	462	3,7	2,0
Veneto	1.209	9,7	10,3
Friuli Venezia Giulia	375	3,0	2,7
Emilia Romagna	1.202	9,6	10,2
<i>Nord Est</i>	3.248	25,9	25,3
Toscana	754	6,0	8,0
Umbria	277	2,2	2,0
Marche	326	2,6	3,1
Lazio	2.080	16,6	14,0
<i>Centro</i>	3.437	27,4	27,1
Abruzzo	387	3,1	1,5
Molise	60	0,5	0,2
Campania	602	4,8	4,6
Puglia	333	2,7	2,0
Basilicata	57	0,5	0,3
Calabria	229	1,8	1,4
<i>Sud</i>	1.668	13,3	9,9
Sicilia	612	4,9	3,0
Sardegna	224	1,8	0,7
<i>Isole</i>	836	6,7	3,7
Totale	12.527	100,0	100,0

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati ENPAM in collaborazione con gli Ordini Provinciali

ITALIA. Medici stranieri: ripartizione provinciale (2004)

Province	v.a.	%
Alessandria	47	0,4
Asti	21	0,2
Biella	33	0,3
Cuneo	88	0,7
Novara	59	0,5
Torino	504	4,0
Verbano-Cusio-Ossola	33	0,3
Vercelli	20	0,2
Piemonte	805	6,4
Aosta	27	0,2
Aosta	27	0,2
Genova	244	1,9
Imperia	102	0,8
La Spezia	35	0,3
Savona	53	0,4
Liguria	434	3,5
Bergamo	158	1,3
Brescia	232	1,9
Como	107	0,9
Cremona	25	0,2
Lecco	33	0,3
Lodi	30	0,2
Mantova	32	0,3
Milano	1.035	8,3
Pavia	229	1,8
Sondrio	40	0,3
Varese	151	1,2
Lombardia	2.072	16,5
Bolzano	337	2,7
Trento	125	1,0
Trentino A. A.	462	3,7
Belluno	41	0,3
Padova	406	3,2
Rovigo	33	0,3
Treviso	185	1,5
Venezia	135	1,1
Verona	291	2,3
Vicenza	118	0,9
Veneto	1.209	9,7
Gorizia	34	0,3
Pordenone	76	0,6
Trieste	117	0,9
Udine	148	1,2
Friuli V. G.	375	3,0
Bologna	382	3,0
Ferrara	89	0,7
Forli-Cesena	98	0,8
Modena	189	1,5
Parma	167	1,3
Piacenza	52	0,4
Ravenna	65	0,5
Reggio Emilia	64	0,5
Rimini	96	0,8
Emila Romagna	1.202	9,6
Arezzo	37	0,3
Firenze	279	2,2
Grosseto	40	0,3
Livorno	35	0,3
Lucca	61	0,5
Massa Carrara	27	0,2
Pisa	121	1,0
Pistoia	34	0,3
Prato	30	0,2
Siena	90	0,7
Toscana	754	6,0

Perugia	233	1,9
Terni	44	0,4
Umbria	277	2,2
Ancona	166	1,3
Ascoli Piceno	61	0,5
Macerata	40	0,3
Pesaro	59	0,5
Marche	326	2,6
Frosinone	75	0,6
Latina	87	0,7
Rieti	21	0,2
Roma	1.855	14,8
Viterbo	42	0,3
Lazio	2.080	16,6
Chieti	108	0,9
L'Aquila	85	0,7
Pescara	132	1,1
Teramo	62	0,5
Abruzzo	387	3,1
Campobasso	43	0,3
Isernia	17	0,1
Molise	60	0,5
Avellino	71	0,6
Benevento	27	0,2
Caserta	86	0,7
Napoli	292	2,3
Salerno	126	1,0
Campania	602	4,8
Bari	171	1,4
Brindisi	23	0,2
Foggia	37	0,3
Lecce	79	0,6
Taranto	23	0,2
Puglia	333	2,7
Matera	18	0,1
Potenza	39	0,3
Basilicata	57	0,5
Catanzaro	54	0,4
Cosenza	94	0,8
Crotone	18	0,1
Reggio Calabria	45	0,4
Vibo Valentia	18	0,1
Calabria	229	1,8
Agrigento	59	0,5
Caltanissetta	26	0,2
Catania	129	1,0
Enna	20	0,2
Messina	138	1,1
Palermo	146	1,2
Ragusa	30	0,2
Siracusa	43	0,3
Trapani	21	0,2
Sicilia	612	4,9
Cagliari	98	0,8
Nuoro	32	0,3
Oristano	17	0,1
Sassari	77	0,6
Sardegna	224	1,8
ITALIA	12.527	100,0

*FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes.
Elaborazioni su dati ENPAM in collaborazione con gli Ordini Provinciali*

ITALIA. Stima del fabbisogno di nuovi infermieri: ripartizione regionale (2004)

	Iscritti IPASVI	Stima Fabbisogno IPASVI	Dipendenti OCSE	Stima Fabbisogno OCSE
Piemonte	22.373	-7.505	15.779	-6.594
Valle d'Aosta	762	-86	683	-79
Lombardia	52.008	-12.804	31.417	-20.591
Liguria	12.829	-1.842	12.291	-538
Nord Ovest	87.972	-22.237	60.170	-27.802
Trentino	10.295	-3.570	9.857	-438
Veneto	29.229	-3.201	25.454	-3.775
Friuli V.G.	6.937	-1.376	6.796	-141
Emilia Romagna	26.881	-1.763	21.850	-5.031
Nord Est	73.342	-9.910	63.957	-9.385
Nord	161.314	-32.147	124.127	-37.187
Toscana	22.532	-2.296	21.459	-1.073
Umbria	4.887	-1.040	4.256	-631
Marche	7.899	-2.581	6.217	-1.682
Lazio	31.688	-4.675	20.136	-11.552
Centro	67.006	-10.592	52.068	-14.938
Abruzzo	8.535	-430	7.227	-1.308
Molise	2.304	83	1.900	-404
Campania	30.035	-9.909	16.015	-14.020
Puglia	23.954	-4.116	12.595	-11.359
Basilicata	3.170	-946	2.200	-970
Calabria	8.862	-5.002	5.088	-3.774
Sud	76.860	-20.320	45.025	-31.835
Sicilia	26.889	-7.701	13.927	-12.962
Sardegna	10.204	-1.181	8.254	-1.950
Isole	37.093	-8.882	22.181	-14.912
Italia	342.273	-61.117	243.403	-98.870

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Collegio Ipasvi, OCSE