

Hospitals (addresses + links) | Les hôpitaux

Le Service national de santé italien (Servizio Sanitario Nazionale) a été créé en 1978, avec comme principes directeurs la couverture universelle, la solidarité, la dignité humaine et les besoins en matière de santé. Il est régional et organisé aux niveaux national, régional et local. En vertu de la constitution italienne, le gouvernement central contrôle la répartition des recettes fiscales pour les soins de santé financés par des fonds publics et définit un ensemble de prestations légales nationales à offrir à tous les résidents de chaque région - les «niveaux de soins essentiels» LEA). Les 19 régions et deux provinces autonomes ont la responsabilité d'organiser et de fournir des services de santé par l'intermédiaire des unités de santé locales. Les régions jouissent d'une grande autonomie pour déterminer la structure macro de leurs systèmes de santé. Les unités sanitaires locales sont gérées par un directeur général nommé par le gouverneur de la région et fournissent des soins primaires, des soins hospitaliers, des soins spécialisés ambulatoires, des soins de santé publics et des soins de santé liés aux soins sociaux.

Qui est couvert et comment l'assurance est-elle financée?

Soins de santé financés par des fonds publics: Le Service national de santé (NHS) couvre tous les citoyens et résidents étrangers légaux. La couverture est automatique et universelle. Depuis 1998, les sans-papiers ont accès à des services urgents et essentiels. Les visiteurs temporaires reçoivent des services de santé en payant les coûts du traitement. Le financement public représentait 75,8% des dépenses totales de santé en 2014, les dépenses totales s'élevant à 9,1% du PIB. Le système public est financé principalement par un impôt sur les sociétés (environ 35,6% du financement total en 2012) mis en commun au niveau national et alloué aux régions, généralement en proportion de leurs contributions (il existe d'importants écarts interrégionaux les inégalités) et une proportion fixe des recettes fiscales nationales à valeur ajoutée (environ 47,3% du total en 2012) collectées par le gouvernement central et redistribuées aux régions dont les ressources sont insuffisantes pour fournir les niveaux de soins essentiels.

Les régions sont autorisées à générer leurs propres revenus supplémentaires, ce qui entraîne de nouvelles différences de financement interrégionales. Chaque année, la Conférence permanente sur les relations entre l'État, les régions et les provinces autonomes (avec les présidents des régions et les représentants du gouvernement central) définit les critères (généralement la taille de la population et l'âge) pour allouer des fonds aux régions. Les unités de santé locales sont principalement financées par des budgets capitalisés. Étant donné que le service national de santé ne permet pas aux personnes de se retirer du système et de ne solliciter que des soins privés, il n'existe pas d'assurance de substitution, mais une assurance maladie privée complémentaire et complémentaire est disponible (voir ci-dessous).

Soins de santé à financement privé: L'assurance maladie privée joue un rôle limité dans le système de santé, représentant environ 1% des dépenses totales en 2014. Environ 6 millions de personnes sont couvertes par une assurance maladie volontaire. Certaines polices d'assurance-maladie privées couvrent également les cautionnements pour des services fournis par le secteur privé ou un taux d'indemnisation journalier pendant l'hospitalisation.

Il existe deux types d'assurance-maladie privée: les sociétés, pour lesquelles les entreprises couvrent les employés et parfois leurs familles, et les entreprises, les particuliers achetant des produits d'assurance pour eux-mêmes ou leur famille. Les politiques, collectives ou individuelles, sont fournies par des organisations à but lucratif et à but non lucratif. Le marché se caractérise par trois types d'organisations à but non lucratif: les mutuelles d'assurance volontaire et les fonds d'entreprise et collectifs organisés par les employeurs ou les associations professionnelles pour leurs salariés ou leurs membres. Il n'y a aucune information sur le nombre de polices vendues par chaque type de fournisseur de VHI, mais les assureurs à but non lucratif couvrent la majorité des assurés.

Qu'est-ce qui est couvert?

Services: Les soins primaires et hospitaliers sont gratuits au point d'utilisation. Les listes positives et négatives sont définies à l'aide de critères liés à la nécessité médicale, à l'efficacité, à la dignité humaine, à la pertinence et à l'efficacité de la prestation. Les listes positives identifient les services offerts à tous les résidents; les exemples incluent les produits pharmaceutiques, les soins aux patients hospitalisés, la médecine préventive, les soins spécialisés en consultation externe,

les soins à domicile, les soins primaires et les soins palliatifs. Les listes négatives identifient les services non offerts aux patients, tels que la chirurgie esthétique; les services couverts uniquement au cas par cas, tels que l'orthodontie et la chirurgie oculaire au laser; et les services pour lesquels les admissions à l'hôpital risquent d'être inappropriées, comme la chirurgie de la cataracte. Les régions peuvent offrir des services non inclus aux niveaux essentiels de soins mais doivent les financer elles-mêmes.

Les médicaments d'ordonnance sont divisés en trois niveaux selon l'efficacité clinique et, en partie, la rentabilité. Le premier niveau (classe A) comprend les médicaments et les traitements de sauvetage pour les maladies chroniques et est couvert dans tous les cas; le second (classe C) contient tous les autres médicaments et n'est pas couvert par le NHS. Il existe un niveau supplémentaire (classe H) comprenant des médicaments pouvant être délivrés uniquement en milieu hospitalier. Les trois niveaux sont mis à jour régulièrement par l'Agence pharmaceutique nationale sur la base de nouvelles preuves cliniques. Pour certaines catégories de médicaments, les plans thérapeutiques sont obligatoires et les prescriptions doivent suivre les directives cliniques.

Les soins dentaires ne sont généralement pas couverts, sauf pour les enfants de moins de 16 ans, les populations vulnérables et les personnes ayant des besoins économiques et d'urgence.

Partage des coûts et dépenses directes: Les procédures et les visites de spécialistes peuvent être prescrites par un médecin généraliste ou par un spécialiste. Bien qu'il n'y ait pas de frais d'utilisation pour les consultations de médecin généraliste et les séjours à l'hôpital, les patients paient une quote-part pour chaque procédure ou visite d'un spécialiste, jusqu'à concurrence de 36,15 EUR (48,00 USD). reçoit deux ordonnances distinctes (par exemple, pour une IRM et pour une consultation avec un gastro-entérologue) paie 36,15 EUR (48,00 USD) pour chaque ordonnance.

Pour faire face à la hausse de la dette publique, le gouvernement a introduit, en juillet 2011, avec d'autres initiatives économiques, une quote-part supplémentaire de 10 EUR (13 USD) pour chaque ordonnance. Des versements ont également été appliqués aux médicaments ambulatoires au niveau régional et une quote-part de 25 EUR (33 USD) a été introduite pour l'utilisation «inutile» des services d'urgence (bien que certaines régions n'aient pas appliqué cette quote-part).

Aucune autre forme de franchise n'existe. Les prestataires publics et privés dans le cadre d'un accord contractuel avec le service national de santé ne sont pas autorisés à facturer des frais supplémentaires.

Toutes les personnes ayant des paiements directs supérieurs à 129 euros (172 USD) au cours d'une année donnée ont droit à un crédit d'impôt équivalent à environ un cinquième de leurs dépenses, mais il n'y a pas de plafond. En 2015, 22% des dépenses totales de santé ont été payées directement, principalement pour des médicaments non couverts par le système public et des soins dentaires. Les paiements directs peuvent être utilisés pour accéder aux soins spécialisés et, dans une moindre mesure, aux soins médicaux.

Comment le système de distribution est-il organisé et financé?

Soins primaires: Les soins primaires sont fournis par des médecins indépendants et indépendants, des médecins généralistes et des pédiatres sous contrat et versent des frais de capitation basés sur le nombre de personnes figurant sur leur liste.⁸ Les unités sanitaires locales peuvent également payer des allocations supplémentaires pour la livraison des soins planifiés à des patients spécifiques (p. ex., soins à domicile aux patients atteints de maladies chroniques), pour atteindre des objectifs de rendement (p. ex. récompenser la maîtrise efficace des coûts des produits pharmaceutiques prescrits, tests de laboratoire et traitements thérapeutiques) , vaccinations contre la grippe).

La capitation est ajustée en fonction de l'âge et représente environ 70% du paiement global. La partie variable comprend le paiement à l'acte pour des traitements spécifiques, y compris la chirurgie mineure, les soins à domicile, les activités préventives et les soins aux patients atteints de maladies chroniques. En moyenne, le revenu brut d'un médecin généraliste se situe entre 80 000 EUR (107 000 USD) et 120 000 EUR (160 000 USD), en fonction de la taille de la liste. Les niveaux de paiement, les devoirs et les responsabilités des omnipraticiens sont déterminés dans une convention collective signée tous les trois ans par consultation entre le gouvernement central et les syndicats des généralistes. En outre, les régions et les unités de santé locales peuvent signer des contrats couvrant des services supplémentaires.

En 2012, il y avait environ 53 000 médecins généralistes et pédiatres (33,6% de tous les praticiens travaillant pour le NHS) et 104 600 cliniciens hospitaliers

(66,4%). 9 Les patients doivent s'inscrire auprès d'un médecin généraliste approprié: dans la plupart des cas, les incitations sont accordées uniquement aux médecins généralistes et aux pédiatres qui se situent en dessous d'un objectif de consommation ou de consommation maximum prédéterminé. Les personnes peuvent choisir n'importe quel médecin dont la liste n'a pas atteint le nombre maximal de patients autorisés (1 500 pour les omnipraticiens et 800 pour les pédiatres) et peuvent changer à tout moment.

Ces dernières années, le modèle de pratique en solo a été progressivement modifié pour devenir une pratique de groupe, en particulier dans le nord du pays. La législation encourage les médecins généralistes et les pédiatres à travailler de trois manières: la pratique des groupes de base, dans laquelle des médecins de différents bureaux partagent des expériences cliniques, élaborent des lignes directrices et participent à des ateliers d'évaluation des performances; la pratique des groupes de réseaux, qui fonctionne comme une pratique de groupe de base, mais permet aux médecins généralistes et aux pédiatres d'accéder au même système de dossiers de santé électroniques des patients; et pratique de groupe avancée, dans laquelle les omnipraticiens et les pédiatres partagent le même système de dossiers de santé pour les patients et les patients et sont en mesure de fournir des soins aux patients au-delà des zones de captage individuelles. En 2012, environ 70,3% des médecins généralistes et 61,2% des pédiatres travaillaient en équipe¹⁰. Les pratiques du groupe se situent généralement entre trois et huit médecins généralistes.

Les omnipraticiens travaillant dans les cabinets de groupe de base reçoivent un supplément de 2,58 EUR (3,70 USD) pour chaque patient inscrit sur leur liste, tandis que les omnipraticiens travaillant en réseau reçoivent 4,70 EUR (6,30 USD) (le paiement pour les pédiatres est de 8,00 EUR). Enfin, les médecins généralistes travaillant en groupe reçoivent 7,00 EUR (10,00 USD) et les pédiatres 9,00 EUR (12,00 USD). Les médecins généralistes ou les pédiatres reçoivent un paiement supplémentaire de 4,00 EUR (6,70 USD) pour avoir employé une infirmière et de 3,50 EUR (4,70 USD) pour une secrétaire. Certaines régions encouragent la coordination des soins en demandant à leurs généralistes de travailler en groupes comprenant des spécialistes, des infirmières et des travailleurs sociaux. L'objectif est que chaque groupe soit responsable de tous les besoins de santé de la population qui lui est assignée. Cet arrangement est encouragé par des paiements supplémentaires aux omnipraticiens par patient et

par la fourniture de personnel aux équipes.

Soins spécialisés en ambulatoire: les soins spécialisés en ambulatoire sont généralement dispensés par les unités de santé locales ou par des hôpitaux agréés publics et privés sous contrat avec eux. Une fois référés, les patients ont le choix entre tous les hôpitaux agréés publics ou privés, mais ils ne disposent pas du choix d'un spécialiste. Les visites de spécialistes externes sont généralement assurées par des spécialistes travaillant sous contrat avec le Service national de santé. Ils reçoivent une rémunération horaire contractée au niveau national entre le gouvernement et les syndicats; le taux actuel est d'environ 32 EUR (43 USD). Les spécialistes ambulatoires peuvent voir les patients privés sans aucune limitation, alors que les spécialistes employés par les unités de santé locales et les hôpitaux publics ne peuvent pas. Les groupes plurispécifiques sont plus fréquents dans les régions du nord du pays.

Mécanismes administratifs pour payer les médecins de soins primaires et les spécialistes: La participation des patients est limitée aux visites de spécialistes externes et aux tests de diagnostic, tandis que les visites de soins primaires sont gratuites. Les paiements sont généralement payés par le patient avant la visite ou le test.

Soins après les heures normales de travail: dans le cas de soins d'urgence après les heures normales de travail ou lorsqu'il n'est pas possible de consulter un médecin généraliste, le service médical d'urgence (*guardia medica*). Le taux horaire, négocié entre les syndicats GP et le gouvernement, est d'environ 25 EUR (33 USD). Après examen et traitement initial, le médecin peut prescrire des médicaments, délivrer les certificats médicaux des employés et recommander l'admission à l'hôpital. Le service fonctionne normalement la nuit et le week-end.

Hôpitaux: En fonction de la région, les fonds publics sont alloués par les services de santé locaux aux hôpitaux privés publics et agréés. En 2012, il y avait environ 187 000 lits dans les hôpitaux publics et 45 500 dans les hôpitaux agréés privés¹¹. Les hôpitaux publics sont soit gérés directement par les unités sanitaires locales, soit exploités en tant qu'entreprises publiques semi-indépendantes. Un système de paiement prospectif par groupe basé sur le diagnostic fonctionne à travers le pays et représente la plupart des revenus des hôpitaux, mais il n'est généralement pas appliqué aux hôpitaux gérés directement par les unités de santé locales, où les budgets globaux sont courants. Les taux

comprennent tous les frais hospitaliers, y compris ceux des médecins. Les hôpitaux d'enseignement reçoivent des paiements supplémentaires (généralement de 8% à 10% du revenu total) pour couvrir les coûts supplémentaires liés à l'enseignement. Le système de paiement prospectif présente des variations interrégionales considérables, telles que la manière dont les frais sont établis, les services exclus et les outils utilisés pour influencer les structures de soins. Cependant, toutes les régions disposent de mécanismes pour réduire les frais une fois le seuil de dépenses atteint, afin de contenir les coûts et d'inciter à augmenter les entrées.

Les médecins hospitaliers sont des salariés. Les médecins des hôpitaux publics ne sont pas autorisés à traiter les patients dans les hôpitaux privés; Tous les médecins publics qui voient des patients privés dans les hôpitaux publics paient une partie de leur revenu supplémentaire à l'hôpital.

Soins de santé mentale: Les soins de santé mentale sont dispensés par le Service national de santé dans divers milieux communautaires, notamment les centres communautaires de santé mentale, les centres psychiatriques communautaires, les hôpitaux généraux et les établissements résidentiels. En 2012, il y avait 1 938 établissements résidentiels et 819 établissements résidentiels, qui prodiguaient des soins à environ 69 000 patients¹². La promotion et la coordination de la prévention des maladies mentales, des soins et de la réadaptation relèvent de Celles-ci s'appuient sur une équipe multidisciplinaire comprenant des psychiatres, des psychologues, des infirmières, des travailleurs sociaux, des éducateurs, des ergothérapeutes, des personnes ayant une formation en réadaptation psychosociale et du personnel de secrétariat. Dans la plupart des cas, les soins primaires ne jouent aucun rôle dans la prestation des soins de santé mentale. quelques régions ont expérimenté l'attribution de la responsabilité des cas de faible complexité (dépression légère) aux médecins généralistes.

Soins de longue durée et soutiens sociaux: Les patients sont généralement traités dans des établissements résidentiels (environ 180 000 lits en 2012) ou résidentiels (14 000 lits) ou dans des soins à domicile (environ 634 000 cas). Les services résidentiels et résidentiels fournissent des infirmières, des médecins, des soins spécialisés, des services de réadaptation, des thérapies médicales et des appareils. Les patients doivent être référés pour recevoir des soins en établissement. Le partage des coûts pour les services résidentiels varie considérablement selon la région mais est généralement déterminé par le revenu

des patients.

Les soins à domicile communautaires sont financés publiquement, tandis que les établissements résidentiels sont gérés par un mélange d'organismes publics et privés, à but lucratif et sans but lucratif. Les soins communautaires à domicile sont conçus non pas pour fournir des services de soins physiques ou mentaux, mais pour fournir une assistance supplémentaire pendant un traitement ou une thérapie. En dépit de la fourniture par le gouvernement de services de soins résidentiels et de soins à domicile, les soins de longue durée en Italie ont toujours été caractérisés par un faible niveau de financement public et de prestations par rapport aux autres pays européens.

L'aide financière aux patients peut prendre deux formes:

Indemnité d'accompagnement: accordée par l'Institut national des pensions à tous les citoyens italiens ayant besoin d'une assistance continue. L'allocation, liée aux besoins mais non au revenu ou à l'âge, s'élève à environ 500 EUR (714 USD) par mois.

Bons de soins: octroyés par les municipalités en fonction du revenu, des besoins et de la gravité clinique, uniquement aux résidents des municipalités offrant le service. Le montant varie entre 300 et 600 EUR (426 USD à 857 USD) par mois.

Les organisations bénévoles jouent encore un rôle crucial dans la prestation des soins palliatifs. Une politique nationale sur les soins palliatifs est en place depuis la fin des années 1990 et a contribué à accroître les services tels que les centres de soins palliatifs, les garderies et les unités de soins palliatifs dans les hôpitaux. En 2012, il y avait 176 centres de soins palliatifs, avec environ 1 800 lits. Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour assurer la diffusion des services de soins palliatifs, car les disparités persistent: les régions du nord ont soigné en moyenne 54 patients par 100 000 habitants, tandis que le centre est tombé à 27 patients.

Quelles sont les entités clés pour la gouvernance du système de santé?

Le ministère de la santé est actuellement divisé en 12 directions qui supervisent des domaines spécifiques des soins de santé (planification des soins de santé, soins essentiels et éthique du système de santé, professionnels des ressources humaines et de la santé, systèmes d'information, produits pharmaceutiques et

dispositifs médicaux) liés au ministère de la santé (par exemple, le conseil national de la santé, l'institut national de la santé).

Les principales entités non gouvernementales soutenant le ministère de la santé sont le Conseil national de la santé (qui soutient la planification sanitaire nationale, l'hygiène et la santé publique, la pharmacologie et la pharmaco-épidémiologie, la formation médicale continue des professionnels de santé et les systèmes d'information) et l'Institut national de la santé. Santé publique (qui fournit des recommandations et un contrôle dans le domaine de la santé publique).

Le Comité national des dispositifs médicaux élabore des analyses coûts-avantages et détermine les prix de référence des dispositifs médicaux. L'Agence des services de santé régionaux est la seule institution chargée de mener une analyse comparative de l'efficacité et est responsable devant les régions et le Ministère de la santé.

L'Agence pharmaceutique nationale est responsable de toutes les questions liées à l'industrie pharmaceutique, y compris les politiques de prix et de remboursement des médicaments sur ordonnance. Il est responsable devant le ministère de la santé et le ministère de l'économie et des finances. Les taux de paiement pour les soins spécialisés hospitaliers et ambulatoires sont déterminés par chaque région, les taux nationaux (déterminés par le ministère de la santé) étant utilisés comme référence.

Certains gouvernements régionaux ont créé des agences pour évaluer et surveiller la qualité des soins de santé et fournir des évaluations comparatives d'efficacité et un appui scientifique aux départements régionaux de la santé (voir ci-dessous). Les gouvernements régionaux signent périodiquement des «pactes pour la santé» (Patto per la Salute) avec le gouvernement national qui associe des ressources supplémentaires à la réalisation des objectifs de planification et de dépenses en matière de soins de santé, de régions individuelles. Les régions ont mis en place différents modèles d'autonomisation: certaines par le biais de comités permanents, qui incluent des membres d'associations de citoyens comme moyen institutionnel d'implication des patients, d'autres en mettant l'accent sur des enquêtes systématiques de satisfaction des patients. Chaque établissement public dispose d'un bureau de relations publiques (Ufficio Relazioni con il Pubblico) fournissant des informations aux citoyens et, dans de nombreux cas,

surveillant la qualité des services du point de vue des citoyens. L'Italie est le sixième plus grand pays d'Europe. La majorité de la population a un niveau de vie et une qualité de vie élevés résultant de politiques de santé et de mesures d'aide sociale bien établies. L'Italie est la deuxième espérance de vie moyenne de l'UE, atteignant 79,4 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes (2011). Le système de santé en Italie est un service de santé national régional appelé Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il offre une couverture universelle, avec des soins de santé publics gratuits sur le lieu de service. Les établissements de santé varient en termes de qualité dans différentes régions d'Italie.

Comment obtenir la meilleure assurance de santé

Si vous travaillez en Italie, votre employeur est obligé de payer votre assurance santé. Vous pouvez rendre visite à l'autorité sanitaire locale la plus proche, l'Azienda SanitELocale (ASL), puis vous inscrire auprès de votre médecin. Une fois que vous êtes inscrit, une carte de santé et un numéro de santé seront alors émis. Cela vous servira de ticket pour des visites gratuites chez votre médecin. Votre médecin vous délivrera ensuite les ordonnances appropriées, ainsi que les renvois nécessaires. D'autre part, si vous êtes un citoyen de l'Union européenne en visite en Italie, profitez des accords de soins de santé réciproques. Avant votre arrivée, vous devez demander le formulaire E111 (le certificat de droit au traitement) au moins trois semaines avant votre départ. Toutefois, si vous visitez l'Italie et que vous n'êtes pas citoyen de l'Union européenne, vous devez avoir une couverture d'assurance privée. À votre arrivée, vous avez huit jours pour vous rendre au commissariat de police local et présenter une police sanitaire valable uniquement pendant la durée de votre séjour.

Les drogues et les produits médicaux

Si vous avez besoin de médicaments sur ordonnance et d'autres médicaments, votre médecin de famille vous délivrera une ordonnance que vous pourrez présenter à la pharmacie. La plupart des pharmacies en Italie sont de petits établissements familiaux et ne traitent que des produits liés à la médecine. Cependant, si vous avez une couverture santé publique, vous bénéficierez de tarifs subventionnés qui réduiront le coût de vos médicaments; sinon vous devez payer en totalité. Si vous prenez régulièrement un médicament sur ordonnance, il peut être utile de connaître le nom générique du médicament, car les marques varient généralement d'un pays à l'autre.

Couverture privée ou publique?

Les Italiens et les expatriés préfèrent prendre une couverture d'assurance maladie privée au-delà de la couverture de base de l'État. Avec une assurance privée, vous pouvez choisir librement votre propre médecin et spécialiste et être soigné dans des hôpitaux privés, évitant ainsi ces longues files d'attente pour obtenir un rendez-vous pour un médecin spécialiste. Les hôpitaux privés en Italie offrent un hébergement de qualité comparable à celui des hôtels cinq étoiles. Bien que le confort et la qualité des services fournis par les hôpitaux privés soient supérieurs, les soins médicaux seront probablement similaires à ceux des hôpitaux publics. Il convient également de noter que les traitements hospitaliers privés en Italie sont très coûteux.

D'autres services italiens de santé

Grâce aux recommandations de médecins, des services auxiliaires médicaux offerts par des infirmières, des podologues ou des physiothérapeutes sont disponibles, selon l'endroit où vous habitez. Il y a des endroits où une infirmière devra payer des frais pour une visite à domicile. En outre, un réseau de différents centres de santé locaux offre des conseils gratuits pour les problèmes relationnels et familiaux, dans lesquels les rendez-vous peuvent être pris sans qu'il soit nécessaire de consulter un médecin.

Les soins de santé pour les immigrants

Les demandeurs d'asile et les bénéficiaires d'une protection internationale doivent s'inscrire dans le service national de santé. Ils bénéficient de l'égalité de traitement et de la pleine égalité de droits et d'obligations avec les citoyens italiens en ce qui concerne l'assistance obligatoire fournie par le Service national de santé en Italie. Il n'y a pas de distinction entre les demandeurs d'asile bénéficiant de conditions d'accueil matérielles et ceux qui ne font pas partie du système d'accueil, tous les demandeurs d'asile bénéficiant du système national de santé.

Le droit à l'assistance médicale est acquis au moment de l'enregistrement de la demande d'asile mais très souvent l'exercice de ce droit fondamental est entravé et fortement retardé, en fonction de l'attribution du code fiscal attribué par le commissariat lors de la formalisation de la demande d'asile.

En attendant leur inscription, les demandeurs d'asile n'ont accès aux traitements sanitaires prévus par l'article 35 de la loi consolidée sur l'immigration pour les migrants en situation irrégulière: ils ont accès aux soins d'urgence et aux traitements essentiels et bénéficient de programmes de traitement médical préventif santé collective.

En 2016, le retard a été accentué par l'attribution aux demandeurs d'asile de codes fiscaux spéciaux autres que ceux attribués à d'autres personnes, consistant en des codes numériques et non alphanumériques. L'insuffisance des informations fournies aux services publics et l'absence de mise à jour des systèmes informatiques ont effectivement empêché l'accès à ces droits comme à d'autres droits fondamentaux.

Les demandeurs d'asile doivent s'inscrire auprès du service sanitaire national dans les bureaux de l'Office de la santé (ASL) compétents pour l'endroit où ils déclarent avoir un domicile. Une fois inscrits, ils reçoivent la carte européenne d'assurance maladie (tessera sanitaria), dont la validité est liée à celle du permis de séjour. L'inscription donne droit au demandeur d'asile aux services de santé suivants:

- libre choix d'un médecin généraliste parmi la liste présentée par l'ASL et choix d'un pédiatre pour les enfants (visites médicales gratuites, visites à domicile, prescriptions, certification pour l'accès aux écoles maternelles et maternelles, écoles primaires, secondaires et de médias obligatoires);
- assistance médicale spéciale à la demande d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre et sur présentation de la carte de santé;
- les consultations de sage-femme et de gynécologie au "conseil familial" ("consultorio familiare") auquel l'accès est direct et ne nécessite pas la demande des médecins;
- hospitalisation gratuite dans les hôpitaux publics et certaines structures privées subventionnées.

Le droit à l'assistance médicale ne devrait pas expirer dans le processus de renouvellement du permis de séjour, mais dans la pratique, les demandeurs d'asile munis d'un permis de séjour expiré n'ont aucune garantie d'accès aux traitements sanitaires non urgents pendant une période importante aux retards bureaucratiques dans la procédure de renouvellement. Cela signifie également que lorsque les demandeurs d'asile n'ont pas de domicile pour renouveler leur

permis de séjour, par exemple parce que leur droit de logement a été révoqué, ils ne peuvent pas renouveler la carte d'assurance maladie.

L'assistance médicale est accordée à chaque membre de la famille résidant régulièrement sous les soins du demandeur en Italie et est reconnue pour les nouveau-nés des parents inscrits au système national de santé. En ce qui concerne la jouissance effective des services de santé par les demandeurs d'asile et les réfugiés, il convient de noter qu'il existe une désinformation générale et un manque de formation spécifique sur la protection internationale parmi les opérateurs médicaux. En outre, les opérateurs médicaux ne sont pas spécifiquement formés aux maladies qui touchent généralement les demandeurs d'asile et les réfugiés, ce qui peut être très différent des maladies affectant la population italienne.

L'un des obstacles les plus importants à l'accès aux services de santé est la barrière de la langue. En général, les opérateurs médicaux ne parlent que l'italien et il n'existe aucun médiateur culturel ou interprète susceptible de faciliter la compréhension mutuelle entre l'opérateur et le patient. Par conséquent, les demandeurs d'asile et les réfugiés ne s'adressent souvent pas à leur médecin généraliste et ne se rendent à l'hôpital que lorsque leur maladie s'aggrave. Ces problèmes s'aggravent en raison des conditions sévères des centres d'hébergement et, comme l'a souligné MSF dans le rapport "Fuoricampo" publié en mars 2016 sur l'hébergement informel dans les zones métropolitaines.

La contribution aux coûts des soins de santé

Les demandeurs d'asile bénéficient de services de santé gratuits sur la base d'une auto-déclaration de destitution soumise à l'ASL compétente. L'exemption des billets médicaux est due au fait que les demandeurs d'asile sont traités selon les mêmes règles que les citoyens italiens au chômage, mais la pratique est très différente dans tout le pays. Dans toutes les régions, l'exemption est valable pour la période au cours de laquelle les demandeurs sont incapables de travailler, ce qui correspond par la loi à 2 mois à compter de la présentation de la demande d'asile. Pendant cette période, ils sont assimilés à des chômeurs et reçoivent le même code d'exemption.

Pour la prochaine période, dans certaines régions telles que le Latium, la Vénétie et la Toscane, les demandeurs d'asile ne sont plus exemptés du ticket sanitaire

parce qu'ils sont considérés comme inactifs et non au chômage. Dans d'autres régions comme le Piémont et la Lombardie, l'exemption est prolongée jusqu'à ce que les demandeurs d'asile ne trouvent pas réellement d'emploi. Afin de maintenir l'exemption des billets, les demandeurs d'asile doivent s'inscrire dans le registre des centres d'emploi («centri per l'impiego») attestant leur chômage.

Le 18 avril 2016, ASGI et d'autres ONG ont adressé une lettre au ministère de la Santé demandant que soit appliqué l'article 17, paragraphe 4, de la directive sur la refonte des conditions d'accueil, selon laquelle les demandeurs d'asile peuvent être tenus de contribuer aux coûts. À compter du 9 mai 2016, le Ministère de la Santé a répondu avoir impliqué le ministère de l'Économie et le ministère du Travail et de la Politique sociale afin de parvenir à une interprétation uniforme des règles susmentionnées.

Le traitement spécialisé pour les groupes vulnérables

Les demandeurs d'asile souffrant de problèmes de santé mentale, y compris les survivants de la torture, ont droit au même droit d'accès aux soins de santé que celui prévu pour les nationaux par la législation italienne. Dans la pratique, ils peuvent bénéficier de services spécialisés fournis par le système national de santé et par des ONG spécialisées ou des entités privées. Afin d'assurer la protection de la santé des citoyens étrangers en Italie, ASGI a collaboré avec la Société italienne de médecine migratoire (SIMM) depuis 2014, surveillant et signalant les cas de violation du droit constitutionnel à la santé.

Depuis 2015, ASGI collabore également avec MSF, fournissant un soutien juridique aux migrants victimes de violence. En avril 2016, les deux organisations ont lancé un projet à Rome en ouvrant un centre spécialisé dans la réhabilitation des victimes de la torture. Le projet vise à protéger mais aussi à aider à identifier les victimes de la torture qui, sans un soutien juridique approprié, ne seront probablement pas traitées comme des personnes vulnérables.